

# Особливості клінічної характеристики пацієнток із доброякісними новоутвореннями яєчників після гістеректомії

О. В. Забудський

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

**Мета дослідження:** вивчити особливості клінічної характеристики та обстеження пацієнток із доброякісними новоутвореннями яєчників після гістеректомії.

**Матеріали та методи.** Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби і відеозаписів операцій 83 пацієнток, оперованих з приводу доброякісних пухлин яєчників. Усі пацієнтки поступили в стаціонар у плановому порядку з діагнозом «Доброякісне новоутворення яєчника». 65 із 83 пацієнток пред'являли скарги на хронічний тазовий біль і біль під час статевих контактів. Усі пацієнтки раніше перенесли тотальну або субтотальну гістеректомію без додатків лапаротомним доступом з приводу міоми матки, аденоміозу, рецидивуючих дисфункціональних маткових кровотеч. Основна група – 48 пацієнток були прооперовані з приводу пухлин яєчників лапароскопічним доступом. До групи порівняння увійшли 35 пацієнток, яким проведено лапаротомну операцію з приводу пухлин яєчників.

До комплексу проведених досліджень входили клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

**Результати.** У 62 пацієнток після субтотальної гістеректомії оцінювали стан кукси шийки матки (онкоцитологічне дослідження зшкрібка з ендо- та ектоцервіксу, розширена кольпоскопія). З них у 12 (17,7 %) пацієнток виявлена патологія кукси шийки матки: у 2 пацієнток – важка дисплазія, у 6 – ендометріоз кукси шийки матки, у 3 пацієнток – рецидивуючі поліпи каналу шийки матки, кровотечі з кукси шийки матки, з приводу яких було вирішено виконати екстирпацію кукси шийки матки. У всіх 83 пацієнток визначали рівень пухлинного маркера СА-125 у сироватці крові. В 11 пацієнток спостерігалось підвищення рівня онкомаркера СА-125 до 35–54 МО/мл.

**Висновки.** Результати проведеної клінічної характеристики жінок із новоутвореннями яєчників після гістеректомії свідчать про актуальність цієї наукової проблеми та необхідність розробки удосконаленого алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

**Ключові слова:** новоутворення яєчників, гістеректомія, клінічна характеристика, обстеження.

Гістеректомія – одне з найбільш поширених оперативних втручань в індустріально розвинених країнах [1, 2].

На сьогодні проблема тактики ведення, вибору оперативного доступу і об'єму хірургічного лікування пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників складна і викликає багаточисельні дискусії, особливо щодо пацієнток, які раніше перенесли оперативні втручання з приводу захворювань органів малого таза [3, 4].

Значні зміни у вирішенні цієї проблеми були внесені із впровадженням в широку практику хірургічної лапароскопії як хірургічного доступу, що дозволяє здійснити 85–95 % операцій на придатках матки [5, 6]. Накопичений світовий досвід використання лапароскопічного доступу дозволяє проводити операції будь-якої складності на органах малого таза. Лапароскопія стала пріоритетним напрямом у лікуванні широкого спектра гінекологічних захворювань, зокрема і пухлин яєчників. Ендоскопічний доступ дає можливість за рахунок оптичного збільшення виробляти тонке анатомічне відділення патологічно зміненої тканини органу від інтактної [7, 8], що дозволяє більш чітко розділити радикальні та органозберігаючі операції.

У літературі обговорюється питання про можливість застосування лапароскопічного доступу у пацієнток з пухлинами яєчників, що мають череворозтини в анамнезі, зокрема у пацієнток, що раніше перенесли лапаротомну тотальну і субтотальну гістеректомію [9, 10]. Наявність декількох череворозтинів в анамнезі тривало вважали протипоказанням до проведення операцій на органах малого таза лапароскопічним доступом через високий ризик пошкоджень органів черевної порожнини, пов'язаних зі спайковим процесом [8–11].

Проте відсутність єдиної загальноприйнятої методики проведення основних етапів лапароскопічних операцій на органах малого таза призводять до збільшення числа несприятливих наслідків оперативного лікування та потребує подальшого дослідження цього наукового напрямку.

**Мета дослідження:** вивчити особливості клінічної характеристики і обстеження пацієнток із доброякісними новоутвореннями яєчників після гістеректомії.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведений ретроспективний аналіз історій хвороби і відеозаписів операцій 83 пацієнток, оперованих з приводу доброякісних пухлин яєчників (ДПЯ). Усі пацієнтки поступили в стаціонар у плановому порядку з діагнозом «Доброякісне новоутворення яєчника». 65 із 83 пацієнток скаржилися на хронічний тазовий біль і біль під час статевих контактів. Усі пацієнтки раніше перенесли тотальну або субтотальну гістеректомію без придатків лапаротомним доступом з приводу міоми матки, аденomioзу, рецидивуючих дисфункціональних маткових кровотеч.

У період виконання гістеректомії вік хворих в обох групах коливався від 27 до 48 років. Давність гістеректомії становила від 3,0 до 18,3 року. 38 хворим була виконана лапаротомія нижньо-серединним доступом (45,8 %), по Пфанненштілью – 45 (54,2 %) пацієнткам. Субтотальна гістеректомія була вироблена 62 (74,7 %) хворим, тотальна гістеректомія – 21 (25,3 %). Відзначено нечасту відвідуваність пацієнтками гінеколога через «псевдозаспокоєність» після оперативного лікування. Так, 46 % жінок не зверталися до лікаря більше 5 років.

До основної групи увійшли 48 пацієнток, яких було оперовано з приводу пухлин яєчників лапароскопічним доступом. До групи порівняння включено 35 пацієнток, які підлягли лапаротомній операції з приводу пухлин яєчників.

До комплексу проведених досліджень входили клінічні, лабораторні, інструментальні та статистичні методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЙХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час виконання операцій з приводу ДНЯ вік хворих коливався від 38 до 67 років: 16 (19,2 %) пацієнток були віком до 40 років, 44 (53%) пацієнтки – 40–50 років і 23 (20,8 %) жінки – старше 50 років (табл. 1).

Водночас 56 хворих із доброякісними пухлинами і пухлиноподібними утвореннями яєчників в різний час страждали різними гінекологічними захворюваннями (табл. 2).

43 пацієнтки окрім гістеректомії мали в анамнезі інші хірургічні втручання на органах черевної порожнини і малого таза (табл. 3).

Таблиця 1

#### Розподіл пацієнток, оперованих з приводу пухлин яєчників за віком

Група	Вік		
	до 40 років	40–50 років	старше 50 років
Основна група, n = 48	9 (18,8 %)	29 (60,4 %)	10 (20,8 %)
Контрольна група, n = 35	5 (14,3 %)	22 (62,8 %)	8 (22,8 %)

Таблиця 2

#### Перенесені гінекологічні захворювання у хворих з доброякісними новоутвореннями яєчників

Гінекологічні захворювання	Основна група, n = 48	Контрольна група, n = 35
Міома матки	32 (66,6 %)	27 (77,1 %)
Аденоміоз	26 (54,1 %)	15 (42,9 %)
Ендометріоз яєчників	15 (31,25 %)	6 (17,1 %)
Запальні захворювання органів малого таза	12 (25,0 %)	8 (22,8 %)
Ектопія шийки матки	33 (68,75 %)	14 (40,0 %)
Дисфункціональні маткові кровотечі	7 (14,5 %)	10 (28,6 %)
Гіперпластичні процеси ендометрія	9 (18,7 %)	11 (31,4 %)

Таблиця 3

#### Оперативні втручання, раніше перенесені пацієнтками з доброякісними новоутвореннями яєчників

Види оперативних втручань, виконаних лапаротомним доступом	Число оперативних втручань
Тотальна гістеректомія	21
Субтотальна гістеректомія	62
Одностороння аднексектомія	12
Апендектомія	27
Холецистектомія	6
Кесарів розтин	18
Резекція яєчників	38

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

**Репродуктивна функція пацієнок із доброякісними новоутвореннями яєчників**

Репродуктивна функція	Загальна кількість пацієнок, n = 83	%
Одні пологи	29	34,93 %
Двоє та більше пологів	22	26,50 %
Аборти штучні	48	57,83 %
Аборти мимовільні	19	22,89 %
Вагітність, що не розвивається	11	13,25 %
Первинне безпліддя	6	7,23 %
Вторинне безпліддя	9	10,80 %

З екстрагенітальних захворювань слід зазначити порушення жирового обміну II і III ступеня (37 % хворих) і захворювання серцево-судинної системи, включаючи гіпертонічну хворобу (24 %). Хронічний бронхіт виявлений у 13 % жінок, захворювання печінки і жовчовивідних шляхів – в 11,5 %, у 7 % – цукровий діабет 2-го типу, 12 % пацієнок страждали на варикозну хворобу нижніх кінцівок.

В обстежених хворих виявлено, що доброякісні і злоякісні пухлини статевих органів у їх прямих родичів були в 19,2 % спостережень.

Була вивчена репродуктивна функція пацієнок з доброякісними новоутвореннями яєчників (табл. 4).

З представлених даних видно, що лише у 61,5 % пацієнок з доброякісними пухлинами яєчників були пологи, причому двоє і більше пологів – лише у 26,5 %. Водночас у 80,72 % були штучні і мимовільні переривання вагітності, а в 13,25 % – вагітності, що не розвиваються, на ранніх термінах гестації.

У спостережуваних нами групах пацієнок з ДПЯ слід зазначити вкрай низьке використання гормональних контрацептивних засобів і замісної гормональної терапії. Лише 15 % пацієнок хоч би раз у своєму житті приймали гормональні контрацептиви. Близько 10 % використовували гормональну контрацепцію не більше ніж півроку і лише 3 % приймали комбіновані оральні контрацептиви від 1 до 1,5 року. Лише 6 % пацієнок отримували замісну гормональну терапію протягом від 6 міс до 3 років.

У 62 пацієнок після субтотальної гістеректомії аналізували стан кукси шийки матки (онкоцитологічне дослідження зшкрібка з ендо- та ектоцервікса, розширена кольпоскопія). З них у 12 (17,7 %) пацієнок виявлена патологія кукси шийки матки: у 2 пацієнок – важка дисплазія, у 6 – ендометріоз кукси шийки матки, у 3 – рецидивуючі поліпи каналу шийки матки, кровотечі з кукси шийки матки, з приводу яких було вирішено виконати екстирпацію кукси шийки матки.

У всіх 83 пацієнок визначали рівень пухлинного маркера СА-125 у сироватці крові. В 11 пацієнок спостерігалось підвищення рівня онкомаркера СА-125 до 35–54 МО/мл.

Усім пацієнткам проводили ультразвукове дослідження органів малого таза з кольоровим доплерівським картуванням абдомінальним датчиком 7–7,5 МГц і вагінальним датчиком. При цьому визначали розміри яєчника і структуру яєчника, розміри структури і розташування яєчникового утворення, товщину капсули, наявність пристіночних утворень, перегородок, гіперехогенних включень. Також оцінювали ультразвукові ознаки спайкової хвороби. При трансабдомінальному дослідженні у

положенні пацієнток лежачи на спині над припулковою ділянкою оцінювали дві ультразвукові ознаки:

1. Ковзання нутрощів – подовжня дистанція, яку проходять петлі кишечника або сальник при форсованому циклі вдих–видих, а також при мануальній компресії черевної стінки. Позитивний критерій виявлення спайок визначався при амплітуді ковзання органів < 1 см.

2. Очеревинно-порожнинне віддзеркалення – проявляє себе ультрасонографічно у вигляді безперервної ехо-щільної доріжки. Ознака є позитивною, коли доріжки немає або коли вона має смугастий вигляд і погано визначувані межі.

При трансвагінальному УЗД у гінекологічних хворих наявність одну з наступних ознак розцінювали як показник вірогідності тазових спайок:

1) «Краї»: розмивання межі яєчника, визначаване як відсутність чіткого контуру яєчника впродовж більше 3/4 його протяжності (як для «фіксації» і «відстані», «краї» вважалися патологічними, лише коли вони залишалися незмінно розмитими після закінчення пальпації живота);

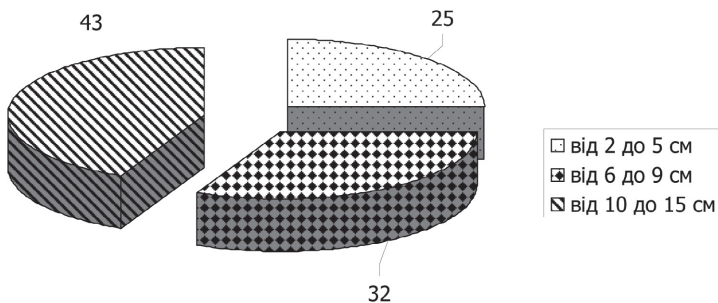
2) «Фіксація»: зв'язок яєчника з кишкою, яка зберігалася при пальпації живота;

3) «Відстань»: збільшення відстані від яєчника до датчика більше 11 мм, яке зберігалось при пальпації живота.

Далі проводили трансвагінальне доплерівське картування в режимі енергетичного доплера з аналізом кривих швидкостей кровотоку, особливостей неоваскуляризації (внутрішньопухлинний або периферичний кровотік). Індекс резистентності, пульсаційний індекс обчислювали автоматично. За показаннями виконували магнітно-резонансну томографію органів малого таза, ендоскопічне дослідження травного тракту (гастроскопія, колоноскопія).

Проведений аналіз анамнестичних чинників, пов'язаних з попередніми оперативними втручаннями: хірургічний доступ, профіль оперативного втручання (гінекологічний, хірургічний), об'єм оперативних втручань, терміновість виконання попередніх операцій, наявність дренивання черевної порожнини, давність перенесеної операції. Виявлено, що частота поширених форм спайкового процесу була достовірно вище за наявності екстреного оперативного втручання в анамнезі (в 75%), а також за наявності вказівок на дренивання черевної порожнини (у 84,5% хворих був зареєстрований спайковий процес в малому тазі 3–4 стадії).

Розміри новоутворень яєчників, виявлених при обстеженні пацієнток, що перенесли гістеректомію, наведені на рисунку.



## Розміри доброякісних новоутворень яєчників, діагностованих під час проведення УЗД

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

Після підтвердження діагнозу «Доброякісне утворення яєчника» пацієнтки були оперовані лапароскопічним і лапаротомним доступом. Аднексектомії в основній групі пацієнток становили 23 (47,9 %), у групі порівняння – 20 (57,1 %), резекція яєчників – 10 (28,6 %) і 12 (34,3 %) відповідно; роз'єднання спайок, розтин серозоцеле – 5 (6,0 %) в основній групі, 3 (8,6 %) – у групі порівняння, екстирпації кукси шийки матки і двостороння аднексектомія лапароскопічним доступом вироблена у 8 пацієнток, екстирпація кукси шийки матки і резекція яєчників – у 4 пацієнток основної групи, екстирпація кукси шийки матки і аднексектомія лапаротомним доступом у групі порівняння – у 2 (5,7 %) пацієнток. Двостороння аднексектомія і резекція великого сальника вироблена в однієї пацієнтки, в якій гістологічно діагностована папілярна цистаденома межового типу.

## ВИСНОВКИ

Отже, результати проведеної клінічної характеристики жінок з новоутвореннями яєчників після гістеректомії свідчать про актуальність цієї наукової проблеми та необхідність розробки удосконаленого алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

## Features of clinical description of patients are with of benign ovarian neoplasms after hysterectomy

*O. V. Zabudskiy*

**The objective:** to learn the features of clinical description inspection of patients with of benign ovarian neoplasms after hysterectomy .

**Materials and methods.** The retrospective analysis of hospital and videotape recordings of operations charts is conducted 83 patients, ovaries operated concerning of benign tumours. All patients entered permanent establishment in the planned order with a diagnosis: «Benign ovarian neoplasms». 65 from 83 patients produced complaints about chronic pelvic pains and pains at sexual contacts. All patients before carried total or subtotal hysterectomy without appendages laparotomy access concerning a uterine fibroids, adenomyosis, recurrent dysfunctional uterine bleeding. 1 basic group – 48 patients were operated concerning the tumours of ovaries by laparoscopy access. The group of comparison was made by 35 patients which underwent a laparotomy operation concerning the tumours of ovaries.

Clinical, laboratory instrumental and statistical methods were included in the complex of the conducted researches.

**Results.** For 62 patients after subtotal hysterectomy the state of stump uterine cervix was estimated (oncological examination of smears from endo- and exocervix, extended colposcopy). From them there is found out pathology of stump uterine cervix in 12 patients (17,7 %): for 2 patients is high-grade dysplasia, in 6 is endometriosis of stump uterine cervix, for 3 patients are recurrent polyps of cervical canal, bleeding from stump uterine cervix, concerning which it was decided to execute extirpation of the cervical stump. In all 83 patients determined the level of tumour marker of CA-125 in the blood serum. In 11 patients there was an increase of level of tumor marker of CA-125 to 35–54 IU/ml.

**Conclusions.** The results of the conducted clinical description of women with ovarian neoplasms after hysterectomy testify to actuality of this scientific problem and necessity of development of the improved algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation measures.

**Keywords:** ovarian neoplasms, hysterectomy, clinical description, inspection.

**Відомості про автора**

**Забудський Олександр Васильович** – КНП «Пологовий будинок № 2», м. Київ  
ORCID: 0000-0003-1969-7031; e-mail: [Zabudskiyov@ukr.net](mailto:Zabudskiyov@ukr.net)

**Information about the author**

**Zabudskiy Oleksandr V.** – Communal noncommercial enterprise maternity hospital №2, Kyiv  
ORCID: 0000-0003-1969-7031; e-mail: [Zabudskiyov@ukr.net](mailto:Zabudskiyov@ukr.net)

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Annaiah TK, Reynolds SF, Lopez C. Histology and prevalence of ovarian tumours in postmenopausal women: Is follow-up required in all cases? *Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2012;32(3):267–70. DOI: 10.3109/01443615.2011.626089
2. Bhattacharya S, Mollison J, Pinion S. A comparison of bladder and ovarian function two years following hysterectomy and endometrial ablation. *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 2005;103(9):898–903. DOI:10.1111/j.1471-0528.1996.tb09909.x
3. Bran GM, Moch M, Hormann K, Stuck BA. Electrosurgical concepts in ENT medicine. History, fundamentals and practice. *HNO*. 2020;55(11):899–911. DOI: 10.1007/s00106-007-1628-3
4. Briiggman D, Tchartchian G, Wallwiener M. Intra-abdominal adhesions: definition, origin, significance in surgical practice and treatment options. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2010;107(44):769–75. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0769
5. Eweis AA, Olah KS. Subtotal abdominal hysterectomy: a surgical advance or abackward step? *BJOG*. 2000;107:1376–9. DOI:10.1111/j.1471-0528.2000.tb11651.x
6. Candiani M, Maggi R, Sa bruni I. Treatment of ovarian borderline tumors diagnosed at laparoscopy. *The Newsletter ESGE*. 2019;2:9–21.
7. Canis M. Result of the multicenter study (survey about management of malignant masses). *The Newsletter of ESGE*. 2021;6:6–7.
8. Catarie M, Carlini M, Gentileschi P, Santoro E. Major and minor injuries during the creation of pneumoperitoneum. A multicenter study on 12,919 cases. *Surg. Endoscop.* 2001;15(6):566–8. DOI: 10.1007/s004640000381
9. Catena F, Ansaloni L, Di Salverio S, Pinna AD. P.O.P.A. study: prevention of postoperative abdominal adhesions by icodextrin 4% solution after laparotomy for adhesive small bowel obstruction. A prospective randomized controlled trial. *J. Gastrointest. Surg.* 2012;16(2):382–8. DOI: 10.1007/s11605-011-1736-y
10. Chapron C, Cravello L, Chopin N. Complications during set-up procedures for laparoscopy in gynecology: open laparoscopy does not reduce the risk of major complications. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2003;82(12):1125–9. DOI: 10.1046/j.1600-0412.2003.00251.x
11. Coleman MG, McLain AD, Moran BJ. Impact of previous surgery on time taken for incisions and division of adhesions during laparotomy. *Dis. Colon. Rectum.* 2020;43:1297–9. DOI: 10.1007/BF02237441

*Стаття надійшла до редакції 13.11.2025. Дата першого рішення 29.11.2025.*

*Стаття подана до друку 18.12.2025*