

DOI: 10.52705/2788-6190-2024-03.1-15
УДК 618.11-007.251-005.1

Клінічні аспекти різних форм апоплексії та функціональних кіст яєчника

Г. В. Колесник^{1,2}, І. В. Ткачук^{1,3}

¹Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

²Академія Рекреаційних технологій і права, м. Луцьк

³КП «Володимирське ТМО» Волинської області

Мета дослідження: вивчити клінічні аспекти у жінок з анемічною формою апоплексії та функціональних кіст яєчника.

Матеріали та методи. Було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок, з яких 65 хворих з анемічною формою апоплексії яєчника, що вперше піддалися лапароскопічним операціям. Ці пацієнтки були включені у проспективне дослідження і розподілені на дві групи залежно від використаного під час операції методу гемостазу. До 1-ї групи увійшли 35 хворих, гемостаз яким здійснювався за допомогою біполярної коагуляції, до 2-ї групи – 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була зупинена за допомогою накладення швів. Хворих було рандомізовано на групи «сліпим» методом. До групи порівняння увійшли 35 хворих з лапароскопічно підтвердженою больовою формою апоплексії яєчника та функціональними кістами яєчників, що отримали консервативне лікування.

Результати. У результаті передопераційного обстеження виявлено, 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, ультразвукових 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 у порожнині таза, виявленим при ехографії і структурі показань до проведення діагностичної лапароскопії. Після підтвердження анемічної форми апоплексії яєчника усім хворим було здійснено оперативне лікування. У 28 (80%) хворих групи порівняння після підтвердження діагнозу больова форма апоплексії яєчника і за відсутності в черевній порожнині значної кількості серозної рідини жодних подальших хірургічних маніпуляцій не виконували. Водночас 7 (20%) пацієнткам цієї групи з об'ємом серозного ексудату більше 200 мл була виконана його евакуація і промивання порожнини таза фізіологічним розчином.

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 II групі хворих, гемостаз яким здійснювався за допомогою накладення швів

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

на яєчник. При аналізі цифрових записів оперативного посібника визначили, що причиною збільшення його тривалості є сам етап гемостазу, що передбачав у 100% вилучення 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 в середньому об'ємі крововтрати, частоті поєднаних операцій, післяопераційному веденні, перебігу післяопераційного періоду і тривалості перебування в стаціонарі виявлено не було.

Ключові слова: функціональна кіста яєчника, апоплексія яєчника, клініка, діагностика.

Апоплексія яєчника (АЯ) – хвороба жінок репродуктивного віку, 75% яких молодше 30 років, близько 40% підлягають операції у зв'язку з анемічною формою апоплексії яєчника (АФАЯ), а 40–62% з них оперуються неодноразово у зв'язку з рецидивом захворювання [1–3]. АЯ може бути однією з причин жіночого безпліддя, лікування якого визиває певні труднощі на сучасному етапі [4–6].

У зв'язку з цим, поза сумнівом, актуальним є вивчення клінічних аспектів у жінок, прооперованих з приводу АФАЯ, причому як до, так і після операції. В аспекті диференційованої діагностики АЯ велике значення мають і функціональні кісти яєчників, частота яких становить 20–30% за даними різних авторів [7–10].

Мета дослідження: вивчити клінічні аспекти у жінок з АФАЯ на сучасному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок, з яких 65 пацієнток з АФАЯ, що вперше піддалися лапароскопічним операціям. Ці пацієнтки були включені у проспективне дослідження і розділені на дві групи залежно від використаного під час операції методу гемостазу:

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

У ту або іншу групу хворі відбиралися «сліпим» методом.

Критерії включення у дослідження:

- стабільні показники гемодинаміки перед оперативним втручанням;
- тривалість 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 ендометріюїдної кісти яєчника;
- наявність в анамнезі оперативних втручань на яєчниках;
- застосування комбінованих оральних контрацептивів;
- застосування методів стимуляції суперовуляції екзогенними гонадотропінами менш ніж за 3 міс до операції.

До групи порівняння увійшли 35 пацієнток з лапароскопічно підтвердженою болювою формою АЯ (БФАЯ) та функціональними кістами яєчників, що отримали консервативне лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою визначення схожості і відмінностей між групами в обстежених жінок був проведений порівняльний аналіз відомостей про вік, перенесені в різні періоди життя екстрагенітальних і гінекологічних захворювань і операцій, супутніх хворобах АЯ, шкідливих звичках, стані менструальної, статеві 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, а в групі порівняння – $30,4 \pm 3,5$ року. Тобто, середній вік жінок 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 ангіні (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 і хронічний некалькульозний холецистит) і соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи (11,4–15,7%).

Відмінності між групами за частотою 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 (70%), гострий і підгострий неспецифічний сальпіngoофорит (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 у всіх останніх групах ($p < 0,01$).

Близько чверті жінок (23%) була раніше оперована з приводу трубно-вагітності, у всіх випадках було виконано видалення маткової труби лапароскопічним доступом. Жодних інших порожнинних гінекологічних операцій у хворих 1-ї, 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 17 (81%) пацієнток обидві операції було виконано лапароскопічним доступом. У 3 (14,3%) жінок перше, 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, 2 (10,5%) жінки 4-ї групи перенесли по 4 операції у зв'язку з АФАЯ, одна з яких була лапаротомічним доступом, 1 (5,3%) жінку було оперовано 5 разів, з яких двічі шляхом череворозтину. У всіх випадках лапаротомічних втручань зупинка кровотечі була виконана за допомогою накладення швів, а при лапароскопії у 100% випадків застосовували біполярну коагуляцію.

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

Частка жінок, що жили статевим життям і на момент операції (у випадках неодноразово оперованих – останньої) тих, що планували настання вагітності в найближчих 5 років, була статистично значущо меншою у 3-й і 4-й групах (52,4% і 55,6% відповідно), ніж в інших 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) зафіксовано 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 інших групах ($p>0,05$). Частка тих, що 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 (трубною) 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%) пацієнток 2-ї групи, в 1 (4,8%) жінки 3-ї групи і у 2 (10,5%) пацієнток 4-ї групи зафіксовано відсутність вагітностей протягом 2 років при статевому житті без будь-якої контрацепції. Жодного обстеження і лікування з приводу безпліддя у цих жінок не проводилося.

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

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

У групах повторно оперованих жінок відзначено велику частоту захворювань запальної етіології (сальпінгофорит, ерозія шийки матки), що свідчить про можливий взаємозв'язок 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. Цей факт можна пояснити тим, що у 3-й і 4-й групах частка жінок, що вагітніли і народжували, була значно більшою, тобто репродуктивна функція була виконана у більшості жінок цих груп. Цим же можна пояснити і велику частоту штучного переривання вагітності у жінок у 3-й і 4-й групах.

Оцінка результатів хірургічного лікування 100 хворих 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 доставлені в стаціонар службою швидкої допомоги, а саме: 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%) хворих були госпіталізовані в період від 12 год до 24 год від початку за-

хворювання, 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 скаржилися на біль у нижніх відділах живота з іррадіацією у 57–60% хворих у задній прохід, у 26–33% – у поперекову ділянку і в 10% – у ділянку пупка і праве підребер'я. Більше половини хворих (51–57%) відзначала слабкість і запаморочення, а в 5–7% хворих у групах спостерігалися короточасні непритомні стани. Підвищення температури тіла до субфебрильних цифр відзначено 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'яні виділення, що виникли в середині циклу, спостерігалися у 9–11% хворих, у 10–11% кров'яних виділень виникли після затримки менструації.

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

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 у групах незначно відрізнялися від нормальних. У жінок з АФАЯ відзначено помірний лейкоцитоз з невеликим зрушенням 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 жінок 1-ї групи коливалась від 150 і до 430 мл (у середньому – $300,64 \pm 26,87$ мл), 2-ї групи – від 250 і до 390 мл (у середньому – $292,92 \pm 24,51$ мл ($p > 0,05$)). У групі порівняння кількість виявленої у порожнині таза рідини коливалась від 50 і до 230 мл (у середньому – $100,21 \pm 12,1$ мл) і було значно меншим, ніж у досліджуваних групах ($p < 0,05$). У хворих групи порівняння середнє значення М-ехо-камери ($8,15 \pm 0,81$ мм) було менше, ніж у хворих 1-ї і 2-ї груп ($19,15 \pm 0,71$ 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%) хворих 1-ї групи і 8 (26,6%) жінок 2-ї групи було піддано кульдоцентезу. У всіх випадках була виявлена кров. Зазначено, що у всіх групах апоплексія правого яєчника спостерігалася значно частіше, ніж лівого.

Остаточний діагноз у всіх хворих досліджуваних груп і групи порівняння було встановлено в ході діагностичної лапароскопії.

Показання до проведення діагностичної лапароскопії:

- виражені клінічні ознаки внутрішньочеревної кровотечі (біль, наявність симптомів подразнення очеревини, зниження рівня гемоглобіну у 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 терапії, що проводиться;
- 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 показань, найчастішим з яких була наявність вираженої симптоматики і більш ніж 100 мл вільної рідини у черевній порожнині за даними ехографії – у 24 (68,6%) і 20 (66,7%) жінок відповідно. У 5 (13,3%) хворих 1-ї групи і 4 (14,35%) жінок 2-ї групи виявилася неефективна консервативна терапія, з них у 3 (6,7%) і 2 (8,7%) відповідно відзначена негативна динаміка рівня гемоглобіну крові. Більшості хворих групи порівняння 32 (91%) лапароскопія була проведена за рекомендацією загального хірурга у зв'язку з диференціальною діагностикою гострого апендициту.

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

Підводячи підсумок аналізу результатів передопераційного обстеження, можна сказати, що більш ніж у половини хворих були відсутні будь-які провокуючі чинники АЯ. Досліджувані групи не відрізнялися за характером клінічних проявів АФАЯ, частоті анемії, УЗ 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 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. Водночас 7 (20%) пацієнткам цієї групи з об'ємом серозного ексудату понад 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 до 45 хв (у середньому – $26,9 \pm 8,7$ хв), тоді як у 2-й групі вона коливалась від 25 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 2-й групі становила $11,3 \pm 2,8$ хв і 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 до 1800 мл (у середньому – $498,4 \pm 150,8$ мл) і від 100 до 1900 мл у 2-й групі (у середньому – $415,3 \pm 134,0$ мл). Відмінності в середньому об'ємі крововтрати не мали жодного клінічного чи 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.

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 ($p > 0,05$). Водночас 3 (8,6%) хворим 1-ї групи і 4 (13,3%) хворим 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.

Епізодична лихоманка в післяопераційному періоді спостерігалася 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 зразки, отримані під час операції у 22 (63%) пацієнток 1-ї і у всіх 30 (100%) хворих 2-ї досліджуваних груп, були піддані гістологічному дослідженню. У більшості хворих 1-ї і 2-ї груп діагностований крововилив у стінку кісти жовтого тіла – у 16 (74,9%) і 24 (79,1%) відповідно. Наступною за частотою, гістологічно підтвердженою причиною АФАЯ, був крововилив в стінку фолікулярної кісти: у 4 (16,8%) хворих 1-ї групи і 4 (14,9%) хворих 2-ї групи. Найбільш рідким патоморфологічним діагнозом був паренхіматозний крововилив, виявлений у 2 (8,3%) хворих 1-ї і 2 (6%) пацієнток 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 усім хворим рекомендували застосування комбінованих оральних контрацептивів строком на 1–3 міс як для профілактики повторної АЯ, так і (в тих, що 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 здійснювався за допомогою накладення швів на яєчник. Під час аналізу цифрових записів оперативного посібника визначили, що причиною збільшення його тривалості є сам етап гемостазу, що передбачав у 100% вилучування 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.

Clinical aspects of different forms of apoplexy and functional ovarian cysts G. V. Kolesnik, I. V. Tkachuk

The objective: to learn clinical aspects for women with the anaemic form of apoplexy and functional ovarian cysts.

Materials and methods. It was conducted clinical-and-laboratory inspection 140 women from which - 65 patients with the anaemic form of ovarian apoplexy, that first added to the laparoscopic

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

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 suturing. In that or other group patients were taken away by a «blind» method. The group of comparison was made 35 patients from laparoscopic by the confirmed pain form of ovarian apoplexy and functional ovarian cysts of ovaries which got conservative treatment.

Results. Working out the total of analysis of results of preoperative inspection, maybe, that more than half of the patients ere on a daily basis, whether they were provocative officials of ovarian apoplexy. The investigated groups did not differ on character of clinical displays of anaemic form of ovarian apoplexy, to frequency of anaemia, ultrasonic to the indexes volumes of the staggered ovary and free liquid 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 liquid in the cavity of pelvis, discovered at an echography and structure of testimonies to the performing of diagnostic laparoscopy. After confirmation of diagnosis 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 exsudate more than 200 ml his evacuation and washing to the cavity of pelvis was physiological solution.

Conclusions. 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 suturing 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 cysts and impositions of one or a few suturing on the wound of ovary. Duration of the stage grew, as a result of that laparoscopic imposition of suturing, especially with the intracorporal tying of knots, is labour intensive enough procedure.

No meaningful differences between groups in the middle volume of blood loss, frequency of the combined operations, postoperative management, motion of postoperative period and duration of stay in permanent establishment discovered it was not.

Keywords: functional ovarian cyst, ovarian apoplexy, clinic, diagnostics.

Інформація про авторів

Колесник Ганна Василівна – д-р мед. наук, проф., Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (067) 439-68-79. E-mail: a.kolesnuk5@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5046-862X

Ткачук Ірина Василівна – аспірант, кафедра акушерства, гінекології та перинатології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ; тел.: (097) 689-36-51. E-mail: irinatcacuk528@gmail.com ORCID: 0009-0002-7887-8414

Information about the authors

Kolesnyk Ganna V. – doctor in medicine, professor, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (067) 439-68-79. E-mail: a.kolesnuk5@gmail.com

ORCID: 0000-0001-5046-862X

Tkachuk Iryna V. – graduate student, Department of obstetric, gynecology and perinatology, Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv; tel.: (097) 689-36-51. E-mail: irinatcacuk528@gmail.com

ORCID: 0009-0002-7887-8414

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Aubard Y, Poirot C., 2019. Presumed ovarian benign tumor and fertility // *J Gynecol Obstetr Biol Reproduction*.:42(8):794-801.
2. Baradwan S, Sendy F, Sendy S., 2021. Complete Laparoscopic Extirpation of a Giant Ovarian Cyst in an Adolescent // *Complete Case Rep Obstet Gynecol*.:7632989. doi: 10.1155/2021/7632989.
3. Belli M, Shimasaki S., 2020. Molecular Aspects and Clinical Relevance of GDF9 and BMP15 in Ovarian Function // *Vitam Horm.*;107:317-48. doi: 10.1016/bs.vh.2020.12.003
4. Borghese B, Marzouk P, Santulli P., 2019. Surgical treatments of presumed benign ovarian tumors // *Gynecol, Obstetr Biol Reproduction*:42(8):786-93.
5. Bourdel N, Canis M., 2020. Treatment strategies in presumed benign ovarian tumors // *J Gynecol, Obstetr Biol Reproduction*:42(8):802-15. 6-793.
6. Boivin J, Gameiro S., 2022. Evolution of psychology and counseling in infertility // *Fertil Steril*.:104(2):251-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2022.05.035
7. Braun KM, Diamond MP., 2023. The biology of adhesion formation in the peritoneal cavity // *Semin Pediatr Surg*.:23(6):336-43.
8. Cayrol M, Ouldamer L, Marret H., 2023. Ovarian tumors // *La Revue Praticien*.:63(2):259-65.
9. Crawford NM., 2019. Infertility women who screen positive for depression are less likely to initiate fertility treatments // *Human reproduction*:1.32 (3): 582–7.
10. DePriest PD, DeSimone CP., 2021. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US. Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement // *J. Clin. Oncol*.:21:194–9.