

Вплив різних варіантів оперативного лікування апоплексії яєчника на стан оваріального резерву

О.М. Іщак

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

Мета дослідження: вивчення впливу різних варіантів оперативного лікування апоплексії яєчників на стан оваріального резерву.

Матеріали та методи. Було проведено клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 65 хворих з апоплексією яєчника, яким вперше проводили лапароскопічні операції. 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; у 2-у групу – 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була спинена за допомогою накладення швів.

Результати. Результати проведених досліджень свідчать, що використання гемостазу під час операцій у хворих з апоплексією яєчника, у який би спосіб його не проводили (біполярний ток або накладення швів), призводить до втрати частини оваріального резерву. До великих втрат оваріального резерву призводить використання для спинення кровотечі біполярної електрохірургії.

Заключення. Отримані результати необхідно враховувати як під час оперативного лікування жінок з апоплексією яєчника, так і у разі відновлення репродуктивної функції.

Ключові слова: апоплексія яєчника, гемостаз, оваріальний резерв.

Апоплексія яєчника (АЯ) – хвороба жінок репродуктивного віку, 75% з яких віком молодше 30 років, близько 40% підлягають операції у зв'язку з анемічною формою апоплексії яєчника (АФАЯ), а 40–62% з них оперують неодноразово у зв'язку з рецидивом захворювання [1–4]. АЯ може бути однією з причин жіночої безплідності, у лікуванні якої спостерігаються певні труднощі на сучасному етапі [5–7]. 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: вивчення впливу різних варіантів оперативного лікування АЯ на стан оваріального резерву.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення поставленої мети було проведено клініко-лабораторне обстеження 140 жінок, з них – 65 хворих з АЯ, яким вперше проводили лапароскопічні операції. 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; у 2-у групу – 30 хворих, кровотеча з яєчника в яких була спинена за допомогою накладення швів. У ту або іншу групу хворих відбирали «сліпим» методом.

У дослідження включали хворих із 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 ендометріодної кісти яєчника;
- наявність в анамнезі оперативних втручань на яєчниках;
- вживання комбінованих оральних контрацептивів;
- застосування методів стимуляції супероуляції екзогенними гонадотропінами менш ніж за 3 міс до операції.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

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

Згідно з отриманими даними, пацієнтки усіх груп характеризувалися високою частотою перенесених інфекційних захворювань у дитячому віці (76,7–90,5%) і гострих респіраторних інфекцій та ангіні (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 за частотою перенесених і супутніх екстрагенітальних захворювань не були статистично значущими ($p>0,05$).

Найчастіше серед перенесеної гінекологічної патології діагностували захворювання запальної етіології. Серед них переважали інфекції, що передаються статевим шляхом (ПІСШ – 70%), гострий і підгострий неспецифічний сальпінгоофорит (45%) та ерозія шийки матки (46%). Жодних інших порожнинних гінекологічних операцій у хворих 1-ї та 2-ї груп не відзначено, окрім розродження шляхом кесарева розтину, частота якого у групах статистично не відрізнялася і становила від 10,5 до 14,3% ($p>0,05$).

Переважна більшість (85,7–100%) жінок у групах до операції жили статевим життям ($p>0,05$). Більш ніж 80% жінок в обох групах перебували у шлюбі (цивільному, церковному або фактичному), і велика частина їхніх 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 у 1-ї і 2-ї групах 26,7% і 25,0% відповідно.

Аналізуючи дані анамнезу 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 та ангіни, а також куріння. Значних відмінностей у менструальній функції між групами виявлено не було.

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±26,87 мл, у 2-й групі – від 250 до 390 мл і в середньому становила 292,92±24,51 мл ($p>0,05$).

Для уточнення характеру вільної рідини, виявленої у черевній порожнині під час трансвагінального ультразвукового дослідження (ТВУЗД) у кількості менше 100 мл, 8 (22,8%) хворим 1-ї групи і 8 (26,6%) хворим 2-ї групи був проведений кульдоцентез. У всіх випадках у пунктаті 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 роздратування очеревини, зниження рівня гемоглобіну у крові);
- наявність вільної рідини у матково-ректальному заглибленні 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;
- 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.

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.

Під час оцінювання тривалості операції, а також тривалості етапу здійснення гемостазу, були виявлені 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±8,7 хв, тоді як у 2-й групі вона коливалась від 25 до 60 хв і в середньому була значно більшою – 39,5±9,5 хв ($p<0,05$). Слід зазначити, що середня тривалість здійснення гемостазу у 2-й групі, що становила 11,3±2,8 хв, також була більшою, ніж у 1-й групі (6,6±3,5 хв), що і вплинуло на загальну тривалість операції по групах ($p<0,05$). Об'єм операційної крововтрати становив у 1-й групі від 150 до 1800 мл (у середньому 498,4±150,8 мл) і від 100 до 1900 мл – у 2-й групі (у середньому 415,3±134,0 мл). Відмінності у середньому об'ємі крововтрати не мали ні клінічного, ні статистичного значення ($p>0,05$).

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

У 13 (37,1%) хворих 1-ї групи і 11 (36,7%) – 2-ї групи спинення кровотечі з яєчника поєднували 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%) хворим 2-ї групи ($p>0,05$). Трьом (8,6%) хворим 1-ї групи і 4 (13,3%) хворим 2-ї групи виконана коагуляція вогнищ ендометріозу ($p>0,05$). Двом хворим 1-ї групи було проведено видалення дрібних (до 2 см у діаметрі) субсерозних міоматозних вузлів на ніжці.

Рівні антимюллерова гормону (АМГ) досліджували до операції, а також у 1, 3-у і 6-у менструальних циклах після втручання. Статистично значущих відмінностей середніх рів-

нів АМГ у передопераційний період у 1-й і 2-й досліджуваних групах і групі порівняння не виявлено ($p>0,05$). Передопераційний рівень АМГ у 1-й групі становив 2,81–4,9 і в середньому – 3,79±0,67 нг/мл, у 2-й групі – 2,58–6,0 і в середньому – 3,94±0,7 нг/мл. У всіх групах рівень АМГ був оцінений як високий.

Середні рівні АМГ, визначені у 1, 3-у і 6-у менструальних циклах після операції, були нижчі за передопераційні в обох досліджуваних групах.

Середній рівень АМГ у 1-у циклі після операції був статистично значущо нижче у 1-й групі (1,6–3,96 і в середньому – 2,85±0,65 нг/мл), ніж у 2-й групі (2,51–4,13 і в середньому – 3,38±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 у 3-у циклі становив 1,37–3,4 і в середньому – 2,33±0,63 нг/мл, а у 6-у циклі – 1,0–3,35 і в середньому – 2,13±0,68 нг/мл ($p<0,05$).

У 2-й групі середні рівні АМГ були статистично значущо нижче (2,51–4,13 і в середньому – 3,38±0,55 нг/мл) у 1-у циклі після операції; 2,13–3,75 і в середньому – 2,96±0,52 нг/мл у 3-у циклі; 1,8–3,7 і в середньому – 2,6±0,57 нг/мл у 6-у циклі, проте перевищували відповідні показники у 1-й групі ($p<0,05$). Тенденція до значного зниження рівня АМГ, починаючи з 3-го менструального циклу після операції, у 2-й групі відсутня. До 6-го циклу доля втрат середнього рівня АМГ становила у цій групі 34%.

Дані про втрату оваріального резерву, отримані у 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±1,1 у 1-у циклі; 2–7, у середньому – 4,6±1,1 у 3-у циклі; 2–7, у середньому – 4,3±1,1 у 6-у циклі ($p<0,05$). ЧАФ знизилася у 1-й групі протягом шести циклів на 19%. У 2-й групі ЧАФ було значно нижче (3–9, у середньому – 6,4±1,3 у 1-у циклі; 2–8, у середньому – 6,2±1,4 у 3-у циклі; 2–8, у середньому – 5,5±1,3 у 6-у циклі), ніж у групі порівняння ($p<0,05$). У 2-й групі зменшення ЧАФ до 6-го циклу порівняно з передопераційним становило 14%.

Слід зазначити, що, незважаючи на значні втрати оваріального резерву, визначений у 6-у менструальному циклі рівень АМГ у 1-й групі відповідав середньому рівню, а у 2-й групі – високому. ЧАФ у 6-у менструальному циклі у 1-й групі було низьким, а у 2-й групі відповідало середнім показникам.

Аналіз даних, отриманих під час дослідження оваріального резерву в оперованих хворих, дозволяє зробити деякі висновки. Виконання гемостазу під час операцій у хворих з АЯ, у який би спосіб його не здійснювали (біполярний струм або накладення швів), призводить до втрати частини оваріального резерву. До великих втрат оваріального резерву призводить використання для спинення кровотечі біполярної електрохірургії.

ВИСНОВКИ

Результати проведених досліджень свідчать, що виконання гемостазу під час операцій у хворих з апоплексією яєчника, у який би спосіб його не здійснювали (біполярний струм або накладення швів), призводить до втрати частини оваріального резерву. До великих втрат оваріального резерву призводить використання для спинення кровотечі біполярної електрохірургії. Отримані результати необхідно враховувати як під час оперативного лікування жінок репродуктивного віку з апоплексією яєчника, так і під час відновлення репродуктивної функції, у тому числі і з використанням допоміжних репродуктивних технологій.

Влияние различных вариантов оперативного лечения апоплексии яичника на состояние овариального резерва
О.Н. Ищак

Influence of various options of expeditious treatment of apoplexy of ovary on condition of ovariale reserve
O.M. Ishchak

Цель исследования: изучение влияния различных вариантов оперативного лечения апоплексии яичников на состояние овариального резерва.

The objective: to study influence of various options of expeditious treatment of apoplexy of ovaries on a condition of ovariale reserve.

Материалы и методы. Было проведено клинично-лабораторное и инструментальное обследование 65 больных с апоплексией яичника, которых первый раз оперировали лапароскопическим доступом. Эти пациентки были включены в проспективное исследование и разделены на две группы в зависимости от использованного во время операции гемостаза. В 1-ю группу вошли 35 больных, гемостаз которым осуществляли с помощью биполярной коагуляции; во 2-ю группу – 30 больных, кровотечение из яичника у которых было остановлено с помощью наложения швов.

Materials and methods. Clinical-laboratory and tool examination of 65 patients with an apoplexy of an ovary whom the first time operated with laparoscopic access was conducted. These patients were included in prospective research and divided into two groups depending on the hemostasis used during operation. 1 group included 35 patients, hemostasis with which carried out by means of bipolar coagulation, into the 2nd group – 30 patients, bleeding from ovary was stopped by means of suture.

Результаты. Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что выполнение гемостаза при операциях у больных с апоплексией яичника, каким бы способом его не осуществляли (биполярный ток или наложение швов), приводит к потере части овариального резерва. К большим потерям овариального резерва приводит использование для остановки кровотечения биполярной электрохирургии.

Results. 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 electrocoagulation.

Заключение. Полученные результаты необходимо учитывать как при оперативном лечении женщин с апоплексией яичника, так и при восстановлении репродуктивной функции.

Conclusion. The received results need to be considered as at expeditious treatment of women with an ovary apoplexy, and at restoration of genesial function.

Ключевые слова: апоплексия яичника, гемостаз, овариальный резерв.

Key words: ovary apoplexy, hemostasis, ovariale reserve.

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. Клинично-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 12.04.2018