

DOI: 10.52705/2788-6190-2022-02-9
УДК 618.11-007.251-089

Особливості оваріального резерву після оперативного лікування апоплексії яєчника

У.В. Павлик

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

Використання гемостазу під час операцій у хворих з апоплексією яєчника, яким би способом його не проводили (біполярний ток або накладання швів), призводить до втрати частини оваріального резерву. До більших втрат оваріального резерву призводить використання для зупинки кровотечі біполярної електрохірургії.

Отримані результати необхідно враховувати як при оперативному лікуванні жінок з апоплексією яєчника, так і при відновленні 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 визиває певні труднощі на сучасному етапі [5–9]. 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 особливості стану оваріального резерву після оперативного лікування апоплексії яєчника.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок, з яких – 65 пацієнток з АЯ, що вперше піддалися лапароскопічним операціям. Ці хворі 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 – 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була зупинена за допомогою накладення швів.

У дослідження увійшли хворі зі стабільними показниками гемодинаміки перед втручанням і тривалістю госпіталізації не більше 24 год. Усі операції були виконані однією і тією самою хірургічною бригадою.

Критеріями виключення з дослідження були внутрішньочеревна кровотеча внаслідок розриву доброякісної пухлини або ендометріюїдної кісти яєчника; наяв-

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

ність в анамнезі оперативних втручань на яєчниках; а також вживання комбінованих оральних контрацептивів або застосування методів стимуляції суперовуляції екзогенними гонадотропінами менш ніж за 3 міс до операції.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Згідно з отриманими даними, всі групи характеризувалися високою частотою перенесених інфекційних захворювань в дитячому віці (76,7–90,5%) і гострими респіраторними інфекціями та ангінами (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 в частоті перенесених і супутніх екстрагенітальних захворювань не мали статистично значущих відмінностей ($p > 0,05$).

Найчастіше серед перенесеної гінекологічної патології зустрічалися захворювання запальної етіології. Серед них переважали інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) (70%), гострий і підгострий неспецифічний сальпінгоофорит (45%) та ерозія шийки матки (46%). Жодних інших порожнинних гінекологічних операцій у хворих груп дослідження не виявлено, окрім розродження шляхом кесарева розтину, частота якого в групах статистично не відрізнялася і становила від 10,5% до 14,3% ($p > 0,05$).

Переважає більшість жінок у групах (85,7–100%) до операцій жили статевим життям ($p > 0,05$). Більш ніж 80% пацієнток 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 найближчі 5 років, становила 26,7% і 25,0% у 1-й і 2-й групах відповідно.

Аналізуючи дані анамнезу у хворих 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 в 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 таза 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 пацієнток 2-ї групи – від 250 до 390 мл, у середньому – $292,92 \pm 24,51$ мл ($p > 0,05$).

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

У всіх групах 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:

- виражені клінічні ознаки внутрішньочеревної кровотечі (біль, наявність симптомів роздратування очеревини, зниження рівня гемоглобіну в крові);
- наявність вільної рідини в матково-ректальному поглибленні в кількості, що перевищує 100 мл за даними ехографії;
- наявність крові в черевній порожнині, підтверджена результатами кульдоцентезу,
- відсутність ефекту від консервативної гемостатичної терапії, що проводиться,
- 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, а також тривалості етапу здійснення гемостазу було виявлено статистично значущі відмінності між досліджуваними групами. Так, тривалість оперативного втручання у 1-й групі варіювала від 20 до 45 хв і в середньому становила $26,9 \pm 8,7$ хв, тоді як у 2-й групі вона коливалась від 25 до 60 хв і в середньому була значно більшою – $39,5 \pm 9,5$ хв ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що середня тривалість здійснення гемостазу у 2-й групі, що складала $11,3 \pm 2,8$ хв, також була більшою, ніж у 1-й підгрупі ($6,6 \pm 3,5$ 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 (в середньому $415,3 \pm 134,0$ мл). Відмінності в 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 було. Дренування черевної порожнини було здійснене лише 2 (3,1%) хворим.

У 13 (37,1%) хворих 1-ї групи та 11 (36,7%) операцій зупинки кровотечі з яєчника поєднувалися з іншими втручаннями ($p > 0,05$). Найчастішою поєднаною операцією було розділення спайок 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 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.

Рівні антимюлерова гормону (АМГ) досліджувалися до операції, а також в 1, 3 і 6 менструальному циклі після втручання. Статистично значущих відмінностей середніх рівнів АМГ у передопераційний період у 1-й і 2-й досліджуваних групах і груп порівняння не було ($p > 0,05$). 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 менструальних циклах після операції, були нижчі передопераційних в обох досліджуваних групах.

Середній рівень АМГ у першому циклі після операції був статистично значуще нижче в 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 відзначено значне зниження рівня АМГ у 1-й групі протягом шести менструальних циклів до 56,2% від його передопераційного рівня ($p < 0,05$). Так, рівень АМГ у 1-й групі в 3 циклі становив 1,37–3,4, у середньому – $2,33 \pm 0,63$ нг/мл, а в 6 циклі – 1,0–3,35, у середньому – $2,13 \pm 0,68$ нг/мл ($p < 0,05$).

У 2-й групі середні рівні АМГ були статистично значуще нижче (2,51–4,13 і в середньому – $3,38 \pm 0,55$ нг/мл в 1 циклі після операції; 2,13–3,75 і в середньому – $2,96 \pm 0,52$ нг/мл в 3 циклі; 1,8–3,7 і в 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 менструального циклу після операції, у 2-й групі відсутня. До 6 циклу частка втрат середнього рівня АМГ становила у цій групі 34%.

Дані про втрату ОР, отримані в процесі дослідження АМГ, повністю підтвердилися і при дослідженні числа антральних фолікулів (ЧАФ), найменшим цей показник був у 1-й групі (3–7, у середньому – $5,3 \pm 1,1$ в 1 циклі; 2–7, у середньому – $4,6 \pm 1,1$ в 3 циклі; 2–7, у середньому – $4,3 \pm 1,1$ в 6 циклі) ($p < 0,05$). ЧАФ знизилося в 1-й групі протягом 6 циклів на 19%. У 2-й групі ЧАФ було значно нижче (3–9, у середньому – $6,4 \pm 1,3$ у 1 циклі; 2–8, у середньому – $6,2 \pm 1,4$ в 3 циклі; 2–8, у середньому – $5,5 \pm 1,3$ в 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, не дивлячись на значні втрати ОР, визначений в 6 менструальному циклі, рівень АМГ у 1-й групі відповідав середньому рівню, а в 2-й групі – високому. ЧАФ в 6 менструальному циклі в 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 при операціях у хворих АЯ, яким би способом воно не виконувалося (біполярний струм або накладення швів), призводить до втрати частини ОР. До великих втрат ОР призводить використання для зупинки кровотечі біполярної електрохірургії.

ВИСНОВКИ

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

Отримані результати необхідно враховувати як при оперативному лікуванні жінок репродуктивного віку з апоплексією яєчника, так і для відновлення репродуктивної функції, зокрема і з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Особенности овариального резерва после оперативного лечения апоплексии яичника У.В. Павлик

Использование гемостаза при операциях у больных с апоплексией яичника, каким бы способом его ни проводили (биполярный ток или наложение швов), приводит к потере части овариального резерва. К большим потерям овариального резерва приводит использование для остановки кровотечения биполярной электрохирургии.

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 ovarium apoplexy U.V. Pavlyk

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.

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.*

Відомості про автора

Павлик Уляна Василівна – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, м. Київ. *E-mail: prorre-first@nmapo.edu.ua*

Сведения об авторе

Павлик Ульяна Васильевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, г. Киев. *E-mail: prorre-first@nmapo.edu.ua*

Information about the autor

Pavlyk Ul'yana V. – Department of obstetrics, gynecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv. *E-mail: prorre-first@nmapo.edu.ua*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Atri, M., 2020. Ectopic pregnancy versus corpus luteum cyst revisited: best Doppler predictors / M. Atri // J. Ultrasound. Med. : 22:11:1181-4.
2. Benaceraf, B. R., Finkler, N. J., Knapp, R. C., 2017 Sonographic accuracy in the diagnosis of ovarian masses / J. reprod. Med. :35:491-495.
3. Brannstrom, M., 2019. Immune regulation of corpus luteum function / M. Brannstrom, B. Friden // Semin Reprod Endocrinol. : 15:4:363-70.
4. Chedraui, P. A., 2021. Fatal intracranial hemorrhage in a pregnant patient with autoimmune thrombocytopenic purpura / P. A. Chedraui, L. A. Hidalgo, G. San Miguel // J. Perinat. Med. : 31:6:526-9.
5. Durfee, S., 2019. M. Sonographic spectrum of the corpus luteum in early pregnancy: gray-scale, color, and pulsed Doppler appearance / S. M. Durfee, M. C. Frates // J. Clin. Ultrasound. : 27:2: 55-9.
6. Emoto, M., 2018. Use of transvaginal color Doppler ultrasound in the diagnosis of ovarian bleeding: a report of 10 cases / M. Emoto, R. Tamura, T. Kawarabayashi // J. Obstet. Gynaecol. Res. : 24:4:247-50.
7. Pontiroli A.E., Ruga S., 2019. Invecchia mentoe controllo gipofisario della funzione gonadica // G. Gerontol.:41: 8: 293-298.
8. Purdy R.H., Grant K.A., 2021. Behavioral effect of neuroactive steroids related to alcohol deperedence and witholrawal // The Brain: source and target for sex steroid hormones: New York – London: 103-112.
9. Shien S. M., Shen M. D. M., Fuh M., 2019. Plasma lipid and lipoprotein concentration in chines maize with coronary arty disease after apoplexia // Atherosderosis: 67: 49-55.