

# Відновлення репродуктивної функції жінок після органозберігальних операцій на яєчниках

**А.В. Бойко**

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України,  
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Мета дослідження:** вивчення особливостей відновлення репродуктивної функції жінок після органозберігальних операцій на яєчниках.

**Матеріали та методи.** Було досліджено морфофункціональний стан яєчників у 100 пацієнток: з простою серозною цистаденомою (n=50) і зрілою тератомою (n=50) – до і після органозберігальних операцій (кістектомія, резекція). З урахуванням об'єму виконаного оперативного втручання обстежених було розподілено на групи. До комплексу проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, біохімічні, морфологічні та статистичні методи.

**Результати.** У жінок, що перенесли органозберігальні операції з приводу доброякісних пухлин яєчників, найуразливішим залишається репродуктивне здоров'я. Результати проведеного дослідження продемонстрували, що пацієнтки з нормальним оваріальним резервом у більшості спостережень мають незмінені показники фертильності. Ускладнення вагітності частіше виявляли у пацієнток з помірно зниженим і низьким оваріальним резервом, що необхідно урахувати під час ведення вагітності у даних хворих. Ці дані підтверджують думку про те, що у зв'язку з високою частотою безплідності у пацієнток із зниженим оваріальним резервом після оперативного втручання у пізній репродуктивний період показано використання допоміжних репродуктивних технологій для реалізації репродуктивної функції.

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

**Ключові слова:** доброякісні пухлини яєчників, репродуктивний вік, відновлення репродуктивної функції.

Одне з перших місць серед новоутворень жіночих статевих органів посідають кісти і доброякісні пухлини яєчників (ДПЯ) [1–2]. Частота кіст і ДПЯ, за даними різних авторів, за останніх 10–15 років виросла з 6 до 25% [3–4].

Різноманітність клінічних проявів, труднощі диференціальної діагностики призводять до зростання числа оперативних втручань на яєчниках, втрати працездатності і порушення репродуктивного здоров'я у жінок, що підкреслює не лише медичний, але і соціальний, і економічний аспект даної патології [5–7]. До сьогодні не систематизовані дані щодо впливу органозберігальних операцій на яєчниках на особливості відновлення репродуктивної функції жінок.

Незважаючи на проведені дослідження, присвячені вивченню репродуктивного здоров'я жінок з кістами і ДПЯ [1–7], на сьогодні не вирішена проблема ефективного відновлення репродуктивної функції жінок із ДПЯ.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей відновлення репродуктивної функції жінок після органозберігальних операцій на яєчниках.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно з поставленою метою, було досліджено морфофункціональний стан яєчників у 100 пацієнток: з простою серозною цистаденомою (СЦА; n=50) – група СЦА і зрілою

тератомою (ЗТ; n=50) – група ЗТ до і після органозберігальних операцій (кістектомія, резекція). Паралельно оцінювали менструальну і репродуктивну функції. Оперативне втручання всім пацієнткам виконували лапароскопічним доступом за загальноприйнятою методикою.

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

До 1-ї групи увійшли 50 пацієнток, у яких вишування пухлини не супроводжувалось видаленням яєчничкової тканини, що надалі було підтверджене гістологічно і розцінене як кістектомія.

До 2-ї групи увійшли 50 обстежених, у яких за відсутності упевненості у повноцінному видаленні капсули утворення була виконана економна резекція яєчника. При цьому резекцію частіше виконували у пацієнток з простою СЦА (56,0%), ніж із ЗТ яєчника (44,0%).

У 3-ю (контрольну) групу включено 30 здорових жінок, зіставних за віком, з регулярним менструальним циклом, які мають спонтанну овуляцію і які не отримували гормональної терапії протягом 1,5 року.

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

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу анамнезу було визнано доцільним розглянути дані пацієнток до оперативного втручання залежно від морфологічної структури утворення.

Вік всіх обстежених хворих коливався від 18 до 40 років, становлячи у середньому  $27 \pm 4,8$  року. Більшість пацієнток із ЗТ знаходилися у віці до 30 років, з СЦА – понад 30 років. При обох морфологічних варіантах утворень кістектомія і резекція були виконані з однаковою частотою у всі вікові періоди.

Приводом для госпіталізації слугувало виявлення об'ємного утворення у ділянці придатків матки під час профілактичного огляду і ультразвукового сканування. За екстремними показаннями з клінікою «гострого живота» госпіталізовані 12,0% хворих, інші пацієнтки госпіталізовані у плановому порядку – 88,0%.

Під час госпіталізації до стаціонару характер скарг обстежених хворих був неспецифічний. Так, найчастішою скаргою обстежених була скарга на біль у нижніх відділах живота різного ступеня (78,0%). Больовий синдром був найбільш виражений у пацієнток з СЦА. Слід зазначити, що величина яєчника перевищувала 75–120 мм у діаметрі, і біль, мабуть, був зумовлений порушенням живлення у капсулі утворення. Другою за частотою скаргою була скарга на порушення менструального циклу – 14,0%. Порушення функції сусідніх органів (дизурія, закрепи), збільшення живота в об'ємі спостерігалися у кожній десятій хворій (10,0%).

Клінічні прояви захворювання під час госпіталізації до стаціонару були відсутні у 22,0% хворих, у яких новоутворення яєчників діагностовані під час профілактичного огляду гінеколога або виявилися випадковою знахідкою при ультразвуковому дослідженні.

Згідно з даними вивчення менструальної функції відзна-

чено, що середній вік настання менархе становив  $13,8 \pm 1,2$  року, що, практично, відповідає такому у популяції. Настання менархе у віці до 12 років спостерігалось у 26,0% пацієнок, у половини хворих – 46,0% – у віці 12–15 років. Пізні менархе спостерігалось у 28,0% хворих. Лише у кожній шостій (16,0%) обстеженої – у віці понад 16 років. Слід зазначити, що пізні менархе частіше виявлялися у хворих з СЦА – 38,0%. Тривалість менструального циклу коливалась від 23 до 32 днів ( $29,3 \pm 0,5$  доби). Середня тривалість менструальної кровотечі становила  $6,52 \pm 0,2$  доби (3–8 днів).

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

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

Привертає на себе увагу великий відсоток пацієнок, які запобігають вагітності: як у спостережуваних з СЦА – 36,0%, так і 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 є запальні захворювання матки і придатків матки, які діагностували у 36,0% пацієнок. 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 виявляли у кожній шостій хворій (16,0%). У той самий час, на відміну від пацієнок із ЗТ, найчастіше в обстежених із СЦА фіксували:

- захворювання шийки матки (псевдоерозія, лейкоплакія, поліп слизової оболонки каналу шийки матки, ерозійний ектропіон) – 12,0% і 22,0% відповідно;
- патологію ендометрія (залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія, залозисто-фіброзний поліп ендометрія) – 6,0% і 10,0% відповідно.

Про відсутність гінекологічних захворювань інформували 40,0% обстежених, з них 22,0% пацієнок тривалий час (більше 5 років) не спостерігалися у гінеколога.

Найчастішою соматичною патологією виявилися захворювання травного тракту (хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба, хронічний коліт), які діагностували у 62,0% пацієнок. Захворювання гепатобіліарної системи діагностовані у кожній четвертій хворій (24,0%) і не різнилися по групах. Гіпертонічна хвороба виявлена у 30,0% обстежених, варикозне розширення вен нижніх кінцівок відзначене у 16,0% пацієнок. Порушення жирового обміну найчастіше виявляли у пацієнок з СЦА – 10,0% порівняно із ЗТ – 6,0%.

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

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

Спираючись на визначені варіанти стану оваріального резерву на підставі УЗ-критеріїв і біохімічних параметрів, проведено аналіз показників репродуктивної функції залежно від ступеня зниження оваріального резерву і об'єму операції.

Аналізуючи показники репродуктивної функції до оперативного втручання, не виявлено достовірних відмінностей у реалізації репродуктивного потенціалу по групах ( $p > 0,05$ ). У той самий час при вивченні безплідності виявлено залежність від рівня зниження оваріального резерву. У зв'язку з цим

спробували виявити патологічні чинники, які були причиною інфертильності. Так, безплідність у 1-й групі діагностували у 22,0% пацієнок, у 2-й групі – у 24,0%. У більшості пацієнок виявлено поєднання декількох чинників порушення репродуктивної системи. Привертає на себе увагу відсутність явних причин безплідності у пацієнок з низьким оваріальним резервом (підгрупа В), що, можливо, зумовлено пізнім репродуктивним віком даного контингенту хворих.

Вивчення репродуктивної функції через 12 міс після операції виявило, що настання вагітності спостерігалось у 26,0% пацієнок у 1-й групі, які перенесли кістектомію, і у 18,0% – у 2-й групі після резекції яєчника. Запобігали вагітності у 1-й групі 30,0% спостережуваних, у 2-й групі – 28,0%. Слід зазначити, що артифіційні аборти виконані у 4,0% обстежених 1-ї групи і у 2,0% – 2-ї групи. Число вагітностей, що закінчилися своєчасними пологоми, переважало у пацієнок з незмінним оваріальним резервом (підгрупа А) – 34,0% в обох групах. У спостережуваних з помірно зниженим оваріальним резервом (підгрупа Б) пологи закінчилися 12,0% гестацій. Під час аналізу перебігу вагітності встановлено, що серед пацієнок з незмінним оваріальним резервом – у підгрупі А – ускладнень не зафіксовано. У той самий час у всіх 8,0% пацієнок підгрупи Б, у яких вагітність закінчилася пологоми, її перебіг ускладнювався: загрозою переривання вагітності – у 4,0%, плацентарною дисфункцією – у 4,0%. Ретроспективне вивчення особливостей перебігу I і II триместрів за результатами медичної документації виявило прогестерондефіцитний стан у 4,0% обстежених і порушення системи гемостазу (гіперкоагуляція) у 2,0% спостережуваних. Такі несприятливі результати, як вагітність, що не розвивається, і мимовільний аборт, фіксували у 6,0% обстежених у підгрупі А і у 10,0% – у підгрупі Б. У пацієнок з низьким оваріальним резервом (підгрупа В) настання вагітності діагностували лише у 8,0%, що закінчилася: мимовільними абортами – у 4,0%; вагітностями, що не розвиваються, – у 4,0%.

Через 12 міс після операції число вагітностей, що закінчилися своєчасними пологоми, переважало у пацієнок з незмінним оваріальним резервом (підгрупа А). У хворих з підгрупи Б передчасні пологи фіксували у кожній другій, у підгрупі В своєчасні пологи не зафіксовані в жодній спостережуваній. Слід зазначити, що у підгрупі Б у 2 рази частіше, ніж у підгрупі А, діагностували такі ускладнення, як прееклампсія, загроза переривання вагітності і розвитку плацентарної дисфункції.

Під час вивчення репродуктивної функції через 2 роки після оперативного втручання виявлено, що кількість вагітностей, що настали, була в 1,3 разу менше порівняно з дослідженням через 1 рік. У хворих після кістектомії з приводу доброякісних пухлин яєчника кількість вагітностей становила 18,0%, а у спостережуваних після резекції – в 1,5 разу менше – 14,0%. Слід зазначити, що 34,0% пацієнок у 1-й групі і 40,0% – у 2-й групі запобігали вагітності.

Отже, зі всіх спостережуваних, які перенесли органозберігальні операції на яєчниках і планували реалізацію репродуктивної функції, вагітність настала через 2 роки лише у кожній другій (50,0%). При цьому відсоток своєчасних пологів у підгрупі А був в 2 рази вищий, ніж у підгрупі Б. Найгірші показники реалізації дітородної функції зафіксовані в обстежених з низьким оваріальним резервом (підгрупа В), що характеризуються наявністю таких ускладнень: мимовільні викидні (4,0%); вагітність, що не розвивається (2,0%).

Аналіз перебігу вагітностей, що настали через 2 роки після операції, свідчив про те, що їхній перебіг у більшості жінок мав низку особливостей. Зокрема, у 4 вагітності з помірно зниженим оваріальним резервом (підгрупа Б) гестація ускладнилася низкою патологічних станів: загрозою переривання вагітності (2), прееклампсією середнього ступеня тяжкості (1), плацентарною дисфункцією (1). При цьому у 2 пацієнок фіксували передчасні пологи.

Слід зазначити, що пацієнтки обстежуваних груп спостерігалися у лікаря з ранніх термінів вагітності, у зв'язку з чим

існували всі можливості для проведення відповідної корекції.

Під час аналізу безплідності у пацієнок після оперативного лікування виявлено, що кількість інфертильних пацієнок збільшилася у 1,2–1,3 разу як у 1-й групі, так і у 2-й групі.

Під час зіставлення отриманих результатів з варіантами оваріального резерву, встановлено, що більшість пацієнок з безплідністю належала до підгрупи В. При цьому кількість спостережуваних зі зниженим оваріальним резервом, таких, що входять до підгрупи В, після операції збільшилося більшою мірою після резекції яєчника.

Як свідчать отримані дані, кількість спостережуваних з безплідністю більша у 2-й групі – у пацієнок, що перенесли резекцію яєчника.

Аналізуючи дітородну функцію залежно від об'єму оперативного втручання, встановлено, що найвища частота настання вагітності і найнижчі показники ускладнень відзначено у спостережуваних, що перенесли кістектомію.

### Восстановление репродуктивной функции женщин после органосохраняющих операций на яичниках А.В. Бойко

**Цель исследования:** изучение особенностей восстановления репродуктивной функции женщин после органосохраняющих операций на яичниках.

**Материалы и методы.** Было исследовано морфофункциональное состояние яичников у 100 пациенток: с простой серозной кистаденомой (n=50) и зрелой тератомой (n=50) – до и после органосохраняющих операций (кистэктомия, резекция). С учетом объема выполненного оперативного вмешательства обследованные были распределены на группы. В комплекс проведенных исследований были включены клинические, эндокринологические, биохимические, морфологические и статистические методы.

**Результаты.** У женщин, перенесших органосохраняющие операции по поводу доброкачественных опухолей яичников, наиболее уязвимым остается репродуктивное здоровье. Результаты проведенного исследования продемонстрировали, что пациентки с нормальным оваріальним резервом в большинстве наблюдений имеют неизменные показатели фертильности. Осложнения беременности чаще выявляли у пациенток с умеренно сниженным и низким оваріальним резервом, что необходимо учитывать при ведении беременности у данных больных. Эти данные подтверждают мнение о том, что в связи с высокой частотой бесплодия у пациенток со сниженным оваріальним резервом после оперативного вмешательства в поздний репродуктивный период показано использование вспомогательных репродуктивных технологий для реализации репродуктивной функции.

**Заключение.** Полученные данные необходимо учитывать при разработке алгоритма диагностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** доброкачественные опухоли яичников, репродуктивный возраст, восстановление репродуктивной функции.

### ВИСНОВКИ

Усе викладене вище свідчить про те, що у жінок, що перенесли органозберігальні операції з приводу доброякісних пухлин яєчників, найуразливішим залишається репродуктивне здоров'я. Результати проведеного дослідження продемонстрували, що пацієнтки з нормальним оваріальним резервом у більшості спостережень мають незмінені показники фертильності. Ускладнення вагітності частіше виявляли у пацієнок з помірно зниженим і низьким оваріальним резервом, що необхідно урахувати під час ведення вагітності у даних хворих. Ці дані підтверджують думку про те, що у зв'язку з високою частотою безплідності у пацієнок зі зниженим оваріальним резервом після оперативного втручання у пізній репродуктивний період показано використання ДРТ для реалізації репродуктивної функції.

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

### Restoration of reproductive function of women after organ-preserving operations on ovaries. A.V. Boyko

**The objective:** to study features of restration of reproductive function of women after organ-preserving operations on ovaries.

**Materials and methods.** Investigated morfofunctionale condition of ovaries at 100 patients with a simple serous cystadenoma (n=50) and a mature teratoma (n=50) – before organ-preserving operations (cystectomy, resection). Taking into account the volume of the executed operative measure, surveyed were distributed on groups. The complex of the conducted researches included clinical, endocrinologic, biochemical, morphological and staticsti methods.

**Results.** The women who have undergone organ-preserving operations concerning benign tumors of ovaries, to the most vulnerable still have reproductive health. Results of the conducted research showed that patients with normal ovariale reserve in the majority of observations have not changed indicators of fecundity. Complications of pregnancy were more often taped at patients with moderate depression and low ovariale reserve that it is necessary to consider when conducting pregnancy at these patients. The data obtained by us confirm opinion that in connection with the high frequency of sterility at patients with the lowered ovariale reserve after an operative measure in the late reproductive period use of auxiliary genesial technologies for realization of reproductive function is shown.

**Conclusion.** The obtained data need to be considered when developing algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitational actions.

**Key words:** benign tumors of ovaries, reproductive age, restoration of reproductive function.

### Сведения об авторах

**Бойко Алеся Валерьевна** – Кафедра акушерства и гинекологии медицинского института Сумского государственного университета МОН Украины, 40018, г. Сумы, ул. Санаторная, 31; тел.: (0542) 66-09-48

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Зварич Л.І., Луценко Н.С., Шаповал О.С., 2015. Частота функціональних кіст яєчників у жінок репродуктивного віку в структурі гінекологічної патології // Сучасні медичні технології : 2 : 3 : 79–83.
- Кузнецова Е.П., 2010. Современные представления об этиологии и патогенезе опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Саратовский научно-медицинский журнал : 6 : 3 : 552–558.
- Резниченко Г.И., Шаповал О.С., 2015. Особенности реализации репродуктивной функции у женщин с доброкачественными опухолевидными образованиями яичников // Здоровье женщины : 2 (98) : 104–107.
- Серебренникова К.Г., Кузнецова Е.П., Халилов Р.З., 2010. Факторы

- риска развития опухолевидных образований и доброкачественных опухолей яичников // Уральский медицинский журнал : 6 (71) : 111–115.
- Шаповал О.С., 2016. Кісти яєчників. Аналіз структури патології у жінок репродуктивного віку / О.С. Шаповал // Scientific journal "ScienceRise: Medical Science" : 9 (5) : 75–79.
- Shapoval O., 2016. Clinical and Diagnostic Parallels, Therapeutical Strategies in Benign Ovarian Tumor-Like Formations // The Science Advanced : Issue 02 : DOI: 10.15550/ASJ.2016.02.027 : 27–33.
- Vorontsova L.L., Shapoval O.S., 2015. Pathogenetic rationale for the use of immunomodulating and systemic enzyme therapy in treatment of nulliparous women with endometriod ovary tumors // Journal of Education, Health and Sport : 1 : 5 : 75–86.

Статья поступила в редакцию 01.04.2019