

Вплив органозберігаючих операцій на яєчниках на менструальну функцію жінок

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Частота порушень менструальної функції у жінок після проведення операцій на яєчниках обумовлена як порушеннями до операції, так і наслідком оперативного втручання. Високий відсоток змін менструального циклу до операції (46,0% – зі зрілою тератомою і 54,0% – з простою серозною цистаденомою), згідно з нашими даними, прямопропорційно корелює з рівнем зміни оваріального резерву. У післяопераційний період відзначено збільшення кількості пацієнток з порушенням менструальної функції в 1,3–1,4 раза більшою мірою після резекції яєчника. Серед усіх видів порушень менструального циклу переважали укорочення циклу і олігоменорея.

Отримані дані необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Ключові слова: доброякісні пухлини яєчників, репродуктивний вік, порушення менструальної функції.

Провідне місце серед новоутворень жіночих статевих органів посідають кісти і доброякісні пухлини яєчників (ДПЯ) [1–2]. Частота виявлення кіст і ДПЯ, за даними різних авторів, за останні 10–15 років підвищилася з 6% до 25% [3, 4].

Різноманітність клінічних проявів, труднощі диференціальної діагностики призводять до збільшення кількості оперативних втручань на яєчниках, втрати працездатності і порушення репродуктивного здоров'я у жінок, що підкреслює не лише медичний, а й соціальний і економічний аспекти даної патології [5–7]. До сьогодні не систематизовані дані щодо впливу органозберігаючих операцій на яєчниках на особливості менструальної функції жінок.

Не дивлячись на проведені дослідження, присвячені вивченню репродуктивного здоров'я жінок з кістами і ДПЯ [8–10], на сьогодні не вирішена проблема ефективного відновлення репродуктивної функції жінок із ДПЯ.

Мета дослідження: аналіз особливостей менструальної функції жінок після проведення органозберігаючих операцій на яєчниках.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Було досліджено морфофункціональний стан яєчників у 50 пацієнток з простою серозною цистаденомою (СЦА) і у 50 жінок зі зрілою тератомою (ЗТ) до і після проведення органозберігаючих операцій (кістектомія, резекція). Паралельно оцінюва-

ли менструальну і репродуктивну функцію. Оперативне втручання всім пацієнткам виконували лапароскопічним доступом за загальноприйнятою методикою.

З урахуванням об'єму виконаного оперативного втручання, жінок було розподілено на три групи:

- 1-а група – 50 пацієнток, у яких вишування пухлини не супроводжувалося видаленням яєчникової тканини, що надалі було підтверджене гістологічно і розцінене як кістектомія.
- 2-а група – 50 обстежених, в яких за відсутності упевненості в повноцінному видаленні капсули утворення була проведена економна резекція яєчника. Водночас резекцію частіше виконували пацієнткам із СЦА (56,0%), ніж жінкам із ЗТ яєчника (44,0%).
- 3-я (контрольна) група – 30 здорових жінок зіставних за віком, з регулярним менструальним циклом, зі спонтанною овуляцією, які не отримували гормональну терапію протягом 1,5 року.

До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, біохімічні, морфологічні та статичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Було проведено аналіз даних анамнезу пацієнток до оперативного втручання залежно від морфологічної структури утворення.

Вік усіх обстежених хворих коливався від 18 до 40 років (у середньому – $27 \pm 4,8$ року). Більшість пацієнток із ЗТ були віком до 30 років, із СЦА – старше 30 років. При обох морфологічних варіантах утворень кістектомія і резекція були виконані з однаковою частотою у всіх пацієнток.

Приводом для госпіталізації слугувало виявлення об'ємного утворення в ділянці придатків матки під час профілактичного огляду і ультразвукового сканування. За екстремними свідченнями з клінікою гострого живота госпіталізовані 12,0% хворих, 88,0% пацієнток поступили в плановому порядку.

Під час госпіталізації у стаціонар характер скарг обстежених хворих був неспецифічний. Так, найчастішою скаргою жінок був біль у нижніх відділах живота різного ступеня вираженості (78,0%). Больовий синдром був найбільш вираженим у пацієнток із СЦА. Слід зазначити, що величина яєчкового утворення перевищувала 75–120 мм в діаметрі, тому можливо біль був обумовлений порушенням живлення в капсулі утворення. Другою за частотою скаргою зафіксовано порушення менструального циклу – 14,0%. Порушення функції сусідніх органів (дизурія, запори), збільшення живота в об'ємі спостерігалися у кожній десятій хворій (10,0%).

Клінічні прояви захворювання під час госпіталізації у стаціонар були відсутні у 22,0% хворих, в яких новоутворення яєчників діагностовано під час профілактичного огляду гінеколога або з'явилися випадковою знахідкою при ультразвуковому дослідженні.

Під час вивчення менструальної функції було зафіксовано, що середній вік настання менархе становив $13,8 \pm 1,2$ року, що практично відповідає такому в популяції. Настання менархе у віці до 12 років спостерігалось у 26,0% пацієнток, у половини хворих (46,0%) – у віці 12–15 років. Пізніше менархе виявлене у 28,0% хворих. Лише в кожній шостій обстеженій (16,0%) – у віці старше 16 років. Слід зазначити, що пізніше менархе частіше зустрічалось у хворих із СЦА – у 38,0%. Тривалість менструального циклу коливалась від 23 до 32 днів ($29,3 \pm 0,5$ дня). Середня тривалість менструальної кровотечі становила $6,52 \pm 0,2$ дня (3–8 днів).

Оцінюючи менструальну функцію в обстежених пацієнток, були виявлені ті або інші порушення залежно від морфологічної структури утворення як у становленні менархе, так і в регулярності менструальної функції. Регулярний менструальний цикл був у більшості пацієнток із ЗТ – 86,0%. Серед усіх видів порушення менструальної функції у всіх хворих переважала гіпоменорея та альгоменорея. Мізерні менструації зафіксовані в 2 рази частіше у пацієнток із СЦА порівняно з хворими із ЗТ.

На хворобливий характер менструацій частіше вказували обстежені із СЦА – 16,0%, ніж із ЗТ – 10,0%.

Ациклічні кров'яні виділення виявлені у 12,0% пацієнток, з приводу чого раніше виконано роздільне діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки під контролем гістероскопії. Результати гістологічного дослідження свідчили про наявність гіперпластичного процесу ендометрія у всіх пацієнток.

Згідно з отриманими результатами, більшість вагітностей в анамнезі були у пацієнток із СЦА – 68,0%, серед них у кожній третій фіксували артифіційні аборти – 33,8%. Число мимовільних абортів в 1,7 рази вище в обстежених із СЦА порівняно з жінками із ЗТ. Збільшення частоти абортів у співвідношенні до частоти пологів вище у пацієнток із ЗТ – 28,0% і 20,0% відповідно.

Передчасні пологи і вагітності, що не розвиваються, частіше зустрічалися у пацієнток із СЦА, рідше у хворих із ЗТ – 6,0% і 4,0%; 2,0% і 2,0% відповідно.

Привертає увагу великий відсоток пацієнток, які застосовують методи запобігання вагітності, а саме: у жінок із СЦА – 36,0%, в обстежуваних із ЗТ – 26,0% відповідно.

Вивчення гінекологічного анамнезу у хворих з пухлинами яєчника виявило наявність гінекологічних захворювань у більшості обстежених – 60,0%. Найчастішою гінекологічною патологією були запальні захворювання матки і придатків матки, які діагностували у 36,0% пацієнток. Кожна третя хвора (32,0%) тривалий час (від 2 міс до 1,2 року) отримувала антибактеріальну терапію і фізіолікування в амбулаторних умовах. Утворення яєчників в анамнезі спостерігали у кожній шостій хворій (16,0%). Водночас на відміну від пацієнток із ЗТ найчастіше в обстежених із СЦА діагностували захворювання шийки матки (псевдоерозія, лейкоплакія, поліп слизової оболонки шийки матки, ерозійний ектропіон) – 12,0% і 22,0%; і патологію ендометрія (залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія, залозисто-фіброзний поліп ендометрія) – 6,0% і 10,0% відповідно.

Про відсутність гінекологічних захворювань зазначали 40,0% обстежених, з них 22,0% пацієнток тривалий час (більше 5 років) не були на прийомі у гінеколога.

Найчастішою соматичною патологією були захворювання травного тракту (хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба, хронічний коліт), які діагностували у 62,0% пацієнток. Захворювання гепатобіліарної системи діагностовані у кожній четвертій хворій (24,0%) і не розрізнялися за групами. Гіпертонічна хвороба виявлена у 30,0% обстежених, варикозне розширення вен нижніх кінцівок – у 16,0% пацієнток. Порушення жирового обміну найчастіше зустрічалось у пацієнток із СЦА порівняно із ЗТ – 10,0% і 6,0% відповідно.

Достовірних відмінностей в кількості перенесених оперативних втручань між групами не виявлено. Оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза раніше виконані у більшості (68,0%) хворих. Найчастіше зустрічалася апендектомія – у кожній п'ятій пацієнтки (24,0%).

Отже, вивчення анамнестичних даних в обстежених жінок виявило більш виражені порушення менструальної і репродуктивної функцій, велику частоту гінекологічної і соматичної патології і оперативних втручань у пацієнок з об'ємними утвореннями яєчника порівняно з контрольною групою.

Для оцінювання впливу перенесених оперативних втручань на підставі проведених УЗД і біохімічних параметрів було порівняно стан менструальної функції пацієнок з рівнем зниження оваріального резерву залежно від об'єму оперативного втручання.

Так, регулярний менструальний цикл до оперативного втручання був у переважній більшості жінок з нормальним оваріальним резервом (підгрупа А) як у 1-й групі (80,0%), так і в 2-й групі (68,0%). Менструальний цикл становив 28–30 днів, тривалість – 3–5 днів. У спостережуваних з помірно зниженим оваріальним резервом (підгрупа Б) регулярний цикл зафіксований у кожній другій пацієнтки в обох групах (50,5% і 48,3%), з низьким оваріальним резервом (підгрупа В) лише в кожній четвертій (24,3% і 26,1%).

Порушенням менструального циклу було його укорочення до 21–25 днів переважно у підгрупі В. Ациклічні кров'яні виділення переважали також у жінок з підгрупи В, а саме: у 1-й групі у 3,1% і в 2-й групі у 6,8%, з приводу чого в 4,9% хворих раніше виконано роздільне діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки під контролем гістероскопії. Результати гістологічного дослідження свідчили про наявність гіперпластичного процесу ендометрія у всіх пацієнок.

Хворобливі менструації виявлені в 10,0% хворих 1-ї групи і в 16,0% у жінок 2-ї групи незалежно від показників оваріального резерву.

Результати аналізу менструальної функції після оперативного лікування продемонстрували залежність порушень менструального циклу від змін у доопераційний період. Проведена характеристика тривалості менструального циклу через 3 міс після органозберігаючих операцій з урахуванням об'єму виконаної операції і оваріального резерву свідчить, що кількість пацієнок з менструальним циклом 21–25 днів збільшилося у хворих із ЗТ і СЦА в 1,3 і 1,4 раза відповідно.

Водночас в обстежених зі зниженим оваріальним резервом (підгрупа В) фіксували укорочений менструальний цикл у більшості хворих як в 1-й групі (54,0%), так і в 2-й групі (64,0%). У спостережуваних з помірним зниженням оваріального резерву (підгрупа Б) даний вид порушення зустрічався в 2 рази рідше, з незмінним оваріальним резервом (підгрупа А) – у 3 рази. Збільшення тривалості менструального циклу зафіксоване у пацієнок із ЗТ і СЦА незалежно від рівня зниження оваріального резерву.

Отже, змінений менструальний цикл фіксували частіше у хворих, які перенесли резекцію яєчника (в 1,5 раза), порівняно з кістектомією. Це зумовлено значною кількістю хворих з помірно зниженим (підгрупа Б) і низьким оваріальним резервом (підгрупа В).

У ході дослідження через 6 міс після операції відзначено збільшення кількості пацієнок з різними видами порушень менструальної функції. Найнижчий відсоток нерегулярних менструальних циклів (48,2%) у післяопераційний період спостерігали в спостережуваних з незмінним оваріальним резервом (підгрупа А). Під час порівняння отриманих результатів дослідження залежно від об'єму оперативного втручання було встановлено, що скорочення менструального циклу до 21–25 днів частіше спостерігалось у жінок, що перенесли оперативне втручання з приводу

СЦА, і у пацієнток після резекції яєчника. Це пов'язано з великою кількістю хворих зі зміненим оваріальним резервом у даній групі.

Так, через 6 міс після оперативного втручання збільшилась кількість пацієнток з підгрупи Б і В ($p < 0,05$) з тривалістю циклу 21–25 днів. Фіксували збільшення кількості жінок з тривалістю циклу 21–25 днів у підгрупі Б в 1,5 раза, а серед пацієнток з підгрупи В – в 1,6 раза порівняно з попереднім дослідженням через 3 міс, що становить 15,5% і 31,7% відповідно.

Результати аналізу змін менструального циклу продемонстрували, що через 6 міс після операції частота ациклічних кров'яних виділень збільшилася в 1,3 раза порівняно з результатами через 3 міс.

Аналіз характеристики менструального циклу через 12 міс після операції виявив раніше позитивну кореляційну залежність між ступенем зниження оваріального резерву і порушенням менструального циклу за типом укорочення, олігоменореї. Серед усіх порушень у пацієнток з помірно зниженим оваріальним резервом (підгрупа Б) і низьким оваріальним резервом (підгрупа В) переважало укорочення менструального циклу (17,6% і 30,7% відповідно) і опсоменорея (32,1% і 40,1% відповідно).

Згідно з отриманими даними, ациклічні кров'яні виділення зафіксовані в 7,2% у 1-й групі у хворих із ЗТ і в 24,0% у пацієнток із СЦА 2-ї групи, з приводу чого всім спостережуваним вироблена гістероскопія з подальшим роздільним діагностичним вишкрібанням слизової оболонки матки. Гістологічне дослідження отриманого матеріалу свідчило про залозисто-кістозну гіперплазію ендометрія, залозисту гіперплазію і залозисто-фіброзний поліп.

Оцінювання менструальної функції через 24 міс після органозберігаючих операцій свідчило про збільшення частоти порушень в обох групах спостереження. Переважаючою зміною було скорочення циклу до 21–25 днів у хворих з помірно зниженим (підгрупа Б) і низьким оваріальним резервом (підгрупа В) – 19,3% і 34,2% відповідно.

При детальному аналізі менструальної функції залежно від об'єму оперативного втручання виявлено, що після резекції яєчника кількість жінок з нормальним менструальним циклом була менша в 1,3 раза, ніж після кістектомії. Так, найнижчий відсоток нормальних менструальних циклів відзначено у 2-й групі у спостережуваних із СЦА, що перенесли резекцію яєчника (18,2%).

ВИСНОВКИ

У результаті дослідження виявлено, що частота порушень менструальної функції у жінок після операцій на яєчниках обумовлена як порушеннями до операції, так і наслідком оперативного втручання. Високий відсоток змін менструального циклу до операції (46,0% – зі зрілою тератоною, 54,0% – з простою серозною цистаденоною), згідно з нашими даними, прямопропорційно корелює з рівнем зміни оваріального резерву.

У післяопераційний період відзначено збільшення кількості пацієнток з порушенням менструальної функції в 1,3–1,4 раза здебільшого після резекції яєчника. Серед усіх видів порушень менструального циклу переважали скорочення циклу і олігоменорея.

Отримані дані необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Influence of organ-preserving operations on ovaries on the menstrual function of women

V.A. Terekhov

Frequency of violations of menstrual function for women after operations on ovaries is conditioned by both violations to the operation and consequence of operative interference. High percent of changes of menstrual cycle to the operation (46,0% – with mature teratoma and 54,0% with outage of serosal cystadenoma), in obedience to our information, direct proportion correlates with the level of change of ovarian reserve.

In a postoperative period the increase of number of patients is marked with violation of menstrual function in 1,3–1,4 time in a greater degree after the resection of ovary. Shortening of cycle and oligomenorrhea prevailed among all types of violations of menstrual cycle.

Findings must be taken into account at development of algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation measures.

Keywords: *benign tumors of ovaries, reproductive age, disturbances of menstrual function.*

Відомості про автора

Терехов Володимир Андрійович – Кафедра акушерства та гінекології Медичного інституту Сумського державного університету МОН України, м. Суми. *E-mail: prorre-first@nmapo.edu.ua*

Information about the autor

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

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Afors K, Murtada R, Centini G., 2019 Employing laparoscopic surgery for endometriosis // *Women's Health*:10(4):431-43.
2. Akira I, Tomoko N, Tatsuo N., 2020 Assessment of ovarian reserve using anti-Mullerian hormone levels in benign gynecologic conditions and surgical interventions: a systematic narrative review // *Reproductive Biol Endocrinol.*:12:125-130.
3. Aubard Y, Poirot C., 2021 Presumed ovarian benign tumor and fertility // *J Gynecol Obstetr Biol Reproduction*:42(8):794-801.
4. Baradwan S, Sendy F, Sendy S., 2020 Complete Laparoscopic Extirpation of a Giant Ovarian Cyst in an Adolescent // *Complete Case Rep Obstet Gynecol.*:7:63:89-95.
5. Borghese B, Marzouk P, Santulli P., 2019 Surgical treatments of presumed benign ovarian tumors // *Gynecol, Obstetr Biol Reproduction*:42(8):786-93.
6. Bourdel N, Canis M., 2020 Treatment strategies in presumed benign ovarian tumors // *J Gynecol, Obstetr Biol Reproduction*:42(8):802-15.
7. Casadei L, Dominici F, Scaldaferrì D, Vicomandi V, 2021 Anti-Müllerian hormone levels and spontaneous pregnancy in women undergoing surgery for benign ovarian cysts // *Gynecol Endocrinol*:Oct;34(10):909-12.
8. Cayrol M, Ouldamer L, Marret H., 2019 Ovarian tumors // *La Revue Praticien*: 63(2):259-65.
9. DePriest PD, DeSimone CP., 2018 Ultrasound screening for early detection of ovarian cancer // *J Clin Oncol.*:21:194-9.
10. Farghaly SA., 2019 Current diagnosis and management of ovarian cysts // *Clin Experim Obstetr Gynecol.*:41(6):609-12.