

# Причини хірургічного лікування придатків матки та його наслідки у жінок з безплідністю

А.Є. Дубчак<sup>1,2</sup>, О.В. Мілевський<sup>1</sup>, Н.М. Обейд<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

<sup>3</sup>КУ «Центральна міська лікарня № 1», м. Житомир

**Мета дослідження:** визначення причин та наслідків хірургічного лікування придатків матки у жінок з безплідністю.

**Матеріали та методи.** Обстежені 120 жінок репродуктивного віку з трубно-перитонеальним фактором безплідності та доброякісними утвореннями яєчників, позаматковою вагітністю, яким проведено органозберігальне оперативне втручання на придатках матки в ургентному та плановому порядку.

**Результати.** За результатами обстеження 76 (63,7%) жінкам основної групи (1-а група) хірургічне лікування було проведено у плановому порядку, 44 (36,7%) пацієнткам основної групи (2-а група) хірургічне лікування було проведено в ургентному порядку.

Причинами хірургічного втручання у жінок з безплідністю на придатках матки в ургентному порядку була апоплексія яєчника, порушена позаматкова вагітність, у плановому порядку – доброякісні утворення яєчників, апоплексія яєчника, непорушена трубна вагітність.

**Заключення.** Виявлено погіршення показників оваріального резерву яєчників, який значною мірою залежить від плановості хірургічної терапії і супутнього обсягу оперативного втручання, та психологічну дезадаптацію більшості обстежених пацієнток, хірургічне лікування яким було проведено в ургентному порядку.

**Ключові слова:** безплідність, операції на придатках матки, оваріальний резерв.

Однією з найбільш важливих медико-соціальних та клініко-організаційних проблем у сучасних соціально-економічних умовах залишається стан репродуктивного здоров'я жінок [1–3]. Особливо актуальним і необхідним є забезпечення своєчасної діагностики та ефективності лікування гінекологічних захворювань, які на сьогодні мають високий рівень поширеності серед жінок молодого і працездатного віку [4–7]. Під час хірургічного лікування жінок з наявністю гінекологічної патології головне завдання щодо забезпечення якості та ефективності – це раціональний вибір методів оперативного втручання з максимальним відновленням функції органів малого таза [2].

Важливим аргументом, що пояснює значущість даної проблеми, є також вплив пухлиноподібних утворень яєчників, доброякісних пухлин яєчників на репродуктивну функцію пацієнток, у зв'язку з чим проблема набуває соціального і демографічного значення [8, 9]. Особливий інтерес представляє сучасний підхід до вирішення питань, пов'язаних зі станом репродуктивної системи даного контингенту хворих. Подальше зростання числа гінекологічних захворювань і питома вага жінок, які потребують оперативної гінекологічної терапії, визначають необхідність розроблення і обґрунтування критеріїв і показань до госпіталізації, хірургічного лікування, вибору найбільш оптимальних, ефективних і функціонально безпечних методів оперативного втручання у жінок [1–7].

**Мета дослідження:** визначення причин та наслідків хірургічного лікування придатків матки у жінок з безплідністю.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведене на базі відділення реабілітації репродуктивної функції жінок ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України» м. Києва, відділення термінової гінекологічної допомоги КУ ЦМЛ № 1 та відділення малоінвазивної хірургії ЖОКЛ м. Житомир з 2013 до 2016 р. на підставі обстеження та лікування 120 жінок репродуктивного віку з трубно-перитонеальним фактором безплідності та доброякісними утвореннями яєчників, позаматковою вагітністю, яким проведено органозберігальне оперативне втручання на придатках матки (основна група).

У плановому порядку хірургічне лікування було проведено 76 (63,7%) обстеженими основної групи (1-а група), в ургентному порядку хірургічне лікування було проведено 44 (36,7%) пацієнткам основної групи (2-а група). У контрольну групу увійшли 20 пацієнток з реалізованою репродуктивною функцією без наявності безплідності (3-я група). У групу порівняння увійшли 20 жінок репродуктивного віку з безплідністю без оперативного втручання (4-а група).

Об'єм хірургічного лікування пацієнток визначали індивідуально у кожному конкретному випадку з урахуванням стану і фертильності пацієнток, вираженості спайкового процесу і наявності супутньої патології. Показанням до екстреного хірургічного лікування пацієнток частіше був розрив капсули кісти, апоплексія яєчника, порушена позаматкова вагітність. Лапароскопію проводили за традиційною методикою, під ендотрахеальним наркозом з використанням лапароскопа Karl Storz 7 (Німеччина) і Olimpus (Японія) після відповідного обстеження та підготовки жінок. Усі операції на придатках матки виконані лапаротомічним доступом за Пфанненштилем. Після виконання запланованого обсягу операції застосовували різний синтетичний шовний матеріал. Ушивання шкіри проводили шляхом накладення косметичного шва.

Вивчали оваріальний резерв на підставі визначення концентрації ФСГ у сироватці крові, вмісту у крові АМГ, ультразвукового визначення об'єму яєчників, проводили підрахунок кількості антральних фолікулів. Гормональні дослідження виконували на 2–3-й день менструального циклу або на 2–3-й день менструальноподібної реакції після операції і через 30 днів після операції. Об'єм яєчників визначали на 2–5-й дні циклу і вираховували на підставі трьох вимірювань, зроблених у двох площинах, за такою формулою:

$$V=0,5236 \times L \times W \times T,$$

де L – довжина,

W – ширина,

T – товщина яєчника.

Для вивчення психоемоційного стану заповнювали анкету Спілберґера–Ханіна та САН. Отримані дані обробляли за правилами параметричної (t-критерій Стьюдента) і непараметричної статистики. Відмінності вважали достовірними при  $p \leq 0,05$ . Результати оцінювали до і після операції і через 3 міс після хірургічного лікування за комплексом клініко-лабораторних показників, ультразвукового сканування органів малого таза.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік обстежених жінок становив  $29,5 \pm 1,3$  року, статистичної різниці за віком між групами не виявлено. Серед обстежених жінок переважали службовці – 73 (60,8%) пацієнтки, робітниць було 22 (18,3%), 17 (14,2%) домогосподарок, працівниць сфери сільського господарства – 3 (2,5%), студенток – 5 (4,2%). Під час вивчення особливостей менструальної функції в обстежених жінок основної групи виявлено, що більшість пацієнток 1-ї групи фіксували значну крововтрату під час менструації. Болочистість менструації відзначали 13 (17,1%) жінок 1-ї групи та 12 (27,3%) хворих 2-ї групи. Найчастіше дисменорею діагностували у пацієнток 2-ї групи.

Серед порушень менструальної функції частіше виявляли менометрорагію та гіперполіменорею у жінок 2-ї групи (11,4 та 25,0% відповідно). Майже половина жінок 1, 2-ї та 4-ї груп не вагітніли протягом 6–10 років. Хворі з тривалістю безплідності від 2 до 5 років становили дещо менший відсоток. Вірогідної різниці за тривалістю безплідності залежно від її виду в обстежених жінок основної групи також не виявлено ( $p > 0,05$ ). Переважна більшість жінок тривалий час змушена була звертатись до лікарів з приводу безплідності у результаті невдалого її лікування. Частота первинної та вторинної безплідності в обстежених жінок суттєво не відрізнялась ( $p > 0,05$ ).

Більшість пацієнток 1-ї групи причиною безплідності називали ранній початок статевого життя, 2-ї та контрольної груп – перенесені запальні процеси та операції на внутрішніх статевих органах. Із анамнезу встановлено, що у 7 (9,2%) жінок 1-ї групи діагностована позаматкова вагітність, причому в 1 (1,3%) з них – двічі; в обстежених 2-ї групи – 8 (18,2%) випадків, у 2 (4,5%) – двічі. Завмерла вагітність у малому терміні виявлена у 2 (2,6%) пацієнток 1-ї групи, двічі – в 1 (1,3%) з них; у 5 (11,3%) – 2-ї групи, двічі – у 2 (4,5%) жінок. Мимовільні аборти у малому терміні були у 4 (5,3%) жінок 1-ї групи, двічі – в 1 (1,3%) з них; у 5 (11,4%) жінок 2-ї групи, двічі – в 1 (1,3%) з них. У 9 (11,8%) пацієнток 1-ї та у 19 (27,2%) – 2-ї групи фіксували поєднання кількох причин безплідності.

Отже, у жінок, які були прооперовані в ургентному порядку, основною причиною безплідності виявилися: раніше перенесений запальний процес внутрішніх статевих органів, ранній початок статевого життя, перенесені операції на органах малого таза і черевної порожнини та артіфіційні і мимовільні аборти.

Результати вивчення сімейного анамнезу продемонстрували, що 42 (35,0%) жінки основної групи мали обтяжену спадковість і високу частоту перенесених захворювань. У 23 (19,2%) матерів обстежуваних пацієнток в анамнезі були посилення на різні порушення менструального циклу. Ендокринні захворювання в анамнезі мали 25 (20,8) матерів, з них цукровий діабет – 11 (9,2%) матерів. Обтяжений сімейний онкологічний анамнез виявлено у 22 (18,3%) пацієнток основної групи, з них пухлини репродуктивної сфери діагностували у 17 (14,2%) жінок. Захворювання серцево-судинної системи були виявлені у 19 (15,8%) сім'ях.

Отже, аналіз анамнестичних даних засвідчив, що більшість пацієнток основної групи мали обтяжену спадковість (35,0%), сімейну онкологічну патологію (18,3%), різні форми сімейних ендокринопатій переважно автоімунного генезу (20,8%).

Причинами звернення пацієнток, обстежуваних у межах даного дослідження, були доброякісні утворення яєчників, апоплексія яєчників, позаматкова вагітність на тлі трубно-перитонеальної безплідності. Під час аналізу супутніх гінекологічних захворювань були виявлені види патології репродуктивної сфери, які найбільш часто реєстрували. З приводу супутніх гінекологічних захворювань оперативні втручання були виконані у 20 (16,7%) пацієнток основної групи. У 8 (6,7%) з них була проведена гістероскопія з видаленням гіперплазованого ендометрія, у 3 (2,5%) – гістероскопія з роздільним діагностичним вишкрібанням порожнини матки з

приводу хронічного ендометриту, у 10 (8,3%) – гістероскопія з видаленням поліпа ендометрія, у 8 (6,7%) видалення поліпа каналу шийки матки і в 1 (0,8%) – видалення кісти бартолінової залози. З приводу дисплазії шийки матки 11 (9,2%) жінкам проводили радіохвильову деструкцію шийки матки.

У плановому порядку на яєчниках оперативне втручання було проведено 40 жінкам (1а основна група). З них у 18 була проведена кістектомія з приводу дермоїдної кісти та кісти жовтого тіла із залишенням здорової тканини яєчника; у 16 жінок була проведена біопсія, дрінлінг або резекція яєчників з приводу СПКЯ; ушивання яєчника або його коагуляція – у 6 жінок. Оперативне втручання на маткових трубах у плановому порядку проведено у 36 жінок (1б основна група). З них тубектомія (однобічна) проведена у 2 (5,5%) жінок з приводу позаматкової вагітності (1 – 2,8%) або сактосальпінксу (1 – 2,8%), фімбріопластика – у 8 (22,2%) пацієнток, сальпінготомія з приводу позаматкової вагітності – у 12 (33,3%) жінок, сальпінгооваріолізис – у 18 (50,0%) жінок. Залежно від доступу – лапароскопія з використанням монополярної або біполярної електрохірургії була проведена у 54 жінок 1-ї групи (у 28 у 1а групі, у 26 – у 1б групі), а лапаротомія – у 22 пацієнток 1-ї групи (у 12 у 1а та у 10 – у 1б групі).

На яєчниках в ургентному порядку було проведено 19 втручань (2а основна група): ушивання або коагуляція яєчника з приводу апоплексії в 11 пацієнток та з приводу кісти яєчника (кістектомія із залишенням здорової тканини яєчника) – у 8 жінок. У 25 жінок 2-ї основної групи в ургентному порядку (2б група) було проведено оперативне втручання на маткових трубах: із них тубектомія (однобічна) проведена у 4 (16,0%) жінок з приводу позаматкової вагітності (3 – 12,0%) або сактосальпінксу (1 – 4,0%), сальпінготомія з приводу позаматкової вагітності – у 21 (84,0%) пацієнток. Залежно від доступу – лапароскопія з використанням монополярної або біполярної електрохірургії була виконана у 24 жінок (в 11 пацієнток 2а групи та у 13 жінок – 2б групи), а лапаротомія – у 20 пацієнток 2-ї групи (у 8 жінок 2а групи та у 12 – 2б групи).

У 67 (55,8%) жінок основної групи оперативне втручання проводили одночасно на яєчниках та маткових трубах.

Після оперативного лікування у 1-ї і 2-ї групі виявлено зменшення об'єму яєчників і кількості АФ, в основному за рахунок резекції яєчників і кістектомії. Оперативні втручання при трубно-перитонеальному факторі безплідності пригнічують ОР протягом 1 міс після операції, що проявляється зниженням концентрації АМГ у всіх групах. Ці дані узгоджуються з даними літератури [10]. Виявлено, що у 2а групі після ургентних операцій показник цього гомону був нижчий у 2,2 разу ( $0,9 \pm 0,2$  нг/мл), ніж у 1а групі – у пацієнток, котрим операцію проводили у плановому порядку ( $2,1 \pm 0,1$  нг/мл) ( $p \leq 0,05$ ).

Під час аналізу залежно від об'єму втручання на яєчнику виявлено, що у 18 пацієнток у 1а групі і у 8 жінок у 2а групі, які перенесли кістектомію із залишенням яєчкової тканини, рівень АМГ був вищий, ніж у жінок після резекції, біопсії, дрінлінгу яєчника або біполярної електродеструкції капсули кісти ( $p \leq 0,05$ ). У 2б групі у пацієнток, у яких ургентні операції проводили на маткових трубах і яєчниках, концентрація АМГ варіювала від 1 до  $1,5$  нг/мл, становлячи у середньому  $1,1 \pm 0,2$  нг/мл. Отримані дані відповідають УЗ-параметрам проведеного оцінювання оваріального резерву. У 2б групі об'єм яєчників зменшився до  $5,1 \pm 0,3$  см<sup>3</sup> за рахунок кістектомії і резекції. Виявлено зниження АФ до  $3,1 \pm 0,4$ . Такі зміни оваріального резерву у післяопераційний період можна пояснити об'ємом оперативного втручання не тільки на яєчниках, але і на маткових трубах.

До оперативного лікування у жінок обох груп визначалися різні рівні реактивної тривожності. У пацієнток 1-ї групи реєстрували переважно низький рівень реактивної тривожності, у 2-ї групі у середньому у 21 (47,7%) пацієнтки виявлені високі показники порушень психоемоційного стану (висока реактивність та особистісна тривожність, помірно виражений рівень нервово-психічного напруження). Після операції виявлено

відсутність високих значень реактивної тривожності в обох групах. Оцінка психічного стану обстежених пацієнток за методикою САН свідчить про зниження сумарного рівня показників у 25 (56,8%) жінок, які були прооперовані в ургентному порядку, причому частіше такі зміни фіксували у пацієнток 2-ї групи, оперованих лапаротомічним доступом. Це можна пояснити більш травматичним способом проведення оперативного лікування та формуванням крайніх варіантів норми (невротичної триади) і підвищення емоційного напруження.

Проведені дослідження свідчать про психологічну дезадаптацію більшості обстежених пацієнток, хірургічне лікування яким було проведено в ургентному порядку, що обґрунтовує необхідність застосування диференційованих методів лікування.

## ВИСНОВКИ

Причинами хірургічного лікування жінок з безплідністю в ургентному порядку була апоплексія яєчника, порушена поза-

### Причины хирургического лечения придатков матки и его последствия у женщин с бесплодием А.Е. Дубчак, А.В. Милевский, Н.Н. Обейд

**Цель исследования:** определение причин и последствий хирургического лечения придатков матки у женщин с бесплодием.

**Материалы и методы.** Обследованы 120 женщин репродуктивного возраста с трубно-перитонеальным фактором бесплодия и доброкачественными образованиями яичников, внематочной беременностью, которым проведено органосохраняющее оперативное вмешательство на придатках матки в ургентном и плановом порядке.

**Результаты.** По результатам обследования 76 (63,7%) женщинам основной группы (1-я группа) хирургическое лечение было проведено в плановом порядке, 44 (36,7%) пациенткам основной группы (2-я группа) хирургическое лечение было проведено в ургентном порядке. Причинами хирургического вмешательства женщин с бесплодием на придатках матки в ургентном порядке была апоплексия яичника, нарушенная внематочная беременность, в плановом порядке – доброкачественные образования яичников, апоплексия яичника, ненарушенная трубная беременность.

**Заключение.** Выявлено ухудшение показателей овариального резерва яичников, который в значительной степени зависит от плановости хирургической терапии и сопутствующего объема оперативного вмешательства, и психологическую дезадаптацию большинства обследованных пациенток, хирургическое лечение которым было проведено в ургентном порядке.

**Ключевые слова:** бесплодие, операции на придатках матки, овариальный резерв.

маткова вагітність, у плановому порядку – доброякісні утворення яєчників, апоплексія яєчника, непорушена трубна вагітність.

Провідною причиною безплідності у жінок, які були прооперовані в ургентному порядку на придатках матки, є: раніше перенесений запальний процес внутрішніх статевих органів, ранній початок статевого життя, перенесені операції на органах малого таза та черевної порожнини, артіфіційні та мимовільні аборти.

У жінок з безплідністю після органозберігальних операцій на придатках матки виявлено погіршення показників овариального резерву яєчників, який значною мірою залежить від плановості хірургічного лікування і супутнього обсягу оперативного втручання.

Хірургічні втручання на придатках матки у жінок з безплідністю чинять виражений стресорний вплив на стан цілісного організму, що свідчить про необхідність проведення у ранній післяопераційний період реабілітаційних заходів, спрямованих на підвищення природної резистентності макроорганізму.

### Causes and consequences of surgical treatment on uterine appendages in women with infertility A.E. Dubchak, O.V. Milevskiy, N.M. Obeid

**The objective:** to determine the causes and consequences of surgical treatment of uterine appendages in women with infertility.

**Materials and methods.** 120 women of reproductive age with a tubal peritoneal factor of infertility and benign ovarian formations, an ectopic pregnancy, who underwent organ-preserving surgical intervention on the uterine appendages in urgent and planned order were examined.

**Results.** Based on the results of the survey, 76 (63.7%) women in the main group (group 1) underwent surgical treatment in a planned manner, 44 (36.7%) in the main group (group 2), surgical treatment was performed in urgent order.

The causes of surgical intervention of women with infertility on the uterine appendages in urgent order were ovarian apoplexy, an abnormal ectopic pregnancy, in a planned order – benign ovarian formations, ovarian apoplexy, undisturbed tubal pregnancy.

**Conclusion.** The worsening of the parameters of the ovarian reserve of ovaries, which largely depends on the planned surgical treatment and the concomitant volume of surgical intervention, and the psychological disadaptation of the majority of the examined patients, the surgical treatment of which was carried out in urgent order.

**Key words:** infertility, operations on the appendages of the uterus, ovarian reserve.

## Сведения об авторах

Дубчак Алла Ефремовна – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 383-40-33. E-mail: besplodiepag@gmail.com

Милевский Александр Валериевич – ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8

Обейд Наталия Николаевна – КУ «Центральная городская больница № 1», 10000, г. Житомир, ул. Большая Бердичевская, 70

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Паращук Ю.С. Безплідність у шлюбі: навч. посібник / Ю.С. Паращук, О.І. Каліновська, М.Г. Грищенко, В.Ю. Паращук. – Харків: ХНМУ, 2014. – 124 с.
- Сабаничева Д.Х. Клинико-статистический анализ отдаленных результатов и качество жизни женщин после функционально-щадящих гинекологических операций: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, 2014. – 18 с.
- Дубчак А.Е. Сучасні тенденції формування репродуктивного потенціалу в дівчат-підлітків (огляд літератури) / Дубчак А.Е., Нижник-Шкіряк З.А. // Здоровье женщины. – 2012. – № 4 (70). – С. 41–43.
- Исаева Л.В. Метаболические нарушения и репродуктивное здоровье женщин / Л.В. Исаева, Е.Е. Урвачева, Л.Н. Богатырева, Ю.В. Минец // Вестн. Волго-гр. гос. мед. ун-та. – 2007. – № 4. – С. 8–10.
- Додонов А.Н. Улучшение качества оказания медицинской помощи женщинам при хирургическом лечении миомы матки / А.Н. Додонов, В.Б. Трубин, Т.Е. Трубина [и др.] // Материалы IV Съезда акушеров-гинекологов России. – М., 2008. – С. 35–36.
- Kupermann M., Sexual Functioning after compared with supracervical hysterectomy: a randomized trial / M. Kupermann, R.J. Summitt, R.E. Varner [et al.] // Obstet. Gynecol. – 2005, Jun. – № 105(6). – P. 1309–1318.
- Lavrie T.A., Medical and surgical interventions for the treatment of usual-type vulval intraepithelial neoplasia / Lavrie T.A., Nordin A, et al. // Cochrane Database Syst Rev. – 2016. -Is1. CD011837.
- Li S.Z., Liu B., Wen Z.Q. The impact of electrocoagulation on ovarian reserve after laparoscopic excision of ovarian cysts: a prospective clinical study of 191 patients // Fertil Steril. – 2009. – № 92 (4). – P. 1428–1435.
- Liu J.H., Zanotti K.M. Management of the adnexal mass // Obstet Gynaecol. – 2011. – № 117 (6). – P. 1413–1428.
- Гасимова У.Р. Состояние овариального резерва у женщин репродуктивного возраста, перенёсших органосохраняющие операции на органах малого таза: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2014. – 25 с.

Статья поступила в редакцию 19.02.2018