

# Віддалені наслідки оперативного лікування апоплексії яєчника

О.М. Ішак

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

(раніше – Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика), м. Київ

**Мета дослідження:** визначення віддалених наслідків оперативного лікування апоплексії яєчника з урахуванням факторів ризику виникнення цієї ургентної патології.

**Матеріали та методи.** У дослідженні брали участь 112 жінок (основна група,  $n=112$ ), яких прооперовано з приводу апоплексії яєчника, і 40 пацієнток групи контролю ( $n=40$ ), які в анамнезі не мали зазначеної патології. Усім пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Групи були однорідними за віком (середній вік –  $23,6\pm 4,2$  року) і статистично зіставними.

**Результати.** На підставі аналізу клініко-анамнестичних даних пацієнток, які перенесли оперативне лікування апоплексії яєчника, були визначені основні фактори ризику виникнення даної патології: хронічні захворювання сечовидільної, дихальної і травної систем, генітальний інфантилізм, ретенційні кисти яєчників, хронічний сальпінгоофорит, спричинений інфекціями, що передаються статевим шляхом, порушення менструального циклу за типом гіперполіменореї та/або альгодисменореї, сімейний тромбофілічний анамнез, кровотечі різної локалізації в анамнезі, артифіціальні аборти, дефіцит маси тіла, тютюнопаління. Запропонована нами комплексна двоетапна система реабілітації включала лікувально-профілактичні заходи від гострого періоду апоплексії яєчника до моменту реалізації репродуктивної функції.

Перший етап лікувального комплексу (ранній післяопераційний період) сприяв усуненню наслідків травми яєчника, купіруванню больового синдрому і гіперкоагуляційним змінам системи згортання крові, поліпшенню якості життя у період стаціонарного лікування. Другий етап (через 2 міс після хірургічного лікування) забезпечував відновлення оваріальної функції і баланс ланок системи гемостазу, тим самим готуючи репродуктивну систему жінки до майбутніх виношування вагітності та пологів.

У віддалений післяопераційний період результатом комплексного етапу реабілітації у 23 пролікованих пацієнток стало народження здорових дітей і відсутність акушерських ускладнень у 22 з них.

**Заключення.** Виявлення і структурування факторів ризику виникнення апоплексії яєчників є важливим етапом для проведення комплексного лікування і профілактики рецидиву даного захворювання. Усунення або зменшення впливу цих факторів сприятиме відновленню репродуктивної системи та покращенню якості життя.

Комплексне оцінювання стану цілісного організму у віддалений післяопераційний період свідчить про необхідність проведення реабілітаційних заходів, спрямованих на підвищення природної резистентності макроорганізму й ефективного відновлення репродуктивної функції.

**Ключові слова:** апоплексія яєчника, фактори ризику, ургентні стани, віддалені наслідки, оваріальний резерв, невиношування, комплексна система реабілітації.

## Long-term consequences of surgical treatment of ovarian apoplexy

O.M. Ishak

**The objective:** to determine the long-term consequences of surgical treatment of ovarian apoplexy, taking into account the risk factors of this urgent pathology.

**Materials and methods.** The study included 112 women (main group,  $n=112$ ), who underwent surgery for ovarian apoplexy, and 40 patients in the control group ( $n=40$ ), who had no history of this pathology. All patients underwent a comprehensive examination using clinical, instrumental and laboratory research methods. The groups were homogeneous in age (mean age was  $23,6\pm 4,2$ ) and statistically comparable.

**Results.** Based on the analysis of clinical and anamnestic data of patients who underwent surgical treatment of ovarian apoplexy, we identified the main risk factors for this pathology: chronic diseases of the urinary, respiratory and digestive systems, genital infantilism, ovarian retention cysts, chronic salpingo-oophoritis, menstrual disorders by type of hyperpolymenorrhea and/or algodysmenorrhea, family thrombophilic history, bleeding of various localizations in the anamnesis, artificial abortions, weight loss, smoking.

Our proposed comprehensive two-stage rehabilitation system included treatment and prevention measures from the acute period of ovarian apoplexy to the time of reproductive function.

The first stage of the treatment complex (early postoperative period) helped to eliminate the effects of ovarian injury, pain relief and hypercoagulable changes in the blood coagulation system, improving the quality of life during inpatient treatment. The second stage (2 months after surgery) provided the restoration of ovarian function and balance of the hemostasis system, thus preparing a woman's reproductive system for future pregnancy and childbirth.

In the remote postoperative period, the complex stage of rehabilitation in 23 treated patients resulted in the birth of healthy children and the absence of obstetric complications in 22 of them.

**Conclusion.** Identification and structuring of risk factors for ovarian apoplexy is an important step for comprehensive treatment and prevention of recurrence of this disease. Eliminating or reducing the impact of these factors will help restore the reproductive system and improve quality of life.

A comprehensive assessment of the state of the whole organism in the remote postoperative period indicates the need for rehabilitation measures aimed at increasing the natural resistance of the macroorganism and the effective restoration of reproductive function.

**Keywords:** *ovarian apoplexy, risk factors, emergencies, long-term consequences, ovarian reserve, miscarriage, comprehensive rehabilitation system.*

## Отдаленные последствия оперативного лечения апоплексии яичника

О.Н. Ищак

**Цель исследования:** определение отдаленных последствий оперативного лечения апоплексии яичника с учетом факторов риска возникновения этой ургентной патологии.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовали 112 женщин (основная группа, n=112), прооперированных по поводу апоплексии яичника, и 40 пациенток группы контроля (n=40), которые в анамнезе не имели указанной патологии. Всем пациенткам проводили комплексное обследование с применением клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования. Группы были однородными по возрасту (средний возраст – 23,6±4,2 года) и статистически сравнимыми.

**Результаты.** На основе анализа клинико-анамнестических данных пациенток, перенесших оперативное лечение апоплексии яичника, были определены основные факторы риска возникновения данной патологии: хронические заболевания мочевыделительной, дыхательной и пищеварительной систем, генитальный инфантилизм, ретенционные кисты яичников, хронический сальпингоофорит, вызванный инфекциями, передающимися половым путем, нарушения менструального цикла по типу гиперполименореи и/или альгодисменореи, семейный тромбофилический анамнез, кровотечения различной локализации в анамнезе, искусственные аборты, дефицит массы тела, курение.

Предложенная нами комплексная двухэтапная система реабилитации включала лечебно-профилактические мероприятия от острого периода апоплексии яичника до момента реализации репродуктивной функции.

Первый этап лечебного комплекса (ранний послеоперационный период) способствовал устранению последствий травмы яичника, купированию болевого синдрома и гиперкоагуляционным изменениям системы свертывания крови, улучшению качества жизни в период стационарного лечения. Второй этап (через 2 мес после хирургического лечения) обеспечивал восстановление овариальной функции и баланс звеньев системы гемостаза, тем самым готовя репродуктивную систему женщины к будущему вынашиванию беременности и родам.

В отдаленный послеоперационный период результатом комплексного этапа реабилитации у 23 пролеченных пациенток стало рождение здоровых детей и отсутствие акушерских осложнений у 22 из них.

**Заключение.** Выявление и структурирование факторов риска возникновения апоплексии яичников является важным этапом для проведения комплексного лечения и профилактики рецидива данного заболевания. Устранение или уменьшение влияния этих факторов должно способствовать восстановлению репродуктивной системы и улучшению качества жизни.

Комплексная оценка состояния целостного организма в отдаленный послеоперационный период свидетельствует о необходимости проведения реабилитационных мероприятий, направленных на повышение естественной резистентности макроорганизма и эффективного восстановления репродуктивной функции.

**Ключевые слова:** *апоплексия яичника, факторы риска, ургентные состояния, отдаленные последствия, овариальный резерв, невынашивание, комплексная система реабилитации.*

У сучасних соціально-економічних умовах однією з найбільш важливих медико-соціальних і клініко-організаційних проблем залишається стан репродуктивного здоров'я жінок. Серед причин, які можуть призвести до значних порушень у репродуктивній системі, особливу роль відіграють гінекологічні захворювання, які потребують хірургічного лікування [1]. Незважаючи на існуючий прогрес і застосування високотехнологічних методів діагностики і лікування, частота ургентних станів, до яких належить й апоплексія яєчника, за останні десятиліття підвищилась у декілька разів [2]. При цьому серед жінок молодого і працездатного віку захворювання має високий рівень поширеності [1].

Відтак медичні і соціальні аспекти вивчення хвороби вимагають пошуку раціональних методів хірургічного лікування, які б дозволили максимально зберегти уражений орган, запобігти розвитку ускладнень і зберегти репродуктивну функцію жінки [3].

Апоплексія яєчника характеризується порушенням цілісності тканини яєчника, що спричинює виникнення кровотечі у черевну порожнину. Частота даної па-

тології серед гінекологічних хворих дорівнює близько 5%, а при тяжкому перебігу потребує екстреного хірургічного втручання у 40% пацієнок [3]. Через відсутність чіткої, притаманної тільки для даної нозології, симптоматики, а також у зв'язку з різноманітністю перебігу хвороби та причин її виникнення, діагностика цього захворювання залишається складним завданням у гінекологічній практиці.

Найчастіше при апоплексії встановлюють діагноз гострого апендициту, а при рясній кровотечі – позаматкової вагітності [4]. Підозра на апоплексію яєчника потребує невідкладної госпіталізації пацієнтки, клінічного спостереження і лікування. Обсяг оперативного втручання визначається станом яєчника: якщо у ділянці яєчника виявляють велику гематому, тканини його зруйновані, яєчник видаляють (оваріоектомія), якщо ж гематома невелика, видно судину, яка кровоточить, розрив зашивають або виконують клиноподібну резекцію яєчника [2]. Проводять корекцію показників гемодинаміки та гомеостазу шляхом відновлення об'єму циркулюючої крові, адекватної протишокової, антианемічної терапії, зміцнювальних засобів [5].

Фактори ризику виникнення апоплексії яєчника вкрай різноманітні:

- раннє або пізнє менархе,
- вік від 25 до 30 років,
- хронічні запальні захворювання органів малого таза,
- гіпоплазія матки,
- порушення менструального циклу за типом дисменореї і олігоменореї,
- передменструальний синдром,
- раніше перенесені оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза,
- інфекції, що передаються статевим шляхом,
- ранній початок статевого життя,
- часта зміна статевих партнерів,
- артіфіціальні аборти в анамнезі,
- висока частота використання бар'єрних методів контрацепції,
- стресові ситуації,
- розумова праця,
- тютюнопаління та ін. [6, 7].

Виявлення факторів ризику виникнення апоплексії яєчника є важливим етапом для проведення профілактики зазначеної ургентної патології. Отже, проведений аналіз клініко-анамнестичних даних жінок, які перенесли апоплексію яєчника, набуває своєї актуальності.

Що стосується віддалених наслідків оперативного лікування апоплексії яєчника, то нині у доступній медичній літературі можна знайти небагато спостережень щодо впливу перенесеного захворювання на фертильність жінок, перебіг вагітності і пологів [8]. Результатом хірургічного лікування даної оваріальної патології є зміна концентрації гонадотропних гормонів через погіршення мікроциркуляторного кровообігу навколо домінантного фолікула, спричиненого патологічним процесом, який вже був у наявності, і набутих порушенням в оваріальному судинному басейні, внаслідок чого спотворюється функція яєчника [2].

Так, за деякими даними, у віддалений післяопераційний період спостерігається висока частота ановуляторних циклів з утворенням фолікулярних кіст або лютеїнізацією неовульованих фолікулів з розвитком рецидивів апоплексії яєчника, що підтверджують морфологічні дослідження оваріальної тканини [9]. До того ж відомо, що у пацієнок після перенесеної апоплексії яєчника спостерігається зниження функціональної активності жовтого тіла – недостатність лютеїнової фази, через що їм рекомендується якомога швидше (протягом 1–2 років) реалізувати репродуктивну функцію. Адже через декілька років після оперативного втручання вірогідність настання вагітності різко зменшується, що може стати приводом для проведення ЕКЗ [7].

Аналіз літературних інформаційних джерел щодо ускладнень перебігу вагітності і пологів у пацієнок з апоплексією яєчника виявив дані, згідно з якими у вагітних з цією патологією в анамнезі переважають ускладнення у ранні терміни гестації у формі клінічних проявів мимовільного абортів та/або вагітності, яка не розвинулась. При цьому частота ускладнень у пізні терміни гестації, під час пологів була зіставна із середньопопуляційною [6].

Оцінювання менструальної функції після оперативного лікування протягом 5 років, за деякими дослідженнями, встановило, що після резекції яєчника кількість пацієнок без порушень менструальної функції зростає через 1 рік спостереження в 1,9 разу. Зі збільшенням тривалості спостереження до 4–5 років і більше після оперативного лікування кількість пацієнок з незмінним менструальним циклом зменшилася після лапароскопічної резекції яєчника в 1,1 разу, а кількість вагітностей, що закінчились пологам, зростає після операції з 32% до 40%. Кількість пацієнок, у яких вагітність закінчилася аборт, після операції зменшилася порівняно з доопераційним періодом з 56% до 46% [10].

Незважаючи на те що питання реабілітації пацієнок, які перенесли апоплексію яєчника, з використанням преформованих методів, прогизапального лікування і комбінованої оральної контрацепції у ранній післяопераційний період широко представлені у сучасній медичній літературі, залишаються фрагментарними дослідження щодо віддалених наслідків та комплексних схем реабілітації для відновлення репродуктивної функції. Крім того, бракує даних про структуру гестаційних і післяпологових ускладнень, профілактика яких повинна стати основою прегравідарної підготовки для жінок, які перенесли оперативне лікування апоплексії яєчника в анамнезі. До того ж наявність численних і суперечливих факторів ризику, безумовно, ускладнює діяльність практичного лікаря.

У зв'язку з цим нами була зроблена спроба структурування клініко-анамнестичних даних пацієнок, які перенесли наведений ургентний стан, і подальшого вивчення віддалених наслідків зазначеної патології. Отримані у ході дослідження дані на практиці мають сприяти розробленню реабілітаційних заходів з метою реалізації своєчасної патогенетично обґрунтованої терапії з акцентом на лікуванні у фертильному циклі. Це дасть змогу покращити перинатальні наслідки у цих жінок [5].

**Мета дослідження:** визначення віддалених наслідків оперативного лікування апоплексії яєчника з урахуванням факторів ризику виникнення цієї ургентної патології.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення поставленої мети проаналізовано анамнестичні дані 112 пацієнок (n=112), які перенесли оперативне втручання з приводу апоплексії яєчника. В основному це були пацієнтки молодого репродуктивного віку – 25–26 років (середній вік – 23,6±4,2 року), які мали підтверджений інтраопераційно діагноз апоплексії яєчника і надали свою згоду на клінічне дослідження. Термін спостереження тривав від 2 міс до 1 року після оперативного лікування.

За критеріями виключення до дослідження не увійшли пацієнтки, які отримували консервативний курс лікування апоплексії яєчника, мали клінічно значущі захворювання органів малого таза, екстрагенітальну патологію, що потребує медикаментозного лікування або значно впливає на оцінку досліджуваних параметрів, зловикористання, залежність від алкоголю та/або наркотиків, психічне захворювання або недієздатність та інші стани і захворювання, що могли вплинути на результати дослідження.

Усім пацієнткам проводили комплексне обстеження із застосуванням клінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження. Ретельно вивчали дані анамнезу, антропометричні показники, оцінювали менструальну і репродуктивну функції, проводили бімануальне піхвове обстеження, виконували загальноклінічні та лабораторні тести, ультразвукове дослідження органів малого таза, доплерометрію кровообігу у яєчниковій артерії, оцінювали обсяг оперативного втручання, перебіг післяопераційного періоду, а також проводили додаткові дослідження щодо функціонального стану органів і систем протягом реабілітаційного етапу (2–6 міс після операції). Групи були однорідними за віком і статистично зрівняними.

Математичне і статистичне оброблення отриманих даних виконували за допомогою пакета статистичних програм Microsoft Office Excel і «Statistica». Оцінювання статистичної значущості відмінностей проводили із застосуванням параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У структурі екстрагенітальної патології у пацієнок, які перенесли оперативне втручання з приводу апоплексії яєчника, превалювали хронічні процеси інфекційної етіології, які локалізувалися у сечовидільній (цистит, пієлонефрит), дихальній (бронхіт) і травній (гастрит) системах ( $p < 0,05$ ). Про наявність інфекційного процесу у ділянці придатків матки свідчили високі відсотки хронічного сальпінгоофориту (40,18%), зумовленого інфекціями, що передаються статевим шляхом (20,53%). На третьому місці серед гінекологічних захворювань – гіпоплазія матки (16,96%), що, за деякими даними, може бути матковим фактором безпліддя і невиношування вагітності [6]. До того ж кожна друга пацієнтка мала дефіцит маси тіла. У пацієнок групи контролю ці показники були у 4–5 разів менші.

Пацієнтки основної групи достовірно частіше мали оперативні втручання в анамнезі: апендектомія – у 21,4% проти 5,0% у групі контролю, резекція яєчника лапаротомічним доступом з приводу попередньої апоплексії яєчника – у 20,54% обстежуваних жінок основної групи. Отримані результати свідчать про наявність в момент ургентного стану попереднього спайкового процесу у черевній порожнині.

Привертає увагу наявність симптомів порушення гемостазу в анамнезі: носові і маткові кровотечі, сімейний тромбофілічний анамнез, прееклампсія під час попередніх вагітностей. Посилення зазначених симптомів виникало внаслідок значно поширеного серед обстежуваних жінок паління – 75,0% в основній групі і 30,0% – у групі контролю.

Репродуктивне здоров'я жінок з апоплексією яєчників характеризувалось дисгормональними порушеннями оваріальної функції, які пов'язані з наявністю ретенційних утворень у яєчниках в анамнезі (60,17%). Нерегулярний менструальний цикл за типом олігоменореї відзначали 13,4% пацієнок основної групи і 7,5% контрольної. Були отримані дані, що гіперполіменорея є характерним типом порушення мен-

струального циклу у пацієнок з апоплексією яєчника – 13,4% проти 2,5% без апоплексії. Альгодисменорею також можна віднести до факторів ризику виникнення зазначеної ургентної патології: 38 (33,9%) випадків проти 6 (15,0%).

Контрацептивна поведінка мала свої особливості. Було встановлено, що жінки з апоплексією яєчника частіше не використовували засоби захисту від настання вагітності – 47,3% проти 25,0% випадків ( $p < 0,05$ ). При цьому в основній групі констатовано великий відсоток артифіціального абортів – 66,1% проти 37,5% відповідно ( $p < 0,05$ ). Однак переривання вагітності на фоні наявних гормональних порушень і запальних змін яєчників при нереалізованій репродуктивній функції також може призводити до патологічних змін гомеостазу жінки [9].

Отже, жінки з хронічними інфекційними процесами генітальної і екстрагенітальної локалізації, з обтяженим гінекологічним анамнезом у формі ретенційних кіст яєчників, з генітальним інфантилізмом у поєднанні з дефіцитом маси тіла, з порушеннями менструального циклу за типом альгодисменореї та/або гіперполіменореї, зі спайковим процесом органів черевної порожнини через оперативні втручання в анамнезі, з обтяженим тромбозом анамнезом і шкідливою звичкою (паління) були віднесені до групи високого ризику розвитку апоплексії яєчника.

Стандартне ведення післяопераційного періоду у пацієнок з апоплексією яєчника наприкінці стаціонарного лікування справляло незначний вплив на усунення глибоких порушень кровообігу у яєчниках, характеризувалося змінами системи згортання крові тромботичного напрямку і супроводжувалося вираженим больовим синдромом.

Після першого етапу реабілітації відзначали позитивну динаміку у більшості пролікованих пацієнок. Зменшилась інтенсивність больового синдрому. Про це свідчили результати бального оцінювання за візуальною аналоговою шкалою –  $1,41 \pm 0,48$  бала в основній групі проти  $4,1 \pm 0,72$  бала у групі порівняння ( $p < 0,01$ ). Купірування запальних змін крові було досягнуто завдяки комплексному застосуванню антибактеріальних препаратів у поєднанні з електролазероманітною терапією: кількість лейкоцитів – у референтному інтервалі у 97,5% випадків в основній групі проти 80% випадків у групі порівняння ( $p < 0,05$ ). Крім того, відбулася нормалізація показників системи згортання крові – РФМК у 86,6%, фібриногену – у 89,1%, тромбінового часу – у 89,1% випадків ( $p < 0,05$ ).

Констатовано, що після першого етапу реабілітації спостерігалось достовірне поліпшення кровотоку в а.ovarica оперованого яєчника: зниження пульсаційного індексу ( $0,67 \pm 0,03$  проти  $0,78 \pm 0,03$  у групі контролю;  $p < 0,05$ ) і підвищення максимальної швидкості кровотоку –  $17,79 \pm 0,51$  проти  $14,72 \pm 0,67$  відповідно ( $p < 0,05$ ).

Отже, проведення першого етапу розробленої системи реабілітації сприяло купіруванню больового синдрому, протизапальній дії, нормалізації кровообігу у ділянці операції.

Після другого етапу реабілітації, через 2–6 міс після оперативного втручання, обмеження у рухливості

тіла матки, об'ємні утворення у ділянці придатків не визначали у жодному випадку в основній групі. Відсутність болювого синдрому у нижніх відділах живота відзначали 79 жінок. Лише у 3 пацієнок, що мали в анамнезі оперативні втручання на органах малого таза, зберігалася хворобливість, що досягала  $1,2 \pm 0,52$  бала ( $p < 0,05$ ).

У системі гемостазу спостерігалася гіперкоагуляція перед другим етапом реабілітації. При цьому була виявлена як придбана, так і генетична тромбогенність. Уроджену тромбофілію діагностовано у 45 з 56 обстежених пацієнок. У кожної другої з них виявлені порушення фолатного циклу (52%), що значно частіше загальнопопуляційних показників [6]. При цьому у 13 осіб спостерігалася гіпергомодцистенемія –  $20,8 \pm 3,3$  мкмоль/л, що призводить до підвищення концентрації D-димерів до  $335,8 \pm 42,9$  нг/мл, вкорочення активованого часткового тромбoplastинового часу до  $21,3 \pm 0,9$  с і тромбінового часу до  $13,4 \pm 2,8$  с.

Крім того, виявляли такі генетичні поліморфізми, як мутація Лейдена (4%), мутація у гені протромбіну (4%), тромбоцитарного рецептора фібриногену ITGA2  $\alpha_2$ -інтегринів (9%) і ITGB3  $\beta_3$ -інтегринів (11%), інгібітора активатора плазміногену-1 (7%). Однак ці цифри не перевищували популяційні значення.

У зв'язку з цим нами було запропоновано комплексний персоналізований підхід у процесі другого етапу реабілітації із застосуванням антикоагулянтів, антиагрегантів і/або вітамінів групи В залежно від виявленої мутації, що дозволило привести систему гемостазу до нормокоагуляції. Скоротилися концентрації РФМК до  $0,03 \pm 0,009$  г/л ( $p < 0,01$ ), D-димерів – до  $198 \pm 19$  нг/мл ( $p < 0,05$ ), фібриногену – до  $3,8 \pm 0,68$  г/л ( $p < 0,05$ ) і подовження активованого часткового тромбoplastинового часу до  $27 \pm 2,3$  с ( $p < 0,05$ ).

Позитивна динаміка чітко простежувалася і в стані репродуктивної системи. Ультразвукове дослідження органів малого таза із застосуванням доплерометрії продемонструвало, що «тонкий» гравідарний ендометрій, характерний для пацієнок з апоплексією яєчника, не спостерігався після лікування. На відміну від групи контролю, відбулося збільшення довжини ( $44,35 \pm 1,3$  мм проти  $40 \pm 1,55$  мм), товщини ( $40,79 \pm 3,37$  мм проти  $31,17 \pm 2,14$  мм), ширини тіла матки ( $48,9 \pm 1,64$  мм проти  $44,14 \pm 1,3$  мм) до нормативних значень ( $p < 0,05$ ). Ультразвукові дані про відповідність М-еха його референтним розмірам у періовуляторний період виявилися дуже важливим результатом після проведеного лікування –  $9,46 \pm 0,54$  мм проти  $7,27 \pm 0,43$  мм у групі порівняння ( $p < 0,05$ ).

Доплерометричне дослідження свідчило про інтенсифікацію оваріального кровотоку, що спостерігалася після закінчення другого етапу реабілітації. Зафіксовано достовірне зниження пульсаційного індексу в 1,2 рази порівняно з групою контролю – до  $0,67 \pm 0,03$  і збільшення максимальної систолічної швидкості кровотоку – до  $17,79 \pm 0,51$  ( $p < 0,05$ ).

Тести функціональної діагностики з ультразвуковими даними і результатами гормонального дослідження свідчили про відновлення функції яєчників після другого етапу реабілітації. Овуляція спостеріга-

лася у 79 (96,3%) пацієнок основної групи ( $p < 0,001$ ). Ановуляторний менструальний цикл зберігся лише у 3 (3,7%) жінок, в той час як в групі контролю цей показник досягав 33,3% випадків ( $p < 0,01$ ).

У результаті оперативного лікування апоплексії яєчника виникла нормогонадотропна нормопролактинемічна оваріальна гіпофункція, встановлена лабораторними методами. Після другого етапу реабілітації вдалося досягти референтного значення естрадіолу в основній групі –  $73,69 \pm 9,01$  пг/мл проти  $43,74 \pm 14,94$  пг/мл у групі контролю ( $p < 0,01$ ). Отримані результати, ймовірно, були наслідком естрогеноподібного і трофічного впливу пеллоїдотерапії.

У період прекоцепційної підготовки параметри згортання крові, гормонального і ультразвукового дослідження органів малого таза були приведені до нормативних значень. Настання вагітності планувалося не раніше 6 міс після апоплексії яєчника. У фертильному циклі пацієнтки отримували мінімальне медикаментозне навантаження у формі профілактичної дози фолієвої кислоти і препаратів йоду. Жінки, що мали генетичну схильність до гіперкоагуляції, диференційовано, при підвищених маркерах тромбофілії, отримували лікарські засоби, що впливають на патологічну ланку гемостазу.

Зазначена терапія за наявності показань була продовжена і під час вагітності, яка згодом настала. Зміна способу життя у прекоцепційний і гестаційний періоди також сприяла ефективному відновленню репродуктивної системи, настанню вагітності, її фізіологічному перебігу і сприятливому розродженню у 95,6% випадків.

Проспективне дослідження у пацієнок основної групи після завершення реабілітації встановило, що вагітність настала у 23 жінок через  $7,3 \pm 0,8$  міс після оперативного лікування. Решта пацієнок не планували вагітності. Фізіологічний перебіг гестації спостерігався у 95,6% випадків. Пологи ускладнилися лише в одному випадку внаслідок раннього вилиття навколоплідних вод (4,3%) і патологічної крововтрати (4,3%). Усі пацієнтки своєчасно розроджені через природні пологові шляхи. Оцінка новонароджених за шкалою Апгар становила  $7,4 \pm 0,4$  бала на першій і  $8,7 \pm 0,4$  бала на п'ятій хвилині. Крововтрата у післяпологовий період була у межах  $296,6 \pm 30$  мл.

Отже, після хірургічного лікування апоплексії яєчника з метою відновлення репродуктивної функції, на наш погляд, доцільно проводити комплексну двоетапну систему реабілітації, яка включає лікувально-профілактичні заходи від гострого періоду апоплексії яєчника до моменту реалізації репродуктивної функції.

Перший етап запропонованого комплексу, застосований у ранній післяопераційний період, сприяє усуненню наслідків травми яєчника, купіруванню болювого синдрому і гіперкоагуляційним змінам системи згортання крові, поліпшенню якості життя у період стаціонарного лікування. На другому етапі, через 2–6 міс після апоплексії яєчника, забезпечується відновлення оваріальної функції і балансу ланок системи гемостазу, тим самим готуючи репродуктивну систему жінки до майбутнього виношування вагітності та пологів.

У віддалений післяопераційний період комплексний етап реабілітації забезпечував у всіх 23 пролікованих пацієнток народження здорових дітей і відсутність акушерських ускладнень у 22 з них.

### ВИСНОВКИ

1. Аналіз клініко-анамнестичних даних жінок після оперативного лікування апоплексії яєчників свідчить про спільність факторів ризику розвитку даної патології у репродуктивному віці.

2. З метою відновлення репродуктивної функції жінкам після оперативного лікування апоплексії яєчника доцільно проводити комплексну двоетапну систему реабілітації, яка у віддалений післяопераційний період сприятиме:

- відновленню гормональної функції яєчників;
- покращанню оваріального кровообігу;
- реалізації репродуктивної функції у формі настання маткової вагітності, її фізіологічного перебігу і успішного розродження.

### Відомості про автора

**Ишак Олег Миколайович** – Кафедра акушерства, гінекології та перинатології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, 01011, м. Київ, вул. Арсенальна, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

### Information about the author

**Ishak Oleg M.** – Department of obstetrics, gynaecology and perinatology of Shupyk National Healthcare University of Ukraine, 01011, Kyiv, 5 Arsenalna Srt. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

### Сведения об авторе

**Ишак Олег Николаевич** – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национального университета здравоохранения Украины имени П.Л. Шупика, 01011, г. Киев, ул. Арсенальная, 5. *E-mail: prore-first@nmapo.edu.ua*

### ПОСИЛАННЯ

1. Dubchak Ale, Milevskiy OV, Obeid NM. Causes of surgical treatment of uterine appendages and its consequences in women with infertility. *Women's health*. 2018; 2(128):100-2.
2. Ventskiykyi BM, Ventskiykyi IB, Zhabytka LA, Zahorodnia OS, Narytnyk TT, Leush SS. Emergencies in obstetrics and gynecology (handbook). К.: NMU. O.O. Bohomoltsia; 2017. 166 p.
3. Lishchynovska TO, Sytnikova VO, Hladchuk IZ, Nazarenko Ola. Morphological aspects of ovarian apoplexy in chronic inflammatory diseases of the female reproductive system. *Odessa medical journal*. 2010;1:41-3.
4. Parashchuk YuS, Hryshchenko MH, Parashchuk Vlu, Safonov RA. Operative gynecology: textbook. way. Kharkiv: Kh-NMU, 2017;132 p.
5. Vdovychenko YuP, Voloshyn OA. Diagnosis and prevention of complications during laparoscopic gynecological operations. *Women's health*. 2015;4(100):72-5.
6. Strakhovetskiy VS. eproductive health of women who have had ovarian apoplexy. *Women's health*. 2009;4:156-8.
7. Ishchak OM, Vdovychenko YuP. Effects of ovarian apoplexy on women's reproductive health. *Current issues of pediatrics, obstetrics and gynecology*. 2018; 2:48-51.
8. Hasparov AS, Ter-Ovakymian AЭ, Khylykevych EH, Kosachenko AH. Ovarian apoplexy and ruptures of ovarian cysts. *M.: MIA*; 2009. 176 p.
9. Sodnomova NV. Morphological aspects of various forms of ovarian apoplexy. *Collection of scientific works of the interregional scientific-practical conference «Actual issues of obstetrics and gynecology»*. Krasnoyarsk; 2015, 55-8.
10. Radzynskiy VE, Dukhyn AO, Kostyn YN. Reproductive health of women after surgical treatment of gynecological diseases. *Obstetrics and gynecology*. 2006; 4:51-4.

*Стаття надійшла до редакції 01.04.2021*