

Вплив апоплексії яєчника на акушерські та перинатальні наслідки розродження

О.М. Іщак

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

Метою дослідження був аналіз впливу апоплексії яєчника на акушерські та перинатальні наслідки розродження.

У дослідженні взяли участь 62 роділлі (основна група, $n=62$), яких до вагітності було прооперовано з приводу апоплексії яєчника, і 60 пацієнток групи контролю ($n=60$), які в анамнезі не мали зазначену вище патологію. Середній вік жінок становив $26,1 \pm 2,3$ року, інтервал часу від епізоду апоплексії яєчника до вагітності – $5,44 \pm 2,7$ року.

У ході дослідження встановлено, що головним ускладненням у I триместрі вагітності стали репродуктивні втрати, переважно – завмерла вагітність. У ранні терміни гестації загроза переривання у 3 рази частіше спостерігалась в основній групі, ніж у контрольній. У II триместрі привертає увагу кілька фактів ускладнень, які характерні для пацієнток основної групи: значне поширення гострої або хронічної інфекційної патології у стадії загострення (51,6% проти 11,7% у групі контролю), розвиток преєклампсії у 2 рази частіше серед вагітних з апоплексією яєчника (38,7% проти 20,0%), а також анемія легкого ступеня (40,3% проти 21,6%).

Результати дослідження свідчать про високу частоту передчасного вилиття навколоплідних вод у вагітних з апоплексією яєчника (29,0% проти 13,3%), стрімкий перебіг пологів (16,1% проти 1,7%), обвиття пуповиною (33,9% проти 15,0%), гіпотонічні кровотечі у ранній післяпологовий період (14,5% проти 1,67%). Частота кесарева розтину істотно не відрізнялась в обох групах ($p>0,05$). Оцінка новонароджених за шкалою Апгар не мала статистично значущих відмінностей.

Вагітні, які мали в анамнезі оперативне лікування апоплексії яєчника, належать до групи ризику щодо розвитку невиношування вагітності в ранні терміни, ускладненого перебігу гестації, пологів і післяпологового періоду. Аналіз репродуктивної функції жінок обстежуваних груп відобразив проблеми гестації переважно в ранні терміни у вигляді репродуктивних втрат або симптомів мимовільного абортів, на пізніх строках ускладнення вагітності були зумовлені переважно екстрагенітальною патологією.

Отримані в ході дослідження дані на практиці мають сприяти розробленню реабілітаційних заходів і прегравідарної підготовки, які спрямовані на відновлення репродуктивного здоров'я та профілактику ускладнень вагітності і пологів у жінок цієї групи ризику.

Ключові слова: вагітність, апоплексія яєчника, акушерські та перинатальні наслідки.

Стан репродуктивного здоров'я жінок залишається однією з найбільш важливих медико-соціальних і клініко-організаційних проблем у сучасних соціально-економічних умовах. Репродуктивне здоров'я населення України, навіть якщо розглядати лише поширеність хвороб репродуктивної системи, не відповідає міжнародним стандартам. До того ж протягом останнього десятиріччя соціально-економічні зміни значно погіршили умови життя, стали причиною емоційної депресії населення і відсутності засобів, необхідних для збереження здоров'я та народження дітей [1].

З кожним роком зростає кількість гінекологічних захворювань і питома вага жінок, які потребують оперативного гінекологічного лікування, що визначає необхідність розроблення й обґрунтування критеріїв та показань до госпіталізації, хірургічного лікування, вибору найбільш оптимальних, ефективних і функціонально безпечних методів оперативного лікування [2].

В умовах сьогодення не менш актуальною залишається проблема післяопераційних ускладнень, серед яких загрозливішими є внутрішньочеревні й акушерські кровотечі [3]. Незважаючи на впровадження в медичну практику нових діагностичних технологій, своєчасна діагностика цих ускладнень нерідко залишається утрудненою, в той час коли вони потребують невідкладної хірургічної допомоги, в наданні якої беруть участь не тільки акушери-гінекологи, але і лікарі інших спеціальностей [2, 3].

Одним із невідкладних станів, що найчастіше спостерігається в гінекологічній практиці і потребує термінового хірургічного втручання, є апоплексія яєчника [4]. Патологія виникає переважно в молодому віці і має не тільки медичне, але й соціальне значення, що вимагає пошуку таких методів хірургічного лікування, які б дозволили максимально зберегти уражений орган, запобігти розвитку вираженого спайкового процесу в черевній порожнині і таким чином зберегти репродуктивну функцію жінки [5].

Апоплексія яєчника – це порушення цілісності тканини яєчника, що є причиною кровотечі у черевну порожнину. Частота даної патології серед гінекологічних хворих становить від 0,3% до 5,0%, може мати тяжкий перебіг і навіть погрожувати життю, а у 40% пацієнток потребує екстреного хірургічного втручання [4]. Серед причин внутрішньочеревних кровотеч від 0,5% до 2,5% припадає на апоплексію яєчника [5].

Кровотечі з яєчника можуть виникати з його строми, фолікула під час овуляції, фолікулярної кісти або кісти жовтого тіла. В основі патогенезу апоплексії лежать особливості тканини яєчника [2]. В яєчнику відбуваються циклічні зміни: в період дозрівання фолікула судини розширюються, кровопостачання посилюється. У різних фазах менструального циклу змінюється проникистість судин, що створює сприятливий фон для порушення цілісності тканини яєчника під впливом деяких зовнішніх і внутрішніх факторів. Апоплексію яєчника можуть спричинити травми живота, оперативні втручання, запальні процеси в ділянці малого таза, бурхливі статеві зносини, нервово-психічні стреси, а також нейроендокринні розлади в організмі жінки, що підтверджується виникненням апоплексії в середині менструального циклу або перед менструацією, коли у крові є велика кількість гонадотропних гормонів [4].

Апоплексія яєчника є однією з головних причин виникнення синдрому «гострого живота» у жінок репродуктивного віку, з яких 75% не досягають віку 30 років [5]. Відсутність постійних симптомів і чіткої, притаманної тільки для даної нозології, симптоматології, різноманітний перебіг захворювання, його багатопричинність роблять діагностику цього захворювання однією з важких задач в гінекологічній практиці.

Найчастіше при апоплексії встановлюють діагноз гострого апендициту, а при яскравій кровотечі – позаматкової вагітності [4]. Підозра на апоплексію яєчника потребує невідкладної госпіталізації пацієнтки, клінічного спостереження і лікування. Обсяг оперативного втручання визначається станом яєчника: якщо в ділянці яєчника виявляють велику гематому, тканини його зруйновані, яєчник видаляють (оваріоектомія); якщо ж гематома невелика, видно судину, яка кровоточить, розрив зашивають або виконують клиноподібну резекцію яєчника. Проводять корекцію показників гемодинаміки та гомеостазу шляхом відновлення об'єму циркулюючої крові, адекватної протишокової, антианемічної терапії, зміцнювальних засобів [6].

Впровадження в клінічну практику ендоскопічних методик дозволило суттєво змінити діагностичну і лікувальну тактику при багатьох гінекологічних захворюваннях, особливо при станах, що супроводжуються внутрішньочеревними кровотечами, до яких належить і апоплексія яєчника. Завдяки розвитку нових малоінвазивних медичних технологій органозберігаючі операції сьогодні виконують переважно шляхом лапароскопії [6]. Даний метод має низку переваг перед «відкритими» операціями: мала травматичність, висока прецизійність оперативної техніки, нетривалий термін перебування хворих у стаціонарі, зниження ризику виникнення гриж у післяопераційний період [6].

Проблема збереження репродуктивної функції жінок після оперативного лікування апоплексії яєчника останніми роками набуває все більшої соціальної і медичної значущості. Це зумовлено невпинним збільшенням кількості пацієнток, які перебувають під амбулаторним наглядом після оперативних втручань на яєчниках, і високим відсотком порушень репродуктивного здоров'я в даній групі, що багато в чому визначає і погіршення якості життя, передусім у молодому віці [5].

Сьогодні у доступній медичній літературі можна знайти небагато спостережень щодо впливу перенесеної апоплексії яєчника і проведеного як консервативного, так і хірургічного лікування на фертильність жінок, а також перебіг вагітності і пологів [7]. Однак будь-яке оперативне втручання на яєчниках призводить до проблем у реалізації жіночої репродуктивної функції не тільки в природніх циклах, але й при застосуванні процедури екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) [5]. Наслідком хірургічного лікування даної оваріальної патології є зміна концентрації гонадотропних гормонів через погіршення мікроциркуляторного кровообігу навколо домінантного фолікула, спричиненого патологічним процесом, який вже мав місце, і набутих порушенням в оваріальному судинному басейні [4]. Результатом цих процесів може стати порушення функції яєчника.

Так, за деякими даними, у віддалений післяопераційний період спостерігається висока частота ановуляторних циклів з утворенням фолікулярних кіст або лютеїнізацією неовульованих фолікулів з розвитком рецидивів апоплексії яєчника, що підтверджують морфологічні дослідження оваріальної тканини [8]. До того ж відомо, що у пацієнток після перенесеної апоплексії яєчника фіксують зниження функціональної активності жовтого тіла – недостатність лютеїнової фази, через що їм рекомендують реалізовувати репродуктивну функцію протягом двох років після хірургічного лікування. Адже через декілька років після оперативного втручання вірогідність настання вагітності різко зменшується, що може стати приводом для звернення до ЕКЗ [9].

Щодо структури ускладнень перебігу вагітності і пологів у пацієнток з апоплексією яєчника в літературних інформаційних джерелах інформації взагалі дуже мало. За деякими даними, у вагітних, які в анамнезі мають апоплексію яєчника, переважа-

ють ускладнення в ранні терміни гестації зазвичай за рахунок клінічних проявів мимовільного абортів та/або вагітності, яка не розвинулась. При цьому частота ускладнень в пізні терміни гестації в пологах була співставна із середньопопуляційною [10].

Оцінювання менструальної функції після оперативного лікування протягом 5 років, за деякими дослідженнями, демонструє, що після резекції яєчника кількість пацієнток без порушень менструальної функції збільшилася через 1 рік спостереження в 1,9 разу. Зі збільшенням тривалості спостереження до 4–5 років і більше після оперативного лікування кількість пацієнток з незмінним менструальним циклом зменшилася після лапароскопічної резекції яєчника в 1,1 разу, а кількість вагітностей, що закінчились пологами, збільшилася після операції з 32% до 40%. Кількість пацієнток, у яких вагітність закінчилась абортів, після операції знизилася порівняно з доопераційним з 56% до 46% [11].

У літературі питання реабілітації пацієнток, які перенесли апоплексію яєчника, з використанням преформованих методів, протизапального лікування і комбінованої оральної контрацепції широко вивчені [12]. Однак аналіз сучасних наукових даних демонструє фрагментарність існуючих схем реабілітації і відсутність комплексної системи відновлення репродуктивної функції, яка була би спрямована на поетапну прекоцепційну підготовку з корекцією системи гемостазу, починаючи від гострого періоду апоплексії яєчника. Крім того, не вивчена структура гестаційних і післяпологових ускладнень, профілактика яких повинна стати основою прегравідарної підготовки.

Невирішеність і спірність багатьох аспектів діагностики, лікування і реабілітації роблять нагальними сучасні наукові дослідження в даному напрямку, а зростання частоти виявлення апоплексії яєчників останніми роками актуалізувало вивчення зазначеної вище патології. Отримані в ході дослідження дані на практиці мають сприяти розробленню реабілітаційних заходів і прегравідарної підготовки, які спрямовані на відновлення репродуктивного здоров'я та профілактику ускладнень вагітності і пологів у жінок цієї групи ризику.

Мета дослідження: аналіз впливу апоплексії яєчника на акушерські та перинатальні наслідки розродження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У ході дослідження проаналізовано історії пологів 62 породіль, які в анамнезі перенесли оперативне втручання з приводу апоплексії яєчника. Вік пацієнток коливався від 18 до 35 років (середній вік – $26,1 \pm 2,3$ року). Інтервал від епізоду апоплексії яєчника до вагітності становив $5,44 \pm 2,7$ року. До контрольної групи увійшли 60 пацієнток. Контрольна група сформована шляхом випадкової вибірки історій пологів жінок, які не мали в анамнезі апоплексію яєчника.

Критерії включення до дослідження:

- підтверджений інтраопераційно діагноз апоплексії яєчника,
- вік від 18 до 35 років,
- згода пацієнтки на клінічне дослідження.

Критерії виключення з дослідження:

- пацієнтки, які отримали консервативний курс лікування апоплексії яєчника,
- наявність клінічно значущих захворювань органів малого таза,
- екстрагенітальна патологія, яка потребує медикаментозного лікування або значно впливає на оцінювання досліджуваних параметрів,
- зловживання алкоголем.

- залежність від алкоголю та/або наркотиків,
- психічне захворювання або неієздатність та інші стани і захворювання, що можуть вплинути на результати дослідження.

Усім пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Ретельно вивчали дані анамнезу, антропометричні показники, оцінювали менструальну і репродуктивну функції, бімануальне піхве обстеження, виконували загальноклінічні та лабораторні тести, ультразвукове дослідження органів малого таза, доплерометрію кровообігу в яєчниковій артерії, оцінювали обсяг оперативного втручання, перебіг післяопераційного періоду, а також проводили додаткові дослідження щодо функціонального стану органів і систем. Групи були однорідними за віком і статистично зіставними.

Протягом усього періоду вагітності пацієнтки перебували під спостереженням з регулярним УЗД і гормональним моніторингом.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних проводили за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок.

Таблиця 1

Перебіг вагітності у породіль з апоплексією яєчника в анамнезі і в групі контролю

Ускладнення перебігу вагітності	Частота ускладнень			
	Основна група, n=62		Контрольна група, n=60	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Репродуктивні втрати на ранніх строках гестації	18	29,0*	8	13,3*
Аntenатальна загибель плода в анамнезі	2	3,25	8	13,3
Прееклампсія	24	38,7*	12	20,0*
Плацентарна дисфункція (IA, IAB)	7	11,3	12	20,0
Низька плацентажія	4	6,5	2	3,3
Анемія легкого ступеня	25	40,3*	13	21,6*
Загроза переривання до 12 тиж вагітності	34	54,8*	12	20,0*
Патологія навколоплідних вод	18	29,0	11	18,3
Хронічна гіпоксія плода	9	14,5	5	8,3
Гостра та/або загострення хронічної патології під час вагітності	32	51,6*	7	11,7*

Примітка. * – При $p < 0,05$ розбіжності між показниками достовірні.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані результати структури ускладнень вагітності наведені в табл. 1, де продемонстровано обтяжений акушерський анамнез породіль основної групи: репродуктивні втрати на ранніх строках гестації, переважно у вигляді вагітності, що не розвинулась.

Як бачимо, перебіг вагітності ускладнювався загрозою переривання у I триместрі в основній групі у 3 рази частіше, ніж у контрольній (54,8% проти 20,0%), що свідчить про недостатність функції жовтого тіла при плаценті, що не сформована. До того ж привертає увагу високий відсоток інфекційної патології у пацієнток основної групи внаслідок розвитку гострих або загострення хронічних процесів під час вагітності, що спостерігали в основній групі у 4,4 разу частіше порівняно з групою контролю (51,6% проти 11,7%).

Висока частота виявлення прееклампсії в основній групі (38,7% проти 20,0%) може бути асоційована з патологією судинно-тромбоцитарного ланцюга гемостазу у пацієнток, які мали в анамнезі апоплексію яєчника. Ще однією особливістю гестаційного перебігу у II і III триместрах виявилась анемія легкого ступеня (40,3% проти 21,6%).

Отже, представлені в табл. 1 дані відображають проблеми гестації переважно в ранніх термінах у вигляді репродуктивних втрат або симптомів самовільного аборт-

Таблиця 2

Перебіг пологів і післяпологового періоду у породіль з апоплексією яєчника в анамнезі і в групі контролю

Ускладнення перебігу пологів і післяпологового періоду	Частота ускладнень			
	Основна група, n=62		Контрольна група, n=60	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Відшарування плаценти	1	1,61	1	1,67
Слабкість пологових сил	9	14,50	5	8,30
Стрімкі пологи	10	16,10*	1	1,67*
Обвиття пуповиною	21	33,90*	9	15,0*
Передчасне вилиття навколоплідних вод	18	29,0*	8	13,30*
Безводний проміжок понад 12 год	2	3,22	2	3,30
Великий плід	6	9,70	14	23,30
Гіпотрофія плода	4	6,40	7	11,70
Асфіксія легкого ступеня	2	3,22	2	3,30
Інтранатальна загибель плода в анамнезі	1	1,61	2	3,30
Дискоординація пологової діяльності	7	11,20	2	3,30
Передчасні пологи	1	1,61	6	10,0
Гіпотонічна кровотеча у ранній післяпологовий період	9	14,50*	1	1,67*

Примітка. * – При $p < 0,05$ розбіжності між показниками достовірні.

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

ту. На пізніх строках ускладнення вагітності зумовлені екстагенітальною патологією. Дані факти підтверджують середньопопуляційну частоту ускладнень, описаних у літературних джерелах [10, 11].

Особливості пологів і післяпологового періоду у пацієнток двох груп представлені у табл. 2.

Згідно з даними табл. 2, перебіг пологів у пацієнток з апоплексією яєчника частіше ускладнювався такими станами, як передчасне вилиття навколоплідних вод (29,0% проти 13,3%). За даними сучасних інформаційних джерел, частота інших ускладнень не перевищує середньопопуляційні показники [8, 10]. Однак в ході даного дослідження отримано принципово інші результати: у породіль основної групи у 9,5 разу частіше спостерігався розвиток надмірно сильної пологової діяльності зі стрімким перебігом пологів (16,1% проти 1,7%); у кожній третій жінки пологи ускладнювались обвиттям пуповини (33,9% проти 15,0%).

Також не було виявлено збільшення частоти розродження оперативним шляхом у вагітних із перенесеною апоплексією яєчників в анамнезі. Частота кесарева розтину істотно не відрізнялась в обох обстежуваних групах ($p>0,05$).

Крововтрата у післяпологовий період становила в основній групі 380 ± 40 мл, у контрольній – 280 ± 20 мл, що мало статистично значущі відмінності ($p<0,05$). При цьому гіпотонічні кровотечі у ранній післяпологовий період фіксували в основній групі у 8 разів частіше, ніж у групі контролю. Отже, аномалії пологової діяльності в сукупності з дисбалансом фібринолітичних і прокоагуляційних властивостей системи гемостазу призводили до патологічної крововтрати в пологах, гіпотонічним кровотечам, які ще більше погіршували гемостатичні порушення, які вже сталися.

Оцінка новонароджених за шкалою Апгар не виявила статистично значущих розбіжностей у групах порівняння: в основній групі вона становила $7,61\pm 0,5$ бала на першій хвилині і $7,87\pm 0,3$ бала на п'ятій хвилині, у контрольній групі – $7,72\pm 0,4$ і $7,92\pm 0,5$ бала відповідно ($p<0,05$). Неонатальний період характеризувався розвитком таких ускладнень, як церебральна ішемія, морфофункціональна незрілість, синдром гіперзбудження, синдром гальмування, кривошия, кефалогематома в обох групах у рівних відсотках ($p<0,05$).

Отже, основними ускладненнями перебігу вагітності і пологів у пацієнток з апоплексією яєчника в анамнезі були невиношування вагітності в ранні строки гестації, прееклампсія, гестаційна анемія, передчасне вилиття навколоплідних вод, обвиття пуповиною, розвиток надмірно сильної пологової діяльності зі стрімким перебігом пологів, патологічна крововтрата в пологах, гіпотонічні кровотечі у ранній післяпологовий період.

Отже, вагітні з оперативним лікуванням апоплексії яєчника в анамнезі мають високі ризики щодо розвитку гестаційних ускладнень у ранні терміни: загроза мимовільного аборту і репродуктивні втрати (завмерла вагітність), у пізні – прееклампсія, гестаційна анемія легкого ступеня, інфекційна патологія екстрагенітальної локалізації. Породіллі, які перенесли до вагітності апоплексію яєчника, належать до групи ризику з передчасного вилиття навколоплідних вод, надмірно сильною пологовою діяльністю зі стрімким перебігом пологів, розвитком гіпотонічної кровотечі.

Практична значущість отриманих результатів полягає в обґрунтуванні розроблення реабілітаційних заходів і прегравідарної підготовки, спрямованих на відновлення репродуктивного здоров'я і профілактику ускладнень вагітності і пологів у жінок даної групи ризику.

Влияние апоплексии яичника на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения

О.Н. Ишак

Целью исследования был анализ влияния апоплексии яичника на акушерские и перинатальные исходы родоразрешения.

В исследовании участвовали 62 роженицы (основная группа), которых до беременности прооперировали по поводу апоплексии яичника, и 60 пациенток группы контроля, не имеющие в анамнезе указанную патологию. Средний возраст женщин составил $26,1 \pm 2,3$ года, интервал времени от эпизода апоплексии яичника до беременности – $5,44 \pm 2,7$ года.

В ходе исследования установлено, что главным осложнением в I триместре беременности стали репродуктивные потери преимущественно в виде замершей беременности. В ранние сроки гестации угроза прерывания наблюдалась в 3 раза чаще в основной группе, чем в контрольной. Во II триместре привлекает внимание несколько фактов осложнений, характерных для пациенток основной группы: широкое распространение острой или хронической инфекционной патологии в стадии обострения (51,6% против 11,7% в группе контроля), развитие преэклампсии в 2 раза чаще среди беременных с апоплексией яичника (38,7% против 20,0%), а также анемия легкой степени (40,3% против 21,6%).

Результаты исследования свидетельствуют о высокой частоте преждевременного излития околоплодных вод у беременных с апоплексией яичника (29,0% против 13,3%), стремительное течение родов (16,1% против 1,7%), обвитие пуповиной (33,9% против 15,0%), гипотонические кровотечения в ранний послеродовой период (14,5% против 1,67%). Частота кесарева сечения существенно не отличалась в обеих группах ($p > 0,05$). Оценка новорожденных по шкале Апгар не имела статистически значимых различий.

Беременные, имевшие в анамнезе оперативное лечение апоплексии яичника, относятся к группе риска по развитию невынашивания беременности в ранние сроки, осложненного течения гестации, родов и послеродового периода. Анализ репродуктивной функции женщин обследуемых групп отразил проблемы гестации преимущественно в ранние сроки в виде репродуктивных потерь или симптомов самопроизвольного аборта, на поздних сроках осложнения беременности были обусловлены в основном экстрагенитальной патологией.

Полученные в ходе исследования данные на практике должны способствовать разработке реабилитационных мероприятий и прегравидарной подготовки, направленных на восстановление репродуктивного здоровья и профилактику осложнений беременности и родов у женщин этой группы риска.

Ключевые слова: беременность, апоплексия яичника, акушерские и перинатальные исходы.

Influence of apoplexy of ovary is on the obstetric and perinatal results of delivery

O.M. Ishak

Research purpose – to learn influence of apoplexy of ovary on the obstetric and perinatal results of delivery.

The study involved 62 women in labor (main group), who were operated on for ovarian apoplexy before pregnancy, and 60 patients in the control group, who did not have this pathology in the anamnesis. The average age of women was $26,1 \pm 2,3$ years, the time interval from an episode of ovarian apoplexy to pregnancy was $5,44 \pm 2,7$ years.

The study found that the main complication in the first trimester of pregnancy was reproductive loss, mainly in the form of a stillborn pregnancy. In the early stages of gestation, the threat of abortion was 3 times more often observed in the main group than in the control group. In the second trimester draws attention to several facts of complications that are characteristic of patients in the main group: the widespread prevalence of acute or chronic infectious pathology in the acute stage (51,6% vs. 11,7% in the control group), the development of preeclampsia 2 times more often among pregnant women with ovarian apoplexy (38,7% vs. 20,0%), as well as mild anemia (40,3% vs. 21,6%).

The results of the study indicate a high frequency of premature ejaculation of amniotic fluid in pregnant women with ovarian apoplexy (29,0% vs. 13,3%), rapid labor (16,1% vs. 1,7%), umbilical

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

cord entanglement (33,9% vs. 15,0%), hypotonic bleeding in the early postpartum period (14,5% vs. 1,67%). The frequency of cesarean section did not differ significantly in both groups ($p>0,05$). The assessment of newborns on the Apgar scale had no statistically significant differences. Pregnant women who have a history of surgical treatment of ovarian apoplexy are at risk for developing early miscarriage, complicated gestation, childbirth and the postpartum period. Analysis of the reproductive function of women in the study groups reflected the problems of gestation mainly in the early stages in the form of reproductive loss or symptoms of miscarriage, in the late stages of pregnancy complications were mainly due to extragenital pathology. The data obtained during the study in practice should contribute to the development of rehabilitation measures and pre-pregnancy training, which are aimed at restoring reproductive health and prevention of complications of pregnancy and childbirth in women at risk.

Keywords: pregnancy, ovarian apoplexy, obstetric and perinatal results.

Відомості про автора

Ищак Олег Миколайович – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Сведения об авторе

Ищак Олег Николаевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

Information about the author

Ishchak Oleg M. – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Str. *E-mail:* prore-first@nmapo.edu.ua

ORCID ID 0000-0002-9634-3635

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Веропотвелян ПН. 2017. Репродуктивное здоровье женщины – одна из важнейших проблем государства. Медицинские аспекты здоровья женщины. 3:34-46.
2. Запорожан ВМ [редактор]. 2014. Акушерство та гінекологія в 4т. Т. 4 Оперативна гінекологія. К.: ВСВ Медицина, 704.
3. Бойко ВІ, Бабар ТВ. 2017. Акушерські кровотечі: навч. посібник. Суми: Сумський ДУ. 118.
4. Венцківський БМ, Венцківська ІБ, Жабицька ЛА, Загородня ОС, Наритник ТТ, Леуш СС та ін. 2017. Невідкладні стани в акушерстві та гінекології: довідник. К.: НМУ ім. О.О. Богомольця, 166.
5. Ищак ОМ, Вдовиченко ЮП. 2018. Вплив апоплексії яєчника на репродуктивне здоров'я жінок. Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2:48-51.
6. Вдовиченко ЮП, Волошин ОА. 2015. Діагностика і профілактика ускладнень при лапароскопічних гінекологічних операціях. Здоров'я жінки. 4(100):72-5.
7. Гаспаров АС, Тер-Овакимян АЭ, Хилькевич ЕГ, Косаченко АГ. 2009. Апоплексия яичника и разрывы кист яичников. М.: МИА. 176.
8. Содномова НВ. 2015. Морфологические аспекты различных форм апоплексии яичников. Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». Красноярск: 55-8.
9. Ищак ОМ. 2018. Вплив різних варіантів оперативного лікування апоплексії яєчника на стан оваріального резерву. Здоров'я жінки. 4(130):75-7.
10. Страховецкий ВС. 2009. Репродуктивное здоров'я жінок, які перенесли апоплексію яєчника. Здоров'я жінки. 4:156-8.
11. Радзинский ВЕ, Духин АО, Костин ИН. 2006. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний. Акушерство и гинекология. 4:51-4.
12. Ищак ОМ. 2017. Наукове обґрунтування реабілітаційної терапії після апоплексії яєчника. Здоров'я жінки. 10(126):119-21.