

Медико-соціальна характеристика жінок репродуктивного віку, які перенесли ургентні операційні втручання на репродуктивних органах

Ю.Р. Дякунчак, В.І. Пирогова, І.І. Охабська

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Мета дослідження: вивчення медико-соціальних характеристик жінок репродуктивного віку, які перенесли ургентні операційні гінекологічні втручання.

Матеріали та методи. До досліджуваної когорти увійшли 135 жінок репродуктивного віку, які прооперовані в ургентному порядку з приводу апоплексії яєчника (43; 31,9 %), позаматкової вагітності (57; 42,2 %), ускладненого новоутворення яєчника (35; 25,9 %). Критеріями включення пацієток у дослідження були вік від 19 до 40 років; підтверджені інтраопераційно апоплексія яєчника, позаматкова вагітність, ускладнене утворення яєчника; інформована згода на участь у дослідженні.

Соціальні та клінічні дані реєстрували у розробленій анкеті, яка включала соціально-побутові дані, професійні та матеріальні чинники, соматичний й акушерсько-гінекологічний анамнез. Статистичне оброблення результатів проводили з використанням стандартних програм Microsoft Excel 7.0 та «Statistica 6.0».

Результати. Установлено, що 26 (19,3 %) жінок взагалі не відвідували гінеколога, з них 18 (69,2 %) – не жили статевим життям, 8 (30,8 %) пацієток не планували вагітності, тому не вважали за необхідне відвідувати лікаря. Ще однією особливістю гінекологічного анамнезу пацієток, які перенесли ургентні операційні втручання, було повторне оперативне втручання з приводу аналогічної гінекологічної патології.

Так, 26,9 % пацієток повторно були госпіталізовані з приводу апоплексії яєчника, а 19,2 % оперовані повторно. У 17,3 % жінок діагностували повторну позаматкову (трубну) вагітність, з приводу якої 13,5 % пацієток перенесли повторне операційне втручання. Рецидив новоутворення яєчника і ургентне операційне втручання фіксували у 25,8 % пацієток.

Висновки. Відсутність повного охоплення пацієток патогенетично обґрунтованими лікувально-профілактичними заходами після ургентних операційних втручань зумовлює рецидив аналогічної гінекологічної патології та проведення повторних ургентних операційних втручань.

Отримані результати свідчать про необхідність багатоаспектного аналізу факторів, що впливають на частоту гострих гінекологічних захворювань, та наукового обґрунтування лікувально-діагностичних підходів з впровадженням у практику сучасних організаційних технологій.

Ключові слова: ургентні гінекологічні операції, гострий живіт, медико-соціальна характеристика.

Medical and social characteristics of women of reproductive age who have undergone urgent gynecological surgery

Yu.R. Dyakunchak, V.I. Pyrohova, I.I. Okhabska

The objective: to study the medical and social characteristics of women in reproductive age who had urgent gynecological surgical operations.

Material and methods. The studied cohort consisted of 135 women in reproductive age who had urgent surgery for ovarian apoplexy (43; 31.9%), ectopic pregnancy (57; 42.2%), complicated ovarian tumor (35; 25.9%). The inclusion criteria were age from 19 to 40 years; intraoperatively confirmed ovarian apoplexy, ectopic pregnancy, complicated ovarian formation; informed consent of the patient to participate in the study.

Social and clinical data were registered in the developed questionnaire, which included social and household data, professional and material factors, somatic and obstetric and gynecological anamnesis. Statistical processing of the results was carried out using standard Microsoft Excel 7.0 and "Statistica 6.0" programs

Results. It was determined that 26 (19.3%) women did not visit a gynecologist at all, 18 (69.2%) of them did not have a sexual activity, 8 (30.8%) patients did not plan to become pregnant, so they were not considered that it is necessary to visit a doctor. Another feature of the gynecological anamnesis of patients who had urgent surgical operations was a repeated surgical intervention due to a similar gynecological pathology.

Thus, 26.9% of patients were re-hospitalized due to ovarian apoplexy, and 19.2% had operation again. 17.3% of women had a repeat ectopic (tubal) pregnancy, for which 13.5% of patients had repeated surgery. Recurrence of ovarian tumor and urgent surgical intervention occurred in 25.8% of patients.

Conclusions. The lack of full coverage of patients with pathogenetically justified medical and preventive measures after urgent surgical operations leads to the recurrence of similar gynecological pathology and repeated urgent surgical interventions.

The obtained results indicate the need for a multifaceted analysis of factors affecting the frequency of acute gynecological diseases and in the scientific justification of medical and diagnostic approaches with the introduction of modern organizational technologies into practice.

Keywords: urgent gynecological operations, acute abdomen, medical and social characteristics

Гострий живіт у гінекології є причиною ургентних оперативних втручань, частота яких на сьогодні не має тенденції до зниження [1, 6]. Частота гострих гінекологічних захворювань, які потребують невідкладної допомоги, варіює у дуже широких межах і становить від 1 до 26% від загальної кількості пацієнток гінекологічного стаціонару [2, 4, 5, 16, 18]. Водночас гострі гінекологічні захворювання є неоднорідними за своєю етіологією та патогенезом [3, 9].

У структурі причин симптомокомплексу гострого живота на долю перерваної трубної вагітності припадає близько 42%, апоплексії яєчника або розриву кисти – 19%, перекруту ніжки утворення яєчника – 8–15%, гострого запалення придатків матки – близько 25% [8, 11, 12, 15, 23]. Важливо, що близько 90% всіх гострих гінекологічних захворювань виникає у жінок репродуктивного віку [7, 13, 21]. Симптомокомплекс гострого живота, як правило, зумовлює екстремне хірургічне втручання, що у подальшому може ініціювати розвиток репродуктивних порушень внаслідок видалення маткової труби або яєчника, механічної або термічної травми яєчника тощо [10, 14, 16, 19, 24].

З метою збереження репродуктивного здоров'я сьогодні приділяється увага ранньому виявленню гінекологічної патології для профілактики розвитку синдрому гострого живота та проведення, за необхідності, планового операційного лікування. Своєчасна діагностика, адекватне вирішення організаційних питань, що виникають, і надання кваліфікованої допомоги на догоспітальному етапі є запорукою успішного лікування даних пацієнток [17, 20, 22].

У сучасних соціально-економічних умовах, що склалися, тенденція до «омолодження» низки гінекологічних захворювань, зростання частоти гострих станів, що вимагають невідкладних хірургічних втручань, визначають необхідність пошуку шляхів відновлення репродуктивного здоров'я жінок після хірургічного лікування гострих гінекологічних захворювань.

Актуальність даного питання збільшується з огляду на незадовільну статистику дітонароджень на тлі репродуктивних невдач і безплідності в Україні. Обґрунтування потреби в аналізі організації гінекологічної допомоги при гострих станах, у тому числі щодо відновлення репродуктивного потенціалу жінок, підтверджується відсутністю сучасних медико-соціальних характеристик жінок, які потребували ургентного хірургічного втручання з приводу гострої гінекологічної патології [25].

У зв'язку з цим є доцільним вивчити медико-соціальну характеристику жінок репродуктивного віку, що перенесли ургентні операційні втручання, для обґрунтування заходів щодо збереження та/або відновлення репродуктивного здоров'я.

Мета дослідження: вивчення медико-соціальних характеристик жінок репродуктивного віку, які перенесли ургентні операційні гінекологічні втручання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До досліджуваної когорти увійшли 135 жінок репродуктивного віку, оперованих в ургентному порядку з приводу апоплексії яєчника (43; 31,9%), позаматкової вагітності (57; 42,2%), ускладненого новоутво-

рення яєчника (35; 25,9%). Критеріями включення пацієнток у дослідження були: вік від 19 до 40 років; підтвержені інтраопераційно апоплексія яєчника, позаматкова вагітність, ускладнене утворення яєчника; інформована згода на участь у дослідженні.

Соціальні та клінічні дані реєстрували у розробленій анкеті, яка включала соціально-побутові дані, професійні та матеріальні чинники, соматичний й акушерсько-гінекологічний анамнез.

Статистичне оброблення результатів проводили з використанням стандартних програм Microsoft Excel 7.0 та «Statistica 6.0».

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Вік жінок коливався від 19 до 39 років, середній вік досліджуваної когорти становив $28,7 \pm 5,4$ року. Привертало на себе увагу, що серед пацієнток з апоплексією яєчника переважали жінки віком до 25 років (30; 69,8%) порівняно з жінками з позаматковою вагітністю (21; 36,8%, $p < 0,05$) та ускладненим утворенням яєчників (6; 17,1%, $p < 0,001$).

Отже, апоплексія яєчників вірогідно частіше спостерігається у жінок раннього репродуктивного віку (19 – 25 років), тоді як ускладнене новоутворення яєчників – у жінок пізнього репродуктивного віку (35 – 39 років), що слід враховувати під час встановлення попереднього та клінічного діагнозів і вибору тактики лікування.

Усі жінки досліджуваної когорти були мешканками Західного регіону України, постійні мешканки м. Львова та області – 121 (89,6%). За соціальним положенням пацієнтки розподілились наступним чином: робітниці (53; 39,3%), службовці (33; 24,4%), студентки (21; 15,6%), домогосподарки (28; 20,7%). Середню освіту мала 71 (52,6%) пацієнтка, вищу – 36 (26,7%), незавершену вищу освіту – 28 (20,7%). Пацієнтки, які були включені у дослідження, оцінювали свої побутові та професійні умови як задовільні.

Серед перенесених соматичних та ендокринних захворювань у жінок, оперованих з приводу ургентної гінекологічної патології спостерігалася значна частота ендокринної патології. Так, дифузний еутиреоїдний зоб I–II ст. фіксували у 65 (48,1%) жінок досліджуваної когорти, однак обстеження для з'ясування стану щитоподібної залози (ЩЗ) – визначення рівня тиреотропного гормону, УЗ-обстеження ЩЗ – раніше (до операції) проходили тільки 28 (43,0%) з них. Серед тих пацієнток, які проходили обстеження, гіпотиреоз було діагностовано у 5 (17,9%), з приводу чого була призначена замісна терапія левотироксином. Дисфункцію ЩЗ (еутиреоїдний дифузний зоб, гіпотиреоз) з однаковою частотою діагностували при всіх досліджуваних гострих гінекологічних станах.

Не спостерігалось різниці у частоті перенесених дитячих інфекцій, запальних захворювань верхніх дихальних шляхів, серцево-судинної патології. Залізодефіцитна анемія, хронічний пієлонефрит частіше виявляли у жінок із позаматковою вагітністю та ускладненим новоутворенням яєчників. Серед соматичної патології у жінок пізнього репродуктивного віку пере-

Гінекологічний анамнез жінок, які перенесли ургентні гінекологічні операції з приводу гострого живота, абс. число (%)

Захворювання й оперативні втручання	Досліджувана когорта, n=135		
	Апоплексія яєчника, n=43	Позаматкова вагітність, n=57	Ускладнене утворення яєчника, n=35
Не звертались до гінеколога	17 (39,5)	5 (8,8)	4 (11,4)
АМК	10 (38,5)	10 (19,2)	9 (29,0)
Дисменорея	5 (19,2)	7 (13,5)	6 (19,4)
Функціональні кисти яєчників	9 (34,6)	–	7 (22,6)
Лейоміома матки	–	2 (3,9)	1 (3,2)
Генітальний ендометріоз	4 (9,3)	3 (5,8)	4 (12,9)
Вагініт	2 (7,7)	14 (26,9)	4 (12,9)
Запальні захворювання органів малого таза	–	15 (28,9)	–
Новоутворення яєчника	–	–	8 (25,8)
Інфекції, що передаються статевим шляхом	–	3 (5,8)	1 (3,2)
Позаматкова вагітність	–	9 (17,3)	–
Безпліддя	2 (7,7)	8 (15,4)	4 (12,9)
Тубектомія	–	7 (13,5)	–
Апоплексія яєчника	7 (26,9)	–	–
Резекція яєчника	5 (19,2)	–	–
Цистектомія	–	–	8 (25,8)

важала патологія травного тракту та жовчних шляхів (гастродуоденіт, холецистит, синдром подразненого кишечника).

Особливу увагу приділяли вивченню гінекологічного анамнезу жінок досліджуваної когорти. Привертало на себе увагу, що 26 (19,3 %) жінок взагалі не відвідували гінеколога, з них 18 (69,2 %) – не жили статевим життям, 8 (30,8 %) пацієток не планували вагітність, тому не вважали за необхідне відвідувати лікаря.

Ще однією особливістю гінекологічного анамнезу пацієток, які перенесли ургентні операційні втручання, було повторне оперативне втручання з приводу аналогічної гінекологічної патології (таблиця). Так, 7 (26,9 %) пацієток повторно були госпіталізовані з приводу апоплексії яєчника, а 5 (19,2 %) оперовані повторно. У 9 (17,3 %) жінок діагностовано повторну позаматкову (трубну) вагітність, з приводу якої 7 (13,5 %) пацієток перенесли повторне операційне втручання. Рецидив новоутворення яєчника і ургентне опе-

раційне втручання фіксували у 8 (25,8 %) пацієток (див. таблицю).

До перенесеної операції в анамнезі у 109 жінок репродуктивного віку, які жили регулярним статевим життям, було 45 пологів, репродуктивні втрати (мимовільні викидні до 22 тиж вагітності) реєстрували у 29 (26,6 %) пацієток. З приводу безпліддя обстежувались і лікувались 14 (12,8 %) пацієток.

ВИСНОВКИ

Відсутність повного охоплення пацієток патогенетично обґрунтованими лікувально-профілактичними заходами після ургентних операційних втручань зумовлює рецидив аналогічної гінекологічної патології та повторні ургентні операційні втручання.

Отримані результати свідчать про необхідність багатаспектного аналізу факторів, що впливають на частоту гострих гінекологічних захворювань, та наукового обґрунтування лікувально-діагностичних підходів з впровадженням у практику сучасних організаційних технологій.

Відомості про авторів

Пирогова Віра Іванівна – д-р мед. наук, проф., завідувачка кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; тел.: (050) 581-94-48. *E-mail: vira.pyrohova@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1205-6365

Дякунчак Юлія Романівна – аспірант кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; тел.: (063) 250-47-07. *E-mail: yuliyady82@gmail.com*

ORCID: 0000-0001-8474-4696

Охаська Ірина Іванівна – канд. мед. наук, доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; тел.: (050) 371-76-77. *E-mail: i.ohabska@gmail.com*

ORCID: 0000-0002-1205-6365

Information about authors

Pyrohova Vira I. – Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Faculty of postgraduate education Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; tel.: (050) 581-94-48. E-mail: vira.pyrohova@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1205-6365

Dyakunchak Yulia R. – PhD student of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Faculty of postgraduate education Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; tel.: (063) 250-47-07. E-mail: yuliyady82@gmail.com

ORCID: 0000-0001-8474-4696

Okhabska Iryna I. – PhD, assistant professor of the Department of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Faculty of postgraduate education Danylo Halytskyi Lviv National Medical University; tel.: (050) 371-76-77. E-mail: i.okhabska@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1205-6365

ПОСИЛАННЯ

- Boiko V, Terekhov V. Nayblyzhchi ta viddaleni rezultaty likuvannya abdominalnykh uskladnen pislya hinekologichnykh operatsiy iz zastosuvanniam endoskopichnykh tekhnolohiy. *Reprod zdorovya zhinky*. 2021;(2):22-6. doi: 10.30841/2708-8731.2.2021.232518.
- Dubchak AYE, Milyevskyy OV, Obeyd NM. Prychyny khirurhichnoho likuvannya prydatkiv matky ta yoho naslidky u zhinok z bezplidnistyu. *Zdorove zhenshchyny*. 2018;(2):100-2.
- Sukhanova AA, Yehorov MYU. Suchasni pryntsypy likuvannya dobroyakisnykh i pohranychnykh pukhlyn yayechnykh ta mozhyvosti profilaktyky yikhnykh retsydyviv (Ohlyad literatury). *Zdorove zhenshchyny*. 2016;4(110):56-60.
- Acharya I, Thapa S. Surgical Emergencies among Gynecological Surgeries in a Tertiary Care Center: A Descriptive Cross-sectional Study. *J Nepal Med Assoc*. 2020;(232):1052-5. doi: 10.31729/jnma.5888.
- Agresta F, Mazzarolo G, Gardo L F, Bedin N. The laparoscopic approach in abdominal emergencies, has the attitude changed: A single centre review of a 15-year experience. *Surg Endosc*. 2006;22(5):1255-62. doi: 10.1007/s00464-007-9602-4.
- Alice EJ, Stickland CP. Gynaecological causes of acute abdominal pain. *Obstet, Gynaecol Reprod Med*. 2021;31(2):48-52. doi: 10.1016/j.ogrm.2020.12.005.
- Bhosale PR, Javitt MC, Atri M, Harris RD, Kang SK, Meyer BJ, et al. ACR Appropriateness Criteria® Acute Pelvic Pain in the Reproductive Age Group. *Ultrasound Q*. 2016;32(2):108-15. doi: 10.1097/RUQ.0000000000000200.
- Biggs WS, Marks ST. Diagnosis and Management of Adnexal Masses. *Am Fam Physician*. 2016;93:676-81.
- Diallo MH, Diallo FB, Keita M, Balde DB, Barry, Barry AB, Bald IS, et al. Gynecological and Obstetrical Emergencies at the University Clinic of Gynecology-Obstetrics of the National Hospital Donka Guinea. *Open J Obstet Gynecol*. 2021;11:1862-74. doi: 10.4236/ojog.2021.1112173.
- Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA, expert steering group. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Dig Surg*. 2015;32(1):23-31. doi: 10.1159/000371583.
- Habek D, Premuzić M, Cerkez HJ. Syndrome of acute abdomen in gynaecology and obstetrics. *Acta Med Croatica*. 2006;60(3):227-35.
- Jearwattananok K, Yamada S, Suntornlinsiri W, Smuthtai W, Patumanond J. Clinical Indicators for Differential Diagnosis of Acute Lower Abdominal Pain in Women of Reproductive Age. *J Current Surgery*. 2013;3(1):13-8. doi: 10.4021/jcs179w.
- Nazarenko O. Clinic and ultrasound parallels of ovarian intra-abdominal bleedings in the women of reproductive age. *J Health Sci*. 2013;3(11):447-54.
- McNamara MC. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *Intern J General Med*. 2012;5:789-97. doi: 10.2147/ijgm.s25936.
- Murki AD, Kaminen V, Velagapudi SR, Deshpande AK. Acute abdomen with adnexal masses in the reproductive age group: diagnosis and management. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2020;9(6):2337-41.
- Onyebuchi AK, Lawani LO, Nkwo PO, Iyoke CA, Onoh RC, Ajah LO. Determinants of decision-to-intervention time in the management and therapeutic outcome of emergency gynecological surgeries in south east Nigeria. *Ther Clin Risk Manag*. 2014;28(10):577-82. doi: 10.2147/TCRM.S66897.
- Panelli DM, Phillips CH, Brady PC. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review. *Fertil Res Pract*. 2015;(1):15. doi: 10.1186/s40738-015-0008-z.
- Pokharel HP, Dahal P, Rai R, Budhathoki S. Surgical emergencies in obstetrics and gynaecology in a tertiary care hospital. *JNMA J Nepal Med Assoc*. 2013;52(189):213-6.
- Pucher PH, Carter NC, Knight BC, Toh S, Tucker V, Mercer SJ. Impact of laparoscopic approach in emergency major abdominal surgery: single-centre analysis of 748 consecutive cases. *Ann R Coll Surg Engl*. 2018;100(4):279-84. doi: 10.1308/rcsann.2017.0229.
- Shrivastava M, Parashar H, Modi JN. A clinical study of ectopic pregnancy in a tertiary care centre in Central India. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. 2017;(6):2485-90. doi: 10.18203/2320-1770.ijrcog20172336.
- Siedentopf F, Wowro E, Möckel M, Kentenich H, David M. Patients Presenting to the Emergency Unit with Gynaecological Lower Abdominal Pain, with and without Pathological Clinical Findings - Service Utilisation, Pain History, Implications. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2016;76(9):952-9. doi: 10.1055/s-0042-104929.
- Stefanidis D, Richardson WS, Chang L, Earle DB, Fanelli RD. The Role of Diagnostic Laparoscopy for Acute abdominal conditions. *Surg Endosc*. 2009;23(1):16-23. doi: 10.1007/s00464-008-0103-x.
- Stickland AEJ, Phillips C. Gynaecological causes of acute abdominal pain. *Obstet. Gynecol Reprod Med*. 2021;31(2):48-52. doi: 10.1016/j.ogrm.2020.12.005.
- Teamma MS. Evaluation of laparoscopy in the management of abdominal emergencies. *J Arab Soc Med Res*. 2013;8(1):19-25.
- Wamwana EV, Ndavi PM, Gichangi PB, Karanja JG, Muia EG, Jaldesa GW. Socio-demographic characteristics of patients admitted with gynaecological emergency conditions at the provincial general hospital, Kakamega, Kenya. *East African Medical J*. 2006;83(12):659-65. doi: 10.4314/eamj.v83i12.9496.

Стаття надійшла до редакції 30.05.2022. – Дата першого рішення 01.06.2022. – Стаття подана до друку 06.07.2022