

Клінічні аспекти різних форм апоплексії яєчника

О.М. Іщак

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: вивчення клінічних аспектів у жінок з анемічною формою апоплексії яєчника на сучасному етапі.

Матеріали та методи. Було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок. З них – 65 хворих з анемічною формою апоплексії яєчника, яким вперше була проведена лапароскопічна операція і які були розподілені на дві групи залежно від використаного під час операції методу гемостазу.

Результати. Отримані результати свідчать, що єдиною значущою відмінністю між двома досліджуваними групами був показник тривалості оперативного втручання ($p < 0,05$). Операції були майже в 1,5 разу тривалішими у 2-й групі хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою накладення швів на яєчник. Під час аналізу цифрових записів оперативного посібника визначили, що причиною збільшення його тривалості є сам етап гемостазу, що передбачав у 100% вилушування кісти і накладення одного або декількох швів на рану яєчника. Тривалість етапу зростала унаслідок того, що лапароскопічне накладення швів, особливо з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів, є досить трудомісткою процедурою. Жодних значущих відмінностей між групами щодо середнього об'єму крововтрати, частоти поєднаних операцій, післяопераційного ведення, перебігу післяопераційного періоду і тривалості перебування у стаціонарі виявлено не було.

Заключення. Отримані клінічні результати необхідно враховувати під час ведення жінок з апоплексією яєчника.

Ключові слова: апоплексія яєчника, різні форми, клінічні аспекти.

Апоплексія яєчника (АЯ) – хвороба жінок репродуктивного віку, з яких 75% молодше 30 років, близько 40% підлягають операції у зв'язку з анемічною формою АЯ (АФАЯ), а 40–62% з них оперують неодноразово у зв'язку з рецидивом захворювання [1–4]. АЯ може бути однією з причин жіночої безплідності, лікування якої викликає певні труднощі на сучасному етапі [5–7]. У зв'язку з цим, поза сумнівом, актуальним є вивчення клінічних аспектів у жінок, прооперованих з приводу АФАЯ, причому як до, так і після операції.

Мета дослідження: вивчення клінічних аспектів у жінок з АФАЯ на сучасному етапі.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок. З них – 65 хворих з АФАЯ, яким вперше була проведена лапароскопічна операція. Ці пацієнтки були включені у проспективне дослідження і розподілені на дві групи залежно від використаного під час операції методу гемостазу.

До 1-ї групи увійшли 35 хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою біполярної коагуляції, до 2-ї групи – 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була спинена за допомогою накладання швів.

У ту або іншу групу хворих відбирали за допомогою «сліпого» методу. У дослідження включали пацієнток із стабільними показниками гемодинаміки перед оперативним втручанням і тривалістю госпіталізації не більше 24 год. Усі операції були виконані однією і тією ж хірургічною бригадою.

Критеріями виключення з дослідження були: внутрішньочеревна кровотеча унаслідок розриву доброякісної пухлини або ендометріоїдної кісти яєчника; наявність 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.

У групу порівняння увійшли 35 хворих з лапароскопічно підтвердженою больовою формою АЯ (БФАЯ), що отримали консервативне лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою визначення схожості і відмінностей між групами в обстежених жінок був проведений порівняльний аналіз відомостей про вік, перенесені у різні періоди життя екстрагенітальні і гінекологічні захворювання та операції, супутні хвороби АЯ, шкідливі звички, стан менструальної, статевої і репродуктивної функцій.

Середній вік пацієнток у 1-й ($30,8 \pm 3,2$ року) і 2-й ($31,35 \pm 2,95$ року) досліджуваних групах, 3-й ($33,1 \pm 3,2$ року) і 4-й ($33,15 \pm 3,05$ року) групах неодноразово оперованих і групи порівняння ($30,4 \pm 3,5$ року) статистично не відрізнявся ($p > 0,05$).

Згідно з отриманими даними усі групи характеризувалися високою частотою перенесених інфекційних захворювань у дитячому віці ($76,7–90,5\%$) і гострих респіраторних інфекцій та ангіни ($85,7–94,3\%$). У структурі супутньої патології АЯ переважали захворювання травного тракту (виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічний гастрит і хронічний некалькульозний холецистит) – $14,2–16,7\%$ соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи – $11,4–15,7\%$. Відмінності між групами у частоті перенесених і супутніх екстрагенітальних захворювань не мали статистично значущих відмінностей ($p > 0,05$).

Найчастіше серед перенесеної гінекологічної патології діагностували захворювання запальної етіології. Серед них переважали: інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), – 70% , гострий і підгострий неспецифічний сальпіngoофорит – 45% , ерозія шийки матки – 46% . У 4-й групі частота перенесеного запалення придатків матки (63%) була значно вищою, ніж у 1-й групі і групі порівняння ($p < 0,05$), а у 3-й групі (76%) вище, ніж у всіх інших групах, окрім 4-ї групи ($p < 0,05$). Частота ерозій шийки матки у 4-й групі статистично значуще перевищувала таку у всіх інших групах ($p < 0,01$). Близько чверті жінок (23%) були раніше оперовані з приводу трубної вагітності – у всіх випадках було виконано видалення маткової труби лапароскопічним доступом. Жодних інших порожнинних гінекологічних операцій у хворих 1-ї, 2-ї груп і групи порівняння не виявлено, окрім розродження шляхом кесарева розтину, частота якого у групах статистично не відрізнялася і становила від $10,5\%$ до $14,3\%$ ($p > 0,05$).

Жінки 3-ї групи були двічі оперовані з приводу АФАЯ, з них у більшості – 17 (81%) пацієнток – обидві операції були виконані лапароскопічним доступом. У 3 ($14,3\%$) жінок перше, а в 1 ($4,8\%$) – обидва втручання було виконано шляхом череворозтину. Серед жінок 4-ї групи 16 ($84,2\%$) були оперовані з приводу АФАЯ трічі – усі операції виконані лапароскопічним доступом; 2 ($10,5\%$) жінки з 4-ї групи перенесли по чотири операції у зв'язку з АФАЯ, одна з яких була лапаротомічним доступом; 1 ($5,3\%$) жінку було оперовано 5

разів, з яких 2 рази – шляхом череворозтину. У всіх випадках лапаротомічних втручань спинення кровотечі було виконано за допомогою накладення швів, а при лапароскопії у 100% випадків була використана біполярна коагуляція.

Переважає більшість (85,7–100%) жінок у групах до операції жили статевим життям ($p>0,05$). Більш ніж 80% жінок у групах були у шлюбі (цивільному, церковному або фактичному), і велика частина їхніх сексуальних контактів відбувалася з єдиним статевим партнером.

Кількість жінок, що жили статевим життям, і на момент операції (у випадках неодноразово оперованих – останньої) тих, що планували вагітність у найближчі 5 років, була статистично значущо меншою у 3-й і 4-й групах (52,4% і 55,6% відповідно), ніж в інших групах ($p<0,05$). Проте частка жінок, які вагітніли раніше, була значно вищою у 3-й і 4-й групах (61,9% і 55,6% відповідно), ніж у 1-й і 2-й групах (26,7% і 25,0% відповідно) і групі порівняння (19,4%) ($p<0,05$). До операції (у випадках неодноразово оперованих – останньої) відзначено 131 вагітність у 44 жінок із загального числа включених у дослідження. Менше третини (32%) вагітностей закінчилися пологами.

Частота пологів у 4-й групі була найбільшою – 38,5%, проте не мала статистичних відмінностей від такої в інших групах ($p>0,05$). Частка тих, що народжували, у 3-й групі (42,9%) була значно більшою, ніж у 1-й і 2-й групах і групі порівняння (20%, 10,7% і 10,7% відповідно; $p<0,01$), а у 4-й групі (33,3%) значно більшою, ніж у групі порівняння ($p<0,05$).

Частота штучного переривання вагітності у 3-й групі (55%) була значно більшою, ніж у 1-й, 2-й групах і групі порівняння ($p<0,05$). У 4-й групі цей показник теж був високий (46,1%), проте статистично значуще відрізнявся лише від такого у 2-й групі ($p<0,05$).

Частота ектопічної (трубною) вагітності у 3-й і 4-й групах (10% і 15,4% відповідно) була набагато нижчою, ніж у 1-й, 2-й групах і групі порівняння, проте статистичної значущості ця різниця досягала лише у 3-й групі ($p<0,05$).

У 3 (10%) жінок у 1-й групі, у 2 (6,6%) – у 2-й групі, в 1 (4,8%) – у 3-й групі і у 2 (10,5%) – у 4-й групі відзначено відсутність настання вагітності протягом 2 років при статевому житті без її запобігання. Жодного обстеження і лікування щодо безплідності у цих жінок не проводили.

Аналізуючи дані анамнезу у хворих з 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 у дитячому віці, гострих респіраторно-вірусних захворювань і ангіни, а також куріння.

Суттєвих відмінностей у менструальній функції між групами виявлено не було, окрім великої частки жінок з антепонутичним менструальним циклом у 4-й групі.

У групах повторно оперованих жінок відзначено високу частоту захворювань запальної етіології (сальпінгоофорит, ерозія шийки матки), що свідчить на користь можливого взаємозв'язку між запаленням внутрішніх статевих органів і АЯ. Цікаво, що подібного взаємозв'язку з трубною вагітністю виявлено не було, частота вагітностей цієї локалізації у жінок 3-ї і 4-ї груп була меншою, ніж у всіх інших групах.

У групах неодноразово оперованих жінок відзначено меншу порівняно з 1-ю і 2-ю групами та групою порівняння жінок, що планують вагітність. Цей факт можна пояснити тим, що у 3-й і 4-й групах кількість жінок, що вагітніли і народжували, була значно більшою, тобто репродуктивна функція була виконана у більшій частині жінок даних груп. Цим також можна пояснити і високу частоту штучного переривання вагітності у жінок у 3-й і 4-й групах.

Оцінка результатів хірургічного лікування 100 хворих з АФАЯ проведена на підставі порівняльного аналізу передопераційної діагностики і підготовки, основних параметрів операції, клініко-лабораторних показників перебігу раннього післяопераційного періоду, найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування. Додатково проведено дослідження показників оваріального резерву і віддалених результатів хірургічного лікування 40 жінок, що перенесли неодноразові операції з приводу АФАЯ.

Згідно з отриманими результатами, більшість хворих були доставлені у стаціонар службою швидкої допомоги. З них: 36 (25,7%) – у першу годину, 53 (37,8%) – у перші 6 год, 21 (15%) – у перші 12 год від початку захворювання. Дванадцять (8,6%) хворих були госпіталізовані у період від 12 год до 24 год від початку захворювання, 18 (12,9%) пацієнток самостійно звернулися у приймальне відділення лікарні у термінах пізніше за 24 год від моменту погіршення самопочуття.

Розвиток клінічної картини больової форми АЯ (БФАЯ) спостерігався на 12–18-й день менструального циклу (у середньому на $16,30\pm 2,34$ доби), а АФАЯ – на 14–32-й день циклу (у середньому на $20,95\pm 6,34$ доби) ($p>0,05$).

У 31,1% хворих АЯ була спровокована статевим актом, у 17% – фізичним навантаженням. Більш ніж у половини (51,9%) обстежуваних хворих чинники, що спровокували АЯ, встановлені не були.

Будь-яких статистичних відмінностей між групами за частотою тих або інших клінічних проявів виявлено не було ($p>0,05$). Усі хворі під час госпіталізації пред'являли скарги на біль у нижніх відділах живота з іррадіацією у 57–60% випадків у задній прохід, у 26–33% – у поперекову ділянку і у 10% – у ділянку пупка і праве підреб'я. Більше половини (51–57%) хворих відзначали слабкість і запаморочення, а у 5–7% хворих у групах спостерігалися короточасні непритомні стани. Підвищення температури тіла до субфебрильних цифр відзначено у 20–23% пацієнток. У 10–11% хворих досліджуваних груп АЯ супроводжувалася ознобом. Нудота, одноразове блювання і сухість у роті відзначені в 11–13%, 6% і 20–23% спостережень відповідно. Кров'яні виділення, що спостерігалися у середині циклу, фіксували у 9–11% хворих, а у 10–11% – кров'яні виділення спостерігалися після затримки менструації.

У всіх пацієнток у групах під час фізикального обстеження виявлені симптоми роздратування очеревини різного ступеня вираженості, а у 10–11% хворих виявлений френікус-симптом. Під час бімануального дослідження у всіх хворих спостерігалася різка хворобливість при пальпації ділянки придатків матки і заднього склепіння піхви.

Усім хворим із затримкою менструації для виключення можливої вагітності проводили дослідження Р-субодиноци хоріонічного гонадотропіну.

У 6 (17,1%) хворих 1-ї групи і 6 (20%) – 2-ї групи виявлена анемія легкого ступеня тяжкості ($p>0,05$). Середні показники передопераційного загального аналізу крові у групах трохи відрізнялися від нормальних. У хворих з АФАЯ відзначений помірний лейкоцитоз з невеликим паличкоядерним зсувом вліво. Статистичних відмінностей між досліджуваними групами за цими параметрами не виявлено ($p>0,05$).

Для уточнення попереднього діагнозу АЯ, встановленого на підставі даних анамнезу, фізикального і бімануального досліджень, виконували ехографічне обстеження органів малого таза. У всіх хворих була виявлена вільна рідина у 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 2-й групі – від 250 до 390 мл, і в середньому – $292,92\pm 24,51$ мл ($p>0,05$). У групі порівняння кількість виявленої у порожнині тазу рідини коливалась від 50 до 230 мл і в середньому ($100,21\pm 12,1$ мл) була значно меншою, ніж у досліджуваних групах ($p<0,05$). У хворих групи порівняння

середнє значення М-ехо-камери ($8,15 \pm 0,81$ мм) було менше, ніж у хворих 1-ї і 2-ї груп ($19,15 \pm 0,71$ і $9,57 \pm 1,04$ мм відповідно), але статистичної значущості ці відмінності не мали ($p > 0,05$). Середні ультразвукові показники об'єму ураженого яєчника у досліджуваних групах і групі порівняння були близько норми, але статистично не відрізнялися ($p > 0,05$).

Для уточнення характеру вільної рідини, виявленої у черевній порожнині при ТВУЗД у кількості менше 100 мл, у 8 (22,8%) хворих 1-ї групи і 8 (26,6%) – 2-ї групи був проведений кульдоцентез. У всіх випадках у пунктаті була виявлена кров.

У всіх групах апоплексія правого яєчника спостерігалася 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 вважали:

- виражені клінічні ознаки внутрішньочеревної кровотечі (біль, наявність симптомів подразнення очеревини, зниження рівня гемоглобіну у крові);
- наявність вільної рідини у матково-ректальному поглибленні у кількості, що перевищує 100 мл за даними ехографії;
- наявність крові у черевній порожнині, підтверджена результатами кульдоцентезу, відсутність ефекту від консервативної гемостатичної терапії, що проводиться, і необхідність диференціальної діагностики з іншими захворюваннями черевної порожнини, що виявляють за симптоматикою «гострого живота».

Усі хворі мали стабільні показники гемодинаміки до втручання, а тривалість їхньої госпіталізації не перевищувала 24 год.

У більшості хворих 1-ї і 2-ї груп були поєднання перелічених вище показань, найчастішим з яких була наявність вираженої симптоматики і більш ніж 100 мл вільної рідини у черевній порожнині за даними ехографії (у 24 (68,6%) і 20 (66,7%) відповідно). У 5 (13,3%) хворих 1-ї групи і 4 (14,35%) хворих 2-ї групи консервативна гемостатична терапія виявилася не ефективною, з них у 3 (6,7%) і 2 (8,7%) відповідно відзначена негативна динаміка рівня гемоглобіну крові. Більшості хворим групи порівняння (32–91%) лапароскопія була проведена за рекомендацією загального хірурга у зв'язку з диференціальною діагностикою гострого апендициту.

Усім хворим лапароскопію виконували в умовах загального знеболювання (ендотрахеальний наркоз).

Підводячи підсумок аналізу результатів передопераційного обстеження, можна зазначити, що більш ніж у половини хворих були відсутні будь-які провокувальні чинники виникнення АЯ. Досліджувані групи не відрізнялися за характером клінічних проявів АФАЯ, частою анемії, УЗ-показниками об'ємів ураженого яєчника і вільної рідини у порожнині таза, параметрами передопераційної підготовки. Група порівняння відрізнялася від досліджуваних груп лише значно меншим об'ємом вільної рідини у порожнині таза, виявленим під час ехографії, і структурою показань до проведення діагностичної лапароскопії.

Після підтвердження діагнозу АФАЯ усім хворим було здійснено оперативне лікування. У більшості (28–80%) хворих групи порівняння після підтвердження діагнозу БФАЯ і за відсутності у черевній порожнині значної кількості серозної рідини жодних подальших хірургічних маніпуляцій не проводили; 7 (20%) пацієнткам цієї групи з об'ємом серозного ексудату більше 200 мл була виконана його евакуація і промивання порожнини таза фізіологічним розчином.

Тривалість операції визначали як проміжок часу між початком першого розрізу шкіри черевної стінки і закінченням накладання шва на останню шкірну рану.

Під час оцінювання тривалості операції, а також тривалості етапу проведення гемостазу були виявлені статистично значущі відмінності між досліджуваними групами. Так, три-

валість оперативного втручання у 1-ї групі варіювала від 20 до 45 хв і в середньому становила $26,9 \pm 8,7$ хв, тоді як у 2-ї групі вона коливалася 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-ї групі, що становила $11,3 \pm 2,8$ хв, також була більшою, ніж у 1-ї групі ($6,6 \pm 3,5$ хв), що і відбилося на відмінностях у загальній тривалості операції ($p < 0,05$). Об'єм операційної крововтрати становив у 1-ї групі від 150 до 1800 мл (у середньому – $498,4 \pm 150,8$ мл) і від 100 до 1900 мл – у 2-ї групі (у середньому – $415,3 \pm 134,0$ мл). Відмінності у середньому об'ємі крововтрати не мали ні клінічного, ні статистичного значення ($p > 0,05$).

Усі операції були виконані повністю лапароскопічним доступом, не було жодного переходу до лапаротомії. Інтраопераційних ускладнень не відзначено. Дренування черевної порожнини було здійснене лише 2 (3,1%) хворим.

У 13 (37,1%) хворих 1-ї групи і 11 (36,7%) операцій зі спинення кровотечі з яєчника поєднувалися з іншими втручаннями ($p > 0,05$). Найчастішою поєднаною операцією було розділення спайок у порожнині малого таза, яке проведене 8 (23%) хворим 1-ї групи і 6 (20%) хворим 2-ї групи ($p > 0,05$); 3 (8,6%) хворим 1-ї групи і 4 (13,3%) хворим 2-ї групи була виконана коагуляція вогнищ ендометріозу ($p > 0,05$). Двом хворим 1 групи було виконано видалення дрібних (до 2 см у діаметрі) субсерозних міоматозних вузлів на ніжці.

Усі хворі отримували під час операції антибіотикопрофілактику шляхом внутрішньовенного введення цефалоспоринів 2-го покоління у дозі 1 г.

Епізодична лихоманка у післяопераційний період спостерігалася лише у 2 (2,8%) пацієнток в 1-ї групі. У середньому нормалізація температури тіла відбувалася до 3 діб у 1-ї групі і до 4 діб – у 2-ї групі.

Усі макропрепарати, отримані під час операції у 22 (63%) пацієнток 1-ї і у всіх 30 (100%) хворих 2-ї досліджуваних груп, були піддані гістологічному дослідженню. У більшості хворих 1-ї і 2-ї груп діагностований крововилив у стінку кісти жовтого тіла (у 16 (74,9%) і 24 (79,1%) відповідно). Наступною за частотою гістологічно підтвердженою причиною АФАЯ був крововилив у стінку фолікулярної кісти: у 4 (16,8%) хворих 1-ї групи і 4 (14,9%) хворих 2-ї групи. Найбільш рідкісним патоморфологічним діагнозом був паренхіматозний крововилив, виявлений у 2 (8,3%) хворих 1-ї і 2 (6%) – 2-ї групі.

Тривалість перебування хворих обох досліджуваних груп у стаціонарі варіювала від 2 до 6 діб і в середньому становила $3,8 \pm 1,9$ доби у 1-ї групі і $4,1 \pm 1,5$ доби – у 2-ї групі ($p > 0,05$).

Під час виписки зі стаціонару усім хворим рекомендували вживання комбінованих оральних контрацептивів строком на 1–3 міс як для профілактики повторної АЯ, так і (у тих, що живуть статевим життям) для запобігання вагітності.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що єдиною суттєвою відмінністю між двома досліджуваними групами був показник тривалості оперативного втручання ($p < 0,05$). Операції були майже в 1,5 разу тривалішими у 2-ї групі хворих, гемостаз яким здійснювали за допомогою накладання швів на яєчник. Під час аналізу цифрових записів оперативного посібника було визначено, що причиною збільшення його тривалості є сам етап гемостазу, що передбачав у 100% вилушування кісти і накладення одного або декількох швів на рану яєчника. Тривалість етапу зростала унаслідок того, що лапароскопічне накладання швів, особливо з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів, є досить трудомісткою процедурою. Жодних значущих відмінностей між групами щодо середнього об'єму крововтрати, частоти поєднаних операцій, післяопераційного ведення, перебігу післяопераційного періоду і тривалості перебування у стаціонарі виявлено не було.

**Клинические аспекты
различных форм апоплексии яичника
О.Н. Ищак**

Цель исследования: изучение клинических аспектов у женщин с анемической формой апоплексии яичника на современном этапе.

Материалы и методы. Было проведено клинико-лабораторное обследование 140 женщин. Из них – 65 больных с анемической формой апоплексии яичника, которым впервые была выполнена лапароскопическая операция, которые были разделены на две группы в зависимости от использованного во время операции метода гемостаза.

Результаты. Полученные результаты свидетельствуют, что единственным значимым различием между двумя исследуемыми группами был показатель длительности оперативного вмешательства ($p < 0,05$). Операции были почти в 1,5 раза более продолжительными во 2-й группе больных, гемостаз которым осуществляли посредством наложения швов на яичник. При анализе цифровых записей оперативного пособия определили, что причиной увеличения его длительности является сам этап гемостаза, предполагавший в 100% вылушивание кисты и наложение одного или нескольких швов на рану яичника. Длительность этапа возростала вследствие того, что лапароскопическое наложение швов, в особенности с интракорпоральным завязыванием узлов, является достаточно трудоемкой процедурой. Никаких значимых отличий между группами в среднем объеме кровопотери, частоте сочетанных операций, послеоперационном ведении, течении послеоперационного периода и длительности пребывания в стационаре обнаружено не было.

Заключение. Полученные клинические результаты необходимо учитывать при ведении женщин с апоплексией яичника.

Ключевые слова: апоплексия яичника, различные формы, клинические аспекты.

**Clinical aspects of various forms of ovarium
apoplexy of ovary
O.M. Ishchak**

The objective: to study clinical aspects at women with an anemic form of ovarium apoplexy at the present stage.

Materials and methods. Clinical-laboratory examination of 140 women, with which – 65 patients with an anemic form of ovarium apoplexy, for the first time treated by laparoscopic operations was conducted.

Results. The received results testify that the indicator of duration of an operative measure ($p < 0,05$) was the only significant difference between two studied groups. Operations were almost by 1,5 times more long in the 2nd group of patients, hemostasis by which it was carried out by means of suture on ovarium. In the analysis of digital records of an operational grant defined that the stage of hemostasis assuming in 100% enucleating of cyst and applying of one or several seams on wound of ovarium is the reason of augmentation of its duration. Duration of stage increased because laparoscopic suture, in particular with intracorporale setting of knots, is rather labor-consuming procedure. Any significant differences between groups on the average the hemorrhage volume, frequency of the combined operations, postoperative maintaining, current of the postoperative period and duration of stay in hospital it was revealed not.

Conclusion. The received clinical results needs to be considered when maintaining women with an ovary apoplexy.

Key words: ovary apoplexy, various forms, clinical aspects.

Сведения об авторе

Ищак Олег Николаевич – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua

СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ

1. Балакшина Н.Г., 2017. Факторы риска апоплексии яичника // Сибирский медицинский журнал: 4: 22: 45–48.
2. Кириллов А.В., 2016. Клинико-морфологические особенности различных форм апоплексии яичника // Бюллетень сибирской медицины: 1: 7: 76–79.
3. Кох Л.И., 2016. Особенности эхографической картины с цветной доплерометрией после перенесенной апоплексии яичника // Материалы XII Российской научно-практической конференции «Нерешенные и дискуссионные вопросы в акушерстве и гинекологии»: Медицина в Кузбассе, г. Кемерово: 4: 47–49.
4. Содномова Н.В., 2015. Морфологические аспекты различных форм апоплексии яичников // Сборник научных трудов межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии»: Красноярск: 55–58.
5. Pontiroli A.E., Ruga S., 2014. Invecchia mentoe controllo gipofisario della funzione gonadica // G. Gerontol.:41: 8: 293-298.
6. Purdy R.H., Grant K.A., 2011. 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.
7. Shien S.M., Shen M.D.M., Fuh M., 2016. Plasma lipid and lipoprotein concentration in chines maize with coronary arty disease after apoplexia // Atherosderosis: 67: 49–55.

Статья поступила в редакцию 16.01.2018