

Тактика відновлення репродуктивної функції жінок після ургентних операцій на яєчниках

В.А. Терехов

Медичний інститут Сумського державного університету МОН України

Мета дослідження: вивчити особливості відновлення репродуктивної функції жінок після ургентних операцій на яєчниках.

Матеріали та методи. Досліджували морфофункціональний стан яєчників у 100 пацієток із простою серозною цистаденомою (50) і зрілою тератомою до і після органозберігаючих операцій (кістектомія, резекція). Паралельно оцінювали менструальну і репродуктивну функцію. Оперативне втручання усім пацієнткам виконувалося лапароскопічним доступом по загальноприйнятій методиці. З урахуванням об'єму проведеного оперативного втручання обстежених було розподілено на три групи. У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, біохімічні, морфологічні та статичні методи.

Результати. Через один рік після операції число вагітностей, що закінчилися своєчасними пологами, переважало у пацієток з незмінним оваріальним резервом (підгрупа А). У хворих з підгрупи помірно зниженого оваріального резерву передчасні пологи зафіксовані у кожній другій, з підгрупи з низьким оваріальним резервом своєчасні пологи не зафіксовані в жодній спостережуваній. У підгрупі з помірно зниженим оваріальним резервом у 2 рази частіше, ніж у підгрупі з незмінним оваріальним резервом зустрічалися такі ускладнення, як преєклампсія, загроза переривання вагітності і розвиток плацентарної дисфункції. При вивченні репродуктивної функції через 2 роки після оперативного втручання, було виявлено, що кількість вагітностей, що настали, була в 1,3 раза менше порівняно з дослідженням через 1 рік.

У хворих після кістектомії з приводу доброякісних пухлин яєчника кількість вагітностей становила 18,0%, у спостережуваних після резекції – в 1,5 раза менше (14,0%). Слід зазначити, що 34,0% пацієнтки у 1 групі і 40,0% у 2 групі запобігали настанню вагітності. Отже, зі всіх спостережуваних, таких, що перенесли органозберігаючі операції на яєчниках і плануючих реалізацію репродуктивної функції, вагітність настала через 2 роки лише в кожній другій жінки (50,0%). Водночас відсоток своєчасних пологів у підгрупі з незмінним оваріальним резервом був в 2 рази вище, ніж у підгрупі з помірно зниженим оваріальним резервом.

Найгірші показники реалізації дітородної функції зафіксовані в обстежених з низьким оваріальним резервом, що характеризуються наявністю ускладнень: мимовільні викидні – 4,0%, вагітність, що не розвивається, – 2,0%.

Висновки. Пацієнтки з нормальним оваріальним резервом у більшості спостережень мають незмінені показники фертильності. Ускладнення вагітності частіше виявляли у пацієнток з помірним зниженням і низьким оваріальним резервом, що необхідно враховувати при веденні вагітності у таких жінок.

Отримані нами дані підтверджують думку про те, що у зв'язку з високою частотою безпліддя у пацієнток з пониженим оваріальним резервом після оперативного втручання в пізньому репродуктивному періоді показано використання допоміжних репродуктивних технологій для реалізації репродуктивної функції. Отримані дані необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Ключові слова: патологія яєчників, ургентні операції, репродуктивна функція, відновлення.

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

Різноманітність клінічних проявів, труднощі диференціальної діагностики призводять до збільшення числа оперативних втручань на яєчниках, втрати працездатності і порушення репродуктивного здоров'я у жінок, що підкреслює не лише медичний, але і соціальний та економічний аспект цієї патології [7–9]. До сьогодні не систематизовані дані щодо впливу органозберігаючих операцій на яєчниках на особливості відновлення репродуктивної функції жінок.

Незважаючи на проведені дослідження, присвячені вивченню репродуктивного здоров'я жінок з кістами і ДПЯ [10–12], на сьогодні не вирішена проблема ефективного відновлювання репродуктивної жінок із доброякісною патологією яєчників.

Мета дослідження: вивчити особливості відновлення репродуктивної функції жінок після органозберігаючих операцій на яєчниках.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Згідно з поставленою метою, було досліджено морфофункціональний стан яєчників у 100 пацієнток із простою серозною цистаденомою (50) – група СЦА і зрілою тератомою (50) – група ЗТ до і після органозберігаючих операцій (кістектомія, резекція). Паралельно оцінювали менструальну і репродуктивну функцію. Оперативне втручання всім пацієнткам виконували лапароскопічним доступом за загальноприйнятою методикою.

З урахуванням об'єму виконаного оперативного втручання, обстежених було розподілено на три групи. До 1-ї групи увійшли 50 пацієнток, у яких вилучування пухлини не супроводжувалося видаленням яєчничкової тканини, що надалі було підтверджене гістологічно і розцінене нами, як кістектомія. До 2-ї групи увійшли 50 обстежених, в яких, за відсутності упевненості в повноцінному видаленні капсули утворення, була проведена економна резекція яєчника. Водночас резекцію частіше виконували у пацієнток з простою СЦА 56,0%, ніж із ЗТ яєчника (44,0%). До 3-ї (контрольної) групи включено 30 здорових жінок зівставний за віком, з регулярним менструальним циклом, що мають спонтанну овуляцію і які не отримували гормональну терапію протягом 1,5 року.

У комплекс проведених досліджень були включені клінічні, ендокринологічні, біохімічні, морфологічні та статичні методи.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Під час аналізу даних анамнезу було визнали доцільним розглядати пацієнток до оперативного втручання залежно від морфологічної структури утворення.

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

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

Під час госпіталізації до стаціонару характер скарг обстежених був неспецифічний. Так, найчастішою скаргою пацієнток був біль у нижніх відділах живота різного ступеня вираженості (78,0%). Больовий синдром був найбільш вираженим у пацієнток із СЦА. Слід зазначити, що розмір яєчникового утворення перевищувала 75–120 мм у діаметрі, і біль, можливо, був обумовлений порушенням живлення в капсулі утворення. Другою по частоті скаргою відзначено 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 до стаціонару були відсутні у 22,0% хворих, в яких новоутворення яєчників діагностовано при профілактичному огляді гінеколога або були випадковою знахідкою при ультразвуковому дослідженні.

Згідно з даними вивчення менструальної функції, відзначено, 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 і лише в кожній шостій обстеженій (16,0%) – у віці старше 16 років.

Слід зазначити, що пізніше менархе частіше зустрічалось у пацієнток із СЦА (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).

Згідно з отриманими результатами, більшість вагітностей в анамнезі зафіксовано у пацієнток із СЦА – 68,0%, серед них у кожній третій зареєстровані артіфіційні аборти – 33,8%. Число мимовільних абортів в 1,7 разу вище в обстежених із СЦА проти пацієнток 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 значний відсоток пацієнток, що запобігають настанню вагітності, як у спостережуваних із СЦА – 36,0%, так і у хворих 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 вважають запальні захворювання матки і придатків матки, які зустрічалися у 36,0% пацієнток. Кожна третя хвора (32,0%) тривалий час (від 2 міс до 1,2 року) отримувала антибактеріальну терапію і фізлікування в амбулаторних умовах. Утворення яєчників в анамнезі фіксували у кожній шостій хворій (16,0%).

Водночас на відміну від пацієнок із ЗТ, найчастіше в обстежених із СЦА зустрічалися захворювання шийки матки (псевдоерозія, лейкоплакія, поліп слизової оболонки каналу шийки матки, ерозійний ектропіон) – 12,0% і 22,0% відповідно; і патологія ендометрія (залозисто-кістозна гіперплазія ендометрія, залозисто-фіброзний поліп ендометрія) – 6,0% і 10,0% відповідно.

На відсутність гінекологічних захворювань вказували 40,0% обстежених, із них 22,0% пацієнок тривалий час (більше 5 років) не спостерігалися у гінеколога.

Найчастішою соматичною патологією були захворювання травного тракту (хронічний гастродуоденіт, виразкова хвороба, хронічний коліт), які діагностували у 62,0% пацієнок. Захворювання гепато-біліарної системи зареєстровані у кожній четвертій хворій (24,0%) і не розрізнялися по групах. Гіпертонічна хвороба виявлена у 30,0% обстежених, варикозне розширення вен нижніх кінцівок – у 16,0% пацієнок. Порушення жирового обміну найчастіше зустрічалось у пацієнок із 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 проведені у більшості (68,0%) хворих. Найчастіше зустрічалася апендектомія – у кожній п'ятій пацієнтки (24,0%).

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

Спіраючись на виділені нами варіанти стану оваріального резерву (ОР), на підставі УЗ критеріїв і біохімічних параметрів було проведено аналіз показників репродуктивної функції залежно від ступеня зниження ОР і від об'єму операції.

Аналізуючи показники репродуктивної функції до оперативного втручання, не було виявлено достовірних відмінностей у реалізації репродуктивного потенціалу по групах ($p > 0,05$). Водночас при виявленні безпліддя було виявлено залежність від рівня зниження ОР. З огляду на це ми спробували виявити патологічні причини, які були причиною інфертильності. Так, безпліддя у 1-й групі фіксували у 22,0% пацієнок, у 2-й групі – у 24,0%. У більшості пацієнок виявлено поєднання декількох чинників порушення репродуктивної системи. Привертає увагу відсутність явних причин безпліддя у пацієнок з низьким ОР у підгрупі В, що, можливо, обумовлено пізнім репродуктивним віком цього контингенту хворих.

Вивчення репродуктивної функції через 12 міс після операції виявило, що настання вагітності зареєстровано у 26,0% пацієнок у 1-й групі, які перенесли кістектомію, і у 18,0% у 2-й групі після резекції яєчника. Запобігали настанню вагітності у 1-й групі 30,0% спостережуваних, у 2-й групі – 28,0%. Слід зазначити, що артифіційні аборти були проведені у 4,0% обстежених у 1-й групі і у 2,0% – у 2-й групі. Кількість вагітностей, які закінчилися своєчасними пологами, переважала у пацієнок із незмінним ОР – 34,0% в обох групах. У спостережуваних з помірним зниженням ОР (підгрупа Б) пологами закінчилися 12,0% гестацій. При аналізі перебігу вагітності, встановлено, що серед пацієнок із незмінним ОР у підгрупі А, ускладнень не зафіксовано. Водночас у всіх 8,0% пацієнок підгрупи Б, в яких вагітність закінчилася пологами, її перебіг ускладнювався: загрозою переривання вагітності – в 4,0%, плацентарною дисфункцією – в 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 в 10,0% – у підгрупі Б. У пацієнок з низьким ОР (підгрупа В) настання вагітності реєстрували лише в 8,0%, які закінчилися: мимовільними абортами – у 4,0%, вагітностями, що не розвиваються, – у 4,0%.

Через рік після операції число вагітностей, що закінчилися своєчасними пологами, переважало у пацієнок із незмінним ОР (підгрупа А). У хворих із підгрупи Б передчасні пологи реєстрували в кожній другій, з підгрупи В своєчасні пологи не зафіксовані в жодній спостережуваній. Слід зазначити, що в підгрупі Б у 2 рази частіше за підгрупу А зустрічалися такі ускладнення, як прееклампсія, загроза переривання вагітності і розвиток плацентарної дисфункції.

При вивченні репродуктивної функції через 2 роки після оперативного втручання нами виявлено, що кількість вагітностей, що настали, була в 1,3 раза 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 раза менше (14,0%). Слід зазначити, що 34,0% пацієнтки 1-ї групи і 40,0% 2-ї групи запобігали настанню вагітності. Отже, зі всіх спостережуваних, таких, що перенесли органозберігаючі операції на яєчниках і плануючих реалізацію репродуктивної функції, вагітність настала через 2 роки лише в кожній другій (50,0%). При цьому відсоток своєчасних пологів у підгрупі А був у 2 рази вищим, ніж у підгрупі Б. Найгірші показники реалізації дітородної функції зафіксовані в обстежених з низьким оваріальним резервом (підгрупа В), що характеризуються наявністю таких ускладнень, як мимовільні викидні – 4,0%, вагітність, що не розвивається, – 2,0%.

Аналіз перебігу вагітностей, що настали через 2 роки після операції, свідчив про те, що її перебіг у більшості жінок мала низку особливостей. Зокрема, серед 4 вагітних жінок з помірно зниженим ОР (підгрупа Б) гестація ускладнилася низкою патологічних станів: загроза переривання вагітності (2), прееклампсія середнього ступеня тяжкості (1), плацентарна дисфункція (1). При цьому у 2 пацієнок відбулися передчасні пологи.

Слід зазначити, що пацієнтки обстежуваних груп спостерігалися у лікаря з ранніх термінів вагітності, через що були всі можливості для проведення відповідної корекції.

Результати аналізу безпліддя у пацієнок після оперативного лікування продемонстрували, що кількість інфертильних пацієнок збільшилася в 1,2–1,3 раза як у 1-й, так і в 2-й групах.

При зіставленні отриманих результатів з варіантами ОР, ми встановили, що більшість пацієнок із безпліддям відносилися до підгрупи В. При цьому кількість спостережуваних зі зниженим ОР, що входять до підгрупи В, після операції збільшилося більшою мірою після резекції яєчника.

Як свідчать отримані нами дані, кількість спостережуваних з безпліддям вище у 2-й групі у пацієнок, що перенесли резекцію яєчника.

Аналізуючи дітородну функцію залежно від об'єму оперативного втручання, ми встановили, що найбільша частота настання вагітності і найменші показники ускладнень відзначені у спостережуваних, які перенесли кістектомію.

ВИСНОВКИ

Усе зазначене вище свідчить про те, що у жінок, які перенесли органозберігаючі операції з приводу доброякісних пухлин яєчників, найуразливішим залишається репродуктивне здоров'я. Результати проведеного дослідження продемонстрували, що пацієнтки з нормальним ОР у більшості спостережень мають незмінні показники фертильності.

Ускладнення вагітності частіше виявляли у пацієток з помірним зниженням і низьким ОР, що необхідно враховувати при веденні вагітності у таких хворих.

Отримані нами дані підтверджують думку про те, що через високу частоту безпліддя у пацієток зі зниженим ОР після оперативного втручання у пізньому репродуктивному періоді показано використання допоміжних репродуктивних технологій для реалізації репродуктивної функції. Отримані дані необхідно враховувати під час розроблення алгоритму діагностичних, лікувально-профілактичних та реабілітаційних заходів.

Tactic of proceeding in the genesial function of women is after urgent operations on ovaries

V.A. Terekhov

The objective: to learn the features of proceeding in the genesial function of women after urgent operations on ovaries.

Materials and methods. Investigated the morpho-functional state of ovaries in 100 patients from an simple serous cystadenoma (50) and mature teratoma and after organ-preserving operations (cystectomy, resection). Parallel estimated a menstrual and genesial function. Operative interference to all patients was executed by laparoscopic access on the generally accepted method. Taking into account the volume of the executed operative interference, the inspected were up-diffused on 3 groups. Clinical, endocrinology, biochemical, morphological and static methods were plugged in the complex of the conducted researches.

Results. In 1 year after an operation the number of pregnancies which made off timely births prevailed for patients with the unchanged ovarian reserve. For patients from the sub-group of moderate reduction ovarian reserve premature births took place at every second, from a sub-group with low ovarian reserve timely births are not fixed not at any looked after.

It should be noted that in a sub-group with moderate reduction ovarian reserve in 2 times more frequent what in a sub-group such complications met with the unchanged ovarian reserve, as preeclampsia, threat of terminating pregnancy development of placenta disfunction. At the study of genesial function in 2 years after operative interference, it is discovered by us, that 1,3 time had an amount of pregnancies which came less than, by comparison to research in 1 year.

For patients after cystectomy concerning the of high quality tumours of ovary an amount of pregnancies was 18,0%, and in looked after a resection at 1,5 time less than – 14,0%. It should be noted that a 34,0% patient in a 1 group and 40,0% in 2 groups was guarded from pregnancy. Consequently, from all looked after, such which carried organ-preserving operations on ovaries and designings realization of genesial function, pregnancy came in 2 years only at every second (50,0%). Thus a percent of timely births in a sub-group with the unchanged ovarian reserve was in 2 times higher than in a sub-group with moderate reduction ovarian reserve.

The worst indexes of realization of genital function are fixed in inspected with low ovarian reserve, that characterized by the presence of such complications: involuntary abortions – 4,0%, non-developing pregnancy– 2,0%.

Conclusions. Patients with normal ovarian reserve in most supervisions have the unchanged indexes of fecundity. Complications of pregnancy more frequent appeared for patients with a moderate reduction and low ovarian reserve, that it is necessary to take into account at a conduct to pregnancy in information sick.

Information is got by us confirm an idea that in connection with high-frequency of infertility for patients with moderate reduction ovarian reserve after operative interference with late genesial period the use of auxiliary genesial technologies is rotined for realization of genesial function. Findings must be taken into account at development of algorithm of diagnostic, treatment-and-prophylactic and rehabilitation measures.

Keywords: *pathology of ovaries, urgent operations, genesial function, renewal.*

Відомості про автора

Терехов Володимир Андрійович – Кафедра акушерства та гінекології Медичного інституту Сумського державного університету МОН України, м. Суми. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*
ORCID: 0000-0002-9837-5374

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: prore-first@nmapo.edu.ua*
ORCID: 0000-0002-9837-5374

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Abduljabbar HS, Bukhari YA, Al Hachim EG, Alshour GS, Amer AA. 2019. Review of 244 cases of ovarian cysts // Saudi Med J.: 36(7):834-8. doi: 10.15537/smj.2015.7.11690.
2. Afors K, Murtada R, Centini G., 2019. Employing laparoscopic surgery for endometriosis // Women's Health: 10(4):431-43.
3. Aggarwal P, Kehoe S., 2021. Ovarian tumors in pregnancy: a literature review // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.: 155: 119-24.
4. Akira I, Tomoko N, Tatsuo N., 2019. Assessment of ovarian reserve using anti-Mullerian hormone levels in benign gynecologic conditions and surgical interventions: a systematic narrative review // Reproductive Biol Endocrinol.: 12: 125-132.
5. Bakri YN, Ezzat A, Akhtar M., 2020. Malignant germ cell tumours of the ovary, pregnancy considerations // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.: 90: 87–91.
6. Balci O, Gezginc K, Karatayli R., 2019. Management and outcomes of adnexal masses during pregnancy: a 6-year experience // J. Obstet. Gynaecol. Res.: 34(4): 524–8.
7. Baradwan S, Sendy F, Sendy S., 2019. Complete Laparoscopic Extirpation of a Giant Ovarian Cyst in an Adolescent // Complete Case Rep Obstet Gynecol.: 7632: 989-995. doi: 10.1155/2017/7632989.
8. Baris A, Bulent U., 2019. Endometrioma excision and ovarian reserve; do assessments by antral follicle count and anti-Mullerian hormone yield contradictor results? // Human reproduction.: 29(12): 2852-4.
9. Behtash N, Zarchi MK, Gilani MM, 2018. Ovarian carcinoma associated with pregnancy: a clinicopathologic analysis of 23 cases and review of the literature // BMC Pregnancy Childbirth: 8: 3–7.
10. Bernhard LM, Klebba PK, Gray DL., 2020. Predictors of persistence of adnexal mass in pregnancy // Obstet. Gynecol.: 1. (3): 585–9.
11. Casadei L, Dominici F, Scaldaferrri D, Vicomandi V, Ciacci S, Piccione E., 2018. Anti-Mullerian hormone levels and spontaneous pregnancy in women undergoing surgery for benign ovarian cysts // Gynecol Endocrinol.: 34(10): 909-12. doi: 10.1080/09513590.2018.1465548.
12. Cayrol M, Ouldamer L, Marret H., 2019. Ovarian tumors // La Revue Praticien: 63(2): 259-65.