

DOI: 10.52705/2788-6190-2022-02-1
УДК 618.11-005.1-06:618.3/.7-036.1

Особливості гестації у пацієнток після перенесеної апоплексії яєчника

Є.О. Козуб

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Вагітні, які мали в анамнезі оперативне лікування апоплексії яєчника, належать до групи ризику 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 здебільшого екстрагенітальною патологією.

Отримані в ході дослідження дані на практиці мають сприяти розробці 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, внутрішньочеревна кровотеча, невиношування, прееклампсія, післяпологові ускладнення.

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 розробки 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].

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

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

Апоплексія яєчника – це порушення цілісності тканини яєчника і виникнення кровотечі в черевній порожнині. Частота даної патології серед гінекологічних хворих становить від 0,3% до 5,0%, може мати тяжкий перебіг і навіть загрожувати життю, а у 40% пацієнток потребує екстреного хірургічного втручання [4]. Серед причин внутрішньочеревних кровотеч на апоплексію яєчника припадає від 0,5% до 2,5% [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 проникність 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% молодше 30 років [5]. Відсутність постійних симптомів і чіткої, притаманної тільки для даної нозології, симптоматології, різноманітний перебіг захворювання, його багатопричинність роблять діагностику цього захворювання однією зі складних задач у гінекологічній практиці. Найчастіше при апоплексії ставиться діагноз гострого апендициту, а при рясній 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]. Цей 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 природних циклах, але і 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 набутим 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 спостерігається зниження функціональної активності жовтого тіла – недостатність лютеїнової фази, через що їм рекомендується 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 застосування ЕКЗ [9].

Щодо структури ускладнень перебігу вагітності і пологів у пацієнток з апоплексією яєчника, то в літературних інформаційних джерелах інформації взагалі дуже мало. За деякими даними, у вагітних, які в анамнезі мають апопексію яєчника, переважають ускладнення в ранні терміни гестації переважно 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, продемонструвало, що після резекції яєчника кількість пацієнток без порушень менструальної функції зросла через 1 рік спостереження в 1,9 раза. Зі збільшенням тривалості спостереження до 4–5 років і більше після оперативного лікування кількість пацієнток з незмінним менструальним циклом зменшилась після лапароскопічної резекції яєчника в 1,1 раза, а кількість вагітностей, що закінчились пологам, збільшилась після операції з 32% до 40%. Кількість пацієнток, у яких вагітність закінчилась абортими, після операції знизилась порівняно з доопераційним з 56% до 46% відповідно [11].

У літературі питання реабілітації пацієнток, які перенесли апопексію яєчника з використанням преформованих методів, протизапального лікування і комбінованої оральної контрацепції широко вивчені [12]. Однак аналіз сучасних наукових даних засвідчив фрагментарність існуючих схем реабілітації і відсутність комплексної системи відновлення репродуктивної функції, яка була б спрямована на поетапну

преконцепційну підготовку з корекцією системи гемостазу, починаючи від гострого періоду апоплексії яєчника.

Водночас 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 цієї 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 особливостей перебігу вагітності, пологів і післяпологового періоду у жінок, що мають в анамнезі оперативне лікування апоплексії яєчника.

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 часу від епізоду апоплексії яєчника до вагітності становив $5,44 \pm 2,7$ року. Контрольна група, в яку включено 60 пацієнток, була сформована шляхом випадкової вибірки історій пологів жінок, які не мали в анамнезі апоплексію яєчника.

Критерії включення у 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 оцінку досліджуваних параметрів,
- зловживання алкоголем,
- залежність від алкоголю та/або наркотичних засобів,
- психічне захворювання або недієздатність,
- 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, виконували бімануальне піхве обстеження, 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 порівняними.

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 значимості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерія Стюдента для незалежних вибірок.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Отже, перебіг вагітності ускладнювався загрозою переривання в I триместрі в основній групі у 3 рази частіше, ніж у контрольній (54,8% проти 20,0% відповідно), що свідчить про недостатність функції жовтого тіла при ще несформованій плаценті. До того ж, привертає увагу високий відсоток інфекційної патології у пацієнток основної групи внаслідок розвитку гострих або загострення хронічних процесів під час вагітності, що зафіксували в основній групі у 4,4 рази частіше порівняно з групою контролю (51,6% проти 11,7% відповідно). Висока частота виявлення преєклампсії в основній групі (38,7% проти 20,0% відповідно) 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% відповідно).

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

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
Преєклампсія	24	38,7*	12	20,0*
Плацентарна дисфункція (I A, I AB)	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. * – Розбіжності між показниками достовірні при $p < 0,05$.

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

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 в ранній післяпологовий період	9	14,50*	1	1,67*

Примітка. * – Розбіжності між показниками достовірні при $p < 0,05$.

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

Особливості пологів і післяпологового періоду у пацієнток порівняльних груп представлені в 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% в основній і контрольній групах відповідно). За даними сучасних інформаційних джерел, частота інших ускладнень не перевищує середньопопуляційні показники [8, 10]. Однак під час цього дослідження отримано принципово інші результати: у породіль основної групи у 9,5 раза частіше спостерігався розвиток надмірно сильної пологової діяльності зі стрімким перебігом пологів (16,1% проти 1,7% відповідно); у кожній третій жінки пологи ускладнювались обвиттям пуповини (33,9% проти 15,0% відповідно).

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 ($p > 0,05$).

Кровотрата 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 в 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 1-й хвилині і $7,87 \pm 0,3$ бала на 5-й хвилині, в 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 сильною пологової діяльності зі стрімким перебігом пологів, патологічна крововтрата в пологах, гіпотонічні кровотечі в ранній післяпологовий період.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що вагітні з оперативним лікуванням апоплексії яєчника в анамнезі мають високі ризики щодо розвитку гестаційних ускладнень в ранні строки – загроза мимовільного абортів і репродуктивні втрати (завмерла вагітність), у пізні терміни – 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 цієї групи ризику.

Особенности гестации у пациенток после перенесенной апоплексии яичника

Е.А. Козуб

Беременные, имевшие в анамнезе оперативное лечение апоплексии яичника, принадлежат к группе риска относительно развития невынашивания беременности в ранние сроки, осложненного течения гестации, родов и послеродового периода. Анализ репродуктивной функции женщин обследуемых групп отобразил проблемы гестации преимущественно в ранние сроки в виде репродуктивных потерь или симптомов самопроизвольного аборта, на поздних сроках осложнения беременности были predeterminedены в основном экстрагенитальной патологией. Полученные в ходе исследования данные на практике должны способствовать разработке реабилитационных мероприятий и прегравидарной подготовки, которые направлены на восстановление репродуктивного здоровья и профилактику осложнений беременности и родов у женщин этой группы риска.

Ключевые слова: беременность, апоплексия яичника, внутрибрюшное кровотечение, невынашивание, преэклампсия, послеродовые осложнения.

Peculiarities gestation in patients after ovarian apoplexy

E.O.Kozub

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, intra-abdominal bleeding, miscarriage, preeclampsia, postpartum complications

Відомості про автора

Козуб Євген Олександрович – Кафедра акушерства та гінекології медичного інституту Сумського державного університету МОН України, м. Суми. *E-mail: proro-first@nmapo.edu.ua*

Сведения об авторе

Козуб Евгений Александрович – Кафедра акушерства и гинекологии медицинско-го института Сумского государственного университета МОН Украины, г. Сумы. *E-mail: proro-first@nmapo.edu.ua*

Information about the autor

Kozub Evgeny A. – Department of obstetrics and gynecology of the Medical Institute of the Sumy State University MES of Ukraine, Sumy. *E-mail: proro-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Benaceraf, B. R., Finkler, N. J., Knapp, R. C., 2020. Sonographic accuracy in the diagnosis of ovarian masses // J. reprod. Med. :35:491-495.
2. Brannstrom, M., 2017. Immune regulation of corpus luteum function / M. Brannstrom, B. Friden // Semin Reprod Endocrinol.:15:4:363-70.
3. Emoto, M., 2018. Use of transvaginal color Doppler ultrasound in the diagnosis of ovarian bleeding: a report of 10 cases // J. Obstet. Gynaecol. Res.: 24:4: 247-50.
4. Hallatt J.G., Steele C.H., 2018. Snyder M. Ruptured corpus luteum with hemoperitoneum: a study of 173 surgical cases// Am. J. Obstet. Gynecol. 149:59-63.
5. Cretel T., 2020. Hemoperitoneum of ovarian origin complicating antivitamin K treatment // Rev. Med. Interne. :21:5:428-34.
6. Landefeld, C. S., 2019. Major bleeding in outpatients treated with warfarin : incidence and prediction by factors known at the start of outpatient therapy / C S. Landefeld , L. Goldman // Am. J. Med. :87:144-152
7. Schmidt–Matthiesen A., 2021. Acute diseases of the pelvis differentiation between gynecological and surgical cause // Geburtshilfe – Frauenheilkd.:53:11:754-759.
8. Schols W. A., Velde E. R., 2020. Successful pregnancy after early luteectomy // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.:56.:2:133-135.
9. Stiltz V., 2019. Laparoscopic surgery for ovarian lesions: potential pitfalls. // J. Clin. Obstet. Gynecol. :36:402-412.
10. Silczuk Y., 2019. Difficulties in diagnosing acute appendicitis in women. // Wlad. Lener.:42:10:649-652.
11. Taylor A.W., Kennedi C.A., Dunham R.H., 2018. Diagnostic laparoscopy in women with acute abdominal pain. // Surg. Laparosc. Endosc.:5:2:125-128.
12. Vionnet, M., 2018. Departement de chirurgie, Hopital intercantonal de la Broye, Payerne. Idiopathic spontaneous hemo-peritoneum // Swiss Surg.:9:4:184-6.