

Стан оваріального резерву після оперативного лікування апоплексії яєчника

О.М. Іщак

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

Мета дослідження: вивчити вплив різних варіантів оперативного лікування апоплексії яєчників на стан оваріального резерву.

Матеріали та методи. Було проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 65 пацієнток з апоплексією яєчника, що вперше піддалися лапароскопічним операціям. Ці пацієнтки були включені в 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, в 2-у групу – 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була зупинена за допомогою накладення швів.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що використання гемостазу під час операцій у хворих з апоплексією яєчника, яким способом його ні проводили (біполярний струм або накладання швів), призводить до втрати частини оваріального резерву. До більших втрат оваріального резерву призводить використання для зупинки кровотечі біполярної електрохірургії.

Заключення. Отримані результати необхідно враховувати як при оперативному лікуванні жінок з апоплексією яєчника, так і для відновлення репродуктивної функції.

Ключові слова: апоплексія яєчника, гемостаз, оваріальний резерв.

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 [1–4]. АЯ може бути однією з причин жіночого безпліддя, лікування якого викликає на сьогодні певні труднощі [5–7]. У зв'язку з цим, поза сумнівом, актуальним є вивчення стану оваріального резерву у жінок, прооперованих з приводу АЯ, причому як до, так і після операції.

Мета дослідження: вивчити вплив різних варіантів оперативного лікування апоплексії яєчників на стан оваріального резерву.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок, з яких – 65 пацієнток з АЯ, що вперше піддалися лапароскопічним

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

операціям. Ці пацієнтки були включені в проспективне дослідження і розподілені на дві групи «сліпим» методом залежно від використаного під час операції методу гемостазу.

До 1-ї групи увійшли 35 хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою біполярної коагуляції, в 2-у групу включено 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була зупинена за допомогою накладення швів. Усі операції були виконані однією і тією самою хірургічною бригадою.

Критерії включення у дослідження:

- стабільні показники гемодинаміки перед втручанням;
- тривалість госпіталізації не більше 24 год.

Критерії виключення з дослідження:

- внутрішньочеревна кровотеча внаслідок розриву доброякісної пухлини або ендометріюїдної кістки 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.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнток у 1-й і 2-й досліджуваних групах статистично не відрізнявся ($30,8 \pm 3,2$ та $31,35 \pm 2,95$ року відповідно; $p > 0,05$).

Згідно з отриманими даними, всі групи характеризувалися високою частотою перенесених інфекційних захворювань у дитячому віці (76,7–90,5%), гострих респіраторних інфекцій і ангіни (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 щодо частоти 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%) і ерозія шийки матки (46%). Жодних інших порожнинних гінекологічних операцій у хворих 1-ї та 2-ї груп не було, окрім розродження шляхом кесарева розтину, частота якого в групах статистично не відрізнялася і становила від 10,5% до 14,3% ($p > 0,05$).

Переважаюча більшість жінок у групах (85,7–100%) до операції 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 не-одноразово оперованих – останньої) тих, що планували настання вагітності у найближчі 5 років, становила 26,7% і 25,0% у 1-й і 2-й групах відповідно.

Аналізуючи дані анамнезу у пацієнток з 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 в дитячому віці, гострих респіраторно-вірусних захворювань і ангін, а також куріння. Значних відмінностей у менструальній функції між групами виявлено не було.

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 тазу позаду матки. Кількість вільної рідини у хворих 1-ї групи коливалась від 150 до 430 мл і в середньому становила $300,64 \pm 26,87$ мл, у 2-й групі – від 250 і до 390 мл, в середньому – $292,92 \pm 24,51$ мл ($p > 0,05$).

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

У пацієнток обох груп апоплексію правого яєчника спостерігали значно частіше, ніж лівого.

Остаточний діагноз у всіх хворих досліджуваних груп і групи порівняння був встановлений у ході діагностичної лапароскопії. Показаннями до проведення діагностичної лапароскопії вважали:

- виражені клінічні ознаки внутрішньочеревної кровотечі (біль, наявність симптомів подразнення 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, що підтверджено результатами кульдоцентезу;
- відсутність ефекту від консервативної гемостатичної 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 їхньої госпіталізації не перевищувала 24 год.

Після підтвердження діагнозу АЯ всім хворим було здійснено оперативне лікування. Тривалість операції визначали як проміжок часу між початком першого розрізу шкіри черевної стінки і закінченням накладення шва на останню шкірну рану.

При оцінюванні тривалості операції та тривалістю 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 – $39,5 \pm 9,5$ хв) ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що середня тривалість здійснення гемостазу в 2-й групі, що становила $11,3 \pm 2,8$ хв, також була більшою, ніж у 1-й групі ($6,6 \pm 3,5$ хв), що і відобразилось на відмінностях в 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 у середньому об'ємі крововтрати не мали ані клінічного, ані статистичного значення ($p > 0,05$).

Усі операції були виконані повністю лапароскопічним доступом, не було жодного переходу до лапаротомії. Інтраопераційних ускладнень не зафіксовано. 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%) пацієнткам 2-ї групи ($p>0,05$). Трьом (8,6%) хворим 1-ї групи і 4 (13,3%) пацієнткам 2-ї групи проведено коагуляцію вогнищ ендометріозу ($p>0,05$). Двом хворим 1-ї групи було виконано видалення дрібних (до 2 см в діаметрі) субсерозних міоматозних вузлів на ніжці.

Рівні антимюллерова гормону (АМГ) досліджувалися до операції, а також у 1, 3 і 6 менструальному циклі (МЦ) після втручання. Статистично значущих відмінностей середніх рівнів АМГ у передопераційний період у досліджуваних групах не зафіксовано ($p>0,05$). Передопераційний рівень АМГ у 1-й групі становив $2,81\text{--}4,9$ (у середньому – $3,79\pm 0,67$ нг/мл), у 2-й групі – $2,58\text{--}6,0$ (у середньому – $3,94\pm 0,7$ нг/мл). У всіх групах рівень АМГ був оцінений як високий.

Середні рівні АМГ, визначені в 1, 3 і 6 МЦ після операції, були нижчі передопераційних в обох досліджуваних групах.

Середній рівень АМГ у 1 циклі після операції був статистично значуще нижче у 1-й групі ($1,6\text{--}3,96$, у середньому – $2,85\pm 0,65$ нг/мл), ніж у 2-й групі ($2,51\text{--}4,13$, у середньому – $3,38\pm 0,55$ нг/мл).

Надалі фіксували значне зниження рівня АМГ у 1-й групі протягом шести МЦ до 56,2% від його передопераційного рівня ($p<0,05$). Так, рівень АМГ у 1-й групі у 3 циклі становив $1,37\text{--}3,4$ (у середньому – $2,33\pm 0,63$ нг/мл), а в 6 циклі – $1,0\text{--}3,35$ (у середньому – $2,13\pm 0,68$ нг/мл) ($p<0,05$).

У 2-й групі середні рівні АМГ були статистично значуще нижче ($2,51\text{--}4,13$, у середньому – $3,38\pm 0,55$ нг/мл в 1 циклі після операції; $2,13\text{--}3,75$, у середньому – $2,96\pm 0,52$ нг/мл у 3 циклі; $1,8\text{--}3,7$, у середньому – $2,6\pm 0,57$ нг/мл в 6 циклі), проте перевищували відповідні показники у 1-й групі ($p<0,05$). Тенденція до значного зниження рівня АМГ, починаючи з 3-го менструального циклу після операції, у 2-й групі відсутня. До 6 циклу доля втрат середнього рівня АМГ становила в цій групі 34%.

Дані про втрату оваріального резерву (ОР), отримані в процесі дослідження АМГ, повністю підтвердилися і під час аналізу кількості антральних фолікулів (ЧАФ), найменшим цей показник був у 1-й групі ($3\text{--}7$, у середньому – $5,3\pm 1,1$ у 1 циклі; $2\text{--}7$, у середньому – $4,6\pm 1,1$ у 3 циклі; $2\text{--}7$, у середньому – $4,3\pm 1,1$ у 6 циклі) ($p<0,05$).

ЧАФ знизилася у 1-й групі протягом 6 циклів на 19%. У 2-й групі ЧАФ було значно нижче ($3\text{--}9$, у середньому – $6,4\pm 1,3$ у 1 циклі; $2\text{--}8$, у середньому – $6,2\pm 1,4$ у 3 циклі; $2\text{--}8$ у середньому – $5,5\pm 1,3$ у 6 циклі), ніж у групі порівняння ($p<0,05$). У 2-й групі зниження ЧАФ до 6 циклу порівняно з передопераційним становило 14%.

Слід зазначити, що попри значні втрати ОР, визначений у 6 менструальному циклі, рівень АМГ у 1-й групі відповідав середньому рівню, а в 2-й групі – високому. ЧАФ у 6 менструальному циклі у 1-й групі було низьким, а в 2-й групі відповідало середнім показникам.

Аналіз даних, отриманих при дослідженні ОР у оперованих хворих, дозволяє зробити деякі висновки. Здійснення гемостазу під час операцій у пацієнток з АЯ, яким би чином воно не здійснювалося (біполярний струм або накладення швів), призводить до втрати частини ОР. До великих втрат оваріального резерву призводить використання для зупинки кровотечі біполярної електрохірургії.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що здійснення гемостазу під час операції у пацієнток з апоплексією яєчника, яким би способом воно не здійснювалося (біполярний струм або накладення швів), призводить до втрати частини овариального резерву (ОР). До великих втрат ОР призводить використання для зупинки кровотечі біполярної електрохірургії.

Отримані результати необхідно враховувати як під час оперативного лікування жінок репродуктивного віку з апоплексією яєчника, так і для відновленні репродуктивної функції, у тому числі і з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Состояние овариального резерва после оперативного лечения апоплексии яичника

О.Н. Ищак

Цель исследования: изучить влияние различных вариантов оперативного лечения апоплексии яичников на состояние овариального резерва.

Материалы и методы. Было проведено клинико-лабораторное и инструментальное обследование 65 пациенток с апоплексией яичника, которых впервые оперировали лапароскопическим доступом. Эти пациентки были включены в проспективное исследование и разделены на две группы в зависимости от использованного во время операции гемостаза. В 1-ю группу вошли 35 больных, гемостаз которым осуществляли с помощью биполярной коагуляции, во 2-ю группу – 30 пациенток, кровотечение из яичника было остановлено с помощью наложения швов.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что осуществление гемостаза при операциях у пациенток с апоплексией яичника, каким бы способом оно ни осуществлялось (биполярный ток или наложение швов), приводит к потере части овариального резерва. К большим потерям овариального резерва приводит использование для остановки кровотечения биполярной электрохирургии.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать как при оперативном лечении женщин с апоплексией яичника, так и при восстановлении репродуктивной функции.

Ключевые слова: апоплексия яичника, гемостаз, овариальный резерв.

The condition of ovariale reserve after operative treatment of apoplexy of ovarium

O.N. Ishchak

The objective: to study influence of various options of expeditious treatment of apoplexy of ovaries on a condition of ovariale reserve.

Materials and methods. Clinical-laboratory and tool examination of 65 patients with an apoplexy of an ovary whom the first time operated with laparoscopic access was conducted. These patients were included in prospective research and divided into two groups depending on the hemostasis used during operation. 1 group included 35 patients, hemostasis with which carried out by means of bipolar coagulation, into the 2nd group - 30 patients, bleeding from ovary was stopped by means of suture.

Results. Results of the conducted researches testify, that hemostasis exercise at operations at patients with it was carried out by an apoplexy of the ovary, whatever way (bipolar current or suture), leads to loss of part of an ovariale reserve. To larger losses of ovariale reserve leads use for a stopping of bleeding of bipolar electrosurgery.

Conclusions. The received results need to be considered as at expeditious treatment of women with an ovary apoplexy, and at restoration of genesial function.

Keywords: ovary apoplexy, hemostasis, ovariale reserve.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Балакшина Н.Г., 2017. Факторы риска апоплексии яичника // Сибирский медицинский журнал: 4: 22: 45–48.
2. Кириллов А.В., 2016. Клинико-морфологические особенности различных форм апоплексии яичника // Бюллетень сибирской медицины: 1: 7: 76–79.
3. Кох Л.И., 2016. Особенности эхографической картины с цветной доплерометрией после перенесенной апоплексии яичника // Материалы XII Российской научно-практической конференции «Нерешенные и дискуссионные вопросы в акушерстве и гинекологии»: Медицина в Кузбассе, г. Кемерово: 4: 47–49.
4. Содномова Н.В., 2015. Морфологические аспекты различных форм апоплексии яичников // Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»: Красноярск: 55–58.
5. Pontiroli A.E., Ruga S., 2014. Invecchia mentoe controllo gipofisario della funzione gonadica // G. Gerontol.:41: 8: 293-298.
6. Purdy R.H., Grant K.A., 2011. Behavioral effect of neuroactive steroids related to alcohol deperendence and witholrawal // The Brain: source and target for sex steroid hormones: New York – London: 103-112.
7. Shien S. M., Shen M. D. M., Fuh M., 2016. Plasma lipid and lipoprotein concentration in chines maize with coronary arty disease after apoplexia // Atherosderosis: 67: 49-55.