

УДК 618.13-089-058.003.1

ДУБЧАК А.Є.^{1,2}, МІЛЄВСЬКИЙ О.В.¹, ОБЕЙД Н.М.³

¹ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М.Лук'янової НАМН України»,

²НМАПО ім. П.Л.Шупика,

³КУ ЦМЛ №1,

м.Житомир

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ЖІНОК З БЕЗПЛІДНІСТЮ, ЯКИМ ПРОВЕДЕНО ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НА ПРИДАТКАХ МАТКИ

Мета роботи: вивчити особливості стану репродуктивного здоров'я у жінок з безплідністю, яким було проведено органозберігаюче хірургічне лікування на придатках матки.

Матеріал і методи дослідження. Обстежено 120 жінок репродуктивного віку з трубно-перитонеальним фактором безплідності та доброякісними утвореннями яєчників, позаматковою вагітністю, яким проведено органозберігаюче оперативне втручання на придатках матки. 76 (63,7%) обстеженим основної групи (I група) хірургічне лікування було проведено в плановому порядку, 44 (36,7%) пацієнткам основної групи (II група) хірургічне лікування було проведено в ургентному порядку. У обстежених жінок оцінювався психоемоційний статус, вивчалась менструальна та сексуальна функція.

Результати дослідження та їх обговорення. У жінок, яким було проведено хірургічне лікування в ургентному порядку на придатках матки, провідною причиною безплідності явились раніше перенесений запальний процес внутрішніх статевих органів, ранній початок статевого життя, перенесені операції на органах малого тазу та черевної порожнини. Серед порушень менструальної функції майже в 2 рази частіше виявляли АМК та альгодисменорею у жінок 2 групи, у жінок, які були нами прооперовані в плановому порядку, провідною причиною безплідності явились ранній початок статевого життя та перенесений запальний процес внутрішніх статевих органів. У жінок, які були прооперовані в ургентному порядку - раніше перенесений запальний процес внутрішніх статевих органів, артритфіційні та мимовільні аборти, перенесені операції на органах малого тазу та черевної порожнини. Дисгармонію статевих стосунків частіше відмічали жінки з безплідністю, яким було проведено хірургічне лікування в ургентному порядку. Більшість обстежених 2 групи відмічали тривожність, порушення сну, зниження настрою, плаксивість. Виявлено зниження сумарного рівня показників психічного стану у 26 (59,1%) жінок 2 групи та у 24 (31,6%) пацієнток 1 групи, що відповідає несприятливим показникам стану та свідчить про зниження самооцінки у жінок, яким було проведено хірургічне лікування за всіма трьома показниками, (самопочуття, активність, настрій)

Висновки. У жінок з безплідністю, яким було проведено органозберігаюче хірургічне лікування на придатках матки виявлено порушення репродуктивного здоров'я, яке проявлялось змінами менструальної функції, сексуального здоров'я та психоемоційного стану.

Ключові слова: безплідність, репродуктивне здоров'я, хірургічне лікування, придатки матки.

У сучасних соціально-економічних умовах однією з найбільш важливих медико-соціальних та клініко-організаційних проблем залишається стан репродуктивного здоров'я жінок. [1-3]. З кожним роком зростає кількість гінекологічних захворювань і питома вага жінок, які потребу-

ють оперативного гінекологічного лікування, що визначає необхідність розробки і обґрунтування критеріїв і показань до госпіталізації, хірургічного лікування, вибору найбільш оптимальних, ефективних і функціонально безпечних методів оперативного лікування жінок [1-7].

Хірургічні втручання на органах малого таза грають значну роль в зменшенні оваріального резерва, зокрема. операції з приводу кіст і кістаденом яєчників, синдрому полікістозних яєчників (резекція, кістектомія одного з яєчників). Перераховані втручання не тільки знижують фертильність, а й наближають настання менопаузи. Операції з видалення змінених маткових труб також впливають на оваріальну функцію; ймовірно, це пов'язано з порушенням кровопостачання тазових органів. До того ж апендектомія, пластика маткових труб, сальпінгооваріолізіс сприяють до утворення спайкового процесу в малому тазу [5-8]

За сукупністю багатьох факторів (психоемоційне напруження, доступ і розмір операційної рани, характер операції, крововтрата, тривалість втручання і наркозу, медикаментозні засоби, продукти пошкоджених і некротизованих тканин та інші) хірургічні втручання мають виражений стресорний вплив на стан цілісного макроорганізму [9-11].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ: вивчити особливості стану репродуктивного здоров'я у жінок з безплідністю, яким було проведено органозберігаюче хірургічне лікування на придатках матки.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

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 по 2016 роки обстежено 120 жінок репродуктивного віку з безплідністю та доброякісними утвореннями яєчників, позаматковою вагітністю, яким проведено органозберігаюче оперативне втручання на придатках матки, (основна група).

76 (63,7%) обстеженим основної групи (І група) хірургічне лікування було проведено в плановому порядку, 44 (36,7%) пацієнткам основної групи (ІІ група) хірургічне лікування було проведено в ургентному порядку. Обсяг хірургічного лікування пацієн-

ток вирішувався індивідуально в 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, позаматкова вагітність. У 57 (47,5%) жінок основної групи оперативне втручання проводилось одночасно на яєчниках та маткових трубах. В залежності від доступу – лапароскопія з використанням монополярної або біполярної електрохірургії була проведена у 54 (71,1%) жінок 1 та у 24 (54,5%) жінок 2 групи, а лапаротомія – у 22 (28,9%) пацієнток 1 та у 20 (45,5%) жінок 2 групи. Всі операції на придатках матки, які зроблені шляхом лапаротомії проводилися за Пфанненштилем. Контрольну групу склали 20 пацієнток з реалізованою репродуктивною функцією без наявності безплідності (3 група). 20 жінок репродуктивного віку з безплідністю без оперативного втручання склали групу порівняння (4 група).

У обстежених жінок збирався психологічний анамнез, оцінювався психологічний статус, для цього використовувався метод психологічного інтерв'ю. За допомогою анкетування визначалась мотиваційна направленість. Оцінка особистісної тривожності та ступеня реактивності проводилась з використанням тесту Спілбергера-Ханіна, критеріями високих показників була сума більше 46 балів, середніх – від 31 до 45, низьких – від 0 до 30 балів [17]. Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна використана з метою оцінки тривожності як властивості особистості і як стану в певний момент в минулому, теперішньому та майбутньому. Оцінка психоемоційного стану хворих проводилась до і після оперативного лікування. Характер самооцінки жінок вивчався за методикою САН (самопочуття, активність, настрої). За методикою обрахунку вважається середній бал для даної шкали 4, оцінка вище свідчить про сприятливий стан, нижчі – навпаки) Задовільна оцінка стану реакції коливається в межах 5,0-5,5. Оцінка психоемоційного стану хворих проводилась до і після оперативного лікування. За допомогою анкети оцінювали сексуальні порушення.

Для опрацювання статистичного матеріалу використовувався пакет для статистичної обробки даних STATISTICA. Для встановлення достовірності різниці в розподіленні якісних показників вираховувався критерій згоди χ^2 . Для кількісних ознак Достовірність групових відмінностей показників оцінювалась на основі t-критерію Ст'юдента $<0,05$. Для ознак, що мають розподілення, відмінне від нормального, застосовувались непараметричні методи (критерії Манна-Уїтні, Колмогорова-Смирнова)

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

Всі обстежені жінки були репродуктивного віку, середній вік – $29,5 \pm 1,3$ роки, статистичної різниці за віком між групами немає. Більшість обстежених була у віці 26-35 років (в 1 групі – 77,7%; в 2 – 75,0%, у 3 – 80,0%, у 4 – 75,0%). Аналіз соціального стану свідчить, що серед обстежених жінок переважали службовці 73 (60,8%). Середній вік менархе у пацієнок склав $13,7 \pm 0,4$ роки. Серед порушень менструальної функції майже в 2 рази частіше виявляли АМК у жінок 2 групи (25,0% та 11,4% відповідно), а альгодисменорею відзна-

чали 13 (17,1%) жінок 1 групи та 12 (27,3%) хворих 2 групи, ($p < 0,05$).

Майже половина жінок 1, 2 та 4 групи не вагітніли протягом 6-10 років. Хворі з тривалістю неплідності від 2 до 5 років склали дещо менший відсоток. Частота первинної та вторинної безплідності суттєво не відрізнялась у обстежених жінок ($p > 0,05$). Більшість обстежених першої групи причиною неплідності вказували на ранній початок статевого життя, другої та четвертої групи – на перенесені запальні процеси та операції на внутрішніх статевих органах (табл.1).

Із анамнезу встановлено, що у 7 (9,2%) обстежених першої групи була позаматкова вагітність, причому, у 1 (1,3%) із них – двічі, у обстежених 2 групи – 8 (18,2%) випадків, у 2 (4,5%) – двічі. Завмерла вагітність в малому терміні була у 2 (2,6%) пацієнок першої групи, двічі – у 1 (1,3%) із них; у 5 (11,3%) – другої групи, двічі – у 2 (4,5%) жінок. Мимовільні аборти в малому терміні були у 4 (5,3%) жінок 1 групи, двічі – у 1 (1,3%) обстежених, у 5 (11,4%) жінок 2 групи, двічі – у 1 (1,3%) обстежених 2 групи. У 9 (11,8%) пацієнок 1 та у 19 (27,2%) 2 групи було поєднання кількох причин безплідності.

Таблиця 1

Причини неплідності у обстежених жінок за анамнезом, абс.ч.(%)

Причина неплідності	Група обстежених		
	1 група, n=76	2 група, n=44	4 група, n=20
Ранній початок статевого життя	25 (32,9)*	12 (27,3)	5 (25,0)
Перенесений запальний процес внутрішніх статевих органів	19 (25,0)*	21 (47,7)	9 (45,0)
Переохолодження	1 (1,3) ^Δ	1 (2,3)	1 (5,0)
Аборт (артифіційний, мимовільний)	10 (13,2)*. ^Δ	13 (29,5)	6 (30,0)
ВМК	-	1 (2,3)	-
Пологи	4 (5,3)*. ^Δ	6 (13,6) ^Δ	4 (20,0)
Операції на органах малого тазу та черевної порожнини	12 (15,8)*	12 (27,3) ^Δ	3 (15,0)
Позаматкова вагітність	8 (10,5)*. ^Δ	7 (15,9) ^Δ	1 (5,0)
Поєднання причин	9 (11,8)*. ^Δ	12 (27,2)	6 (30,0)
Нез'ясована	1 (1,3) ^Δ	1 (2,3) ^Δ	1 (5,0)

Примітки: 1. * - різниця вірогідна відносно 2 групи ($p < 0,05$);

2. ^Δ - різниця вірогідна відносно 4 групи ($p < 0,05$)

Таким чином, у жінок, які були нами прооперовані в плановому порядку, провідною причиною безплідності явилися ранній початок статевого життя та перенесений запальний процес внутрішніх статевих органів. У жінок, які були прооперовані в ургентному порядку - раніше перенесений запальний процес внутрішніх статевих органів, артритфіційні та мимовільні аборти, перенесені операції на органах малого тазу та

черевної порожнини.

Більшість пацієнток основної групи мали обтяжену спадковість (35,0%), сімейну онкологічну патологію (18,3%), різні форми сімейних ендокринопатій переважно аутоімунного генезу (20,8%). Запальні захворювання органів малого тазу раніше перенесли майже всі обстежені жінки з безплідністю (табл.2).

Таблиця 2

Перенесені запальні захворювання обстежених жінок, абс.ч.(%)

Запальні захворювання статевих органів	Обстежені жінки			
	1 група (n=76)	2 група (n=44)	3 група (n=20)	4 група (n=20)
Бактеріальний вагіноз	34 (44,7)*^	26 (59,1)^#	1 (5,0)#	7 (35,0)
Кандидозний вагініт	47 (61,8)*^#	32 (72,7)^#	4 (20,0)#	9 (45,0)
Бактеріальний вагініт	54 (71,1)*^	38 (86,4)^#	3 (15,0)#	13 (65,0)
Запальні захворювання органів малого тазу:	58(76,3)*^#	43 (97,7)^#	2 (10,0)#	12 (60,0)
• сальпінгофорит	56(73,7)*^#	43 (97,7)^#	2 (10,0)#	11 (55,0)
• метроендометрит	3 (3,9)*^#	4 (9,1)	-	2 (10,0)
• запальні захворювання шийки матки	29(38,2)*^#	35 (79,5)^#	3 (15,0)	5 (25,0)
Нормоценоз	-	-	13 (65,0)	6 (30,0)

Примітки: 1. * - різниця достовірна відносно показників 2 групи ($p < 0,05$);

2. ^ - різниця достовірна відносно показників 3 групи ($p < 0,05$);

3. # - різниця достовірна відносно показників 4 групи ($p < 0,05$).

Частіше запальні захворювання статевих органів зустрічались у жінок з безплідністю, яким хірургічне лікування було проведено в ургентному порядку, ніж у жінок 1 групи ($p < 0,05$), особливо запальні захворювання шийки матки – майже вдвічі частіше, ніж у 1 групі та втричі, - ніж в 4 групі порівняння (див. табл.2).

Причиною запальних процесів, згідно даним анамнезу, у обстежених жінок явилися: *Ureaplasma urealyticum* (28 (36,8%) в 1 групі та 23 (52,3%) в 2 групі, 5 (25,0%) в 4 групі), ($p < 0,05$); *Mycoplasma genitalium* (15 (19,7%), в 1 групі, 14 (31,8%) в 2 групі, 4 (20,0%) в 4 групі; *Chlamydia trachomatis* (13 (17,1%) в 1 групі, 11 (25,0%) в 2 групі, 3 (15,0%) в 4 групі). Причому, поєднання інфекцій, що передаються статевим шляхом із герпетичною інфекцією (вірусом простого герпесу I та II типу, цитоме-

галавірусом) було у 41 (53,9%) обстежених I групи, у 37 (84,1%) – пацієнток 2 групи та у 9 (45,0%) жінок 4 групи, ($p < 0,05$). З приводу гонореї лікувалось 4 (5,3%) обстежених I групи 6 (13,6%) жінок 2 групи, 1 (5,0%) пацієнток 4 групи; трихомоніазу – 8 (10,5%) пацієнток I групи, 5 (11,4%) – другої групи, 2 (10,0%) – 4 групи. Аналізуючи отримані дані, ми виявили, що у жінок, які оперувались в ургентному порядку частіше (у 86,4% випадків) виявлялись асоціації умовно-патогенних мікроорганізмів, в 1 групі – у 51,3%, в 2 – у 15,0%, в 4 – у 45% обстежених.

Доброякісні утворення яєчників, апоплексія яєчників, позаматкова вагітність на фоні трубно - перитонеального безпліддя були причинами звернення пацієнток. При аналізі супутніх гінекологічних захворювань були виявлені види патології репродуктивної сфери,

які найбільш часто зустрічалися. Оперативні втручання з приводу супутніх гінекологічних захворювань в анамнезі були виконані у 20 (16,7%) пацієток 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 ендометриу, у 10 (8,3%) гістероскопія з видаленням поліпа ендометрія, у 8 (6,7%) видалення поліпа цервікального каналу і у 1 (0,8%) – видалення кісти бартолінієвої залози.

Під час лапароскопії, проведеної з приводу апоплексії яєчника та позаматкової вагітності у 21 пацієтки основної групи з безплідністю вдалося не тільки зупинити кровотечу з яєчника та зробити пластику маткової труби, але й встановити можливу причину безплідності (генітальний ендометріоз, спайкову хворобу органів малого тазу) та провести їх хірургічне лікування.

Дисгармонію статевих стосунків частіше відмічали жінки з безплідністю, яким було проведено хірургічне лікування в ургентному порядку. Сексуальні порушення, які проявлялися зниженням або відсутністю лібідо виявлено у 50,0% жінок з безплідністю, яким проведено планове хірургічне лікування та у 63,6% пацієток, яким хірургічне лікування проведено в ургентному порядку. Зниження лібідо більшість жінок зв'язували із статевою слабкістю чоловіка (22,5% першої групи та 15,0% – другої). Якщо які-небудь порушення

зустрічаються у одного партнера, то в тій або іншій мірі страждає і інший [12]. Якщо від порушень не вдається позбутися, то вони призводять до конфліктних ситуацій, що відмічено у 13 (17,1%) жінок першої групи, у 10 (22,7%) – другої групи та у 3 (15,0%) третьої групи. Ці розлади статевої функції можна віднести до порушень статевої активності, які можуть впливати на неплідність.

При вивченні психоемоційного стану до операції у більшості обстежених жінок 1 групи серед скарг частіше зустрічались тривожність, порушення сну, зниження настрою, плаксивість, зниження життєвого тону, психоемоційні розлади, подразливість, зниження апетиту, що характерно для стану психологічної дезадаптації. Більшість обстежених 2 групи відмічали тривожність, порушення сну, зниження настрою, плаксивість. У 71,1% (54/76 пацієток) жінок 1 групи відзначався переважно помірний ступінь реактивної тривожності до операції ($44,2 \pm 1,6$ балу), у 2 групі жінок відмічено збільшення числа хворих (86,4%) з високим ступенем тривожності ($63,1 \pm 2,7$ балу). Виявлено зниження сумарного рівня показників психічного стану у 26 (59,1%) жінок 2 групи та у 24 (31,6%) пацієток 1 групи, обстежених за методикою САН, що відповідає несприятливим показникам стану та свідчить про зниження самооцінки у жінок, яким було проведено хірургічне лікування за всіма трьома показниками (самопочуття, активність, настрій) (рис.1).

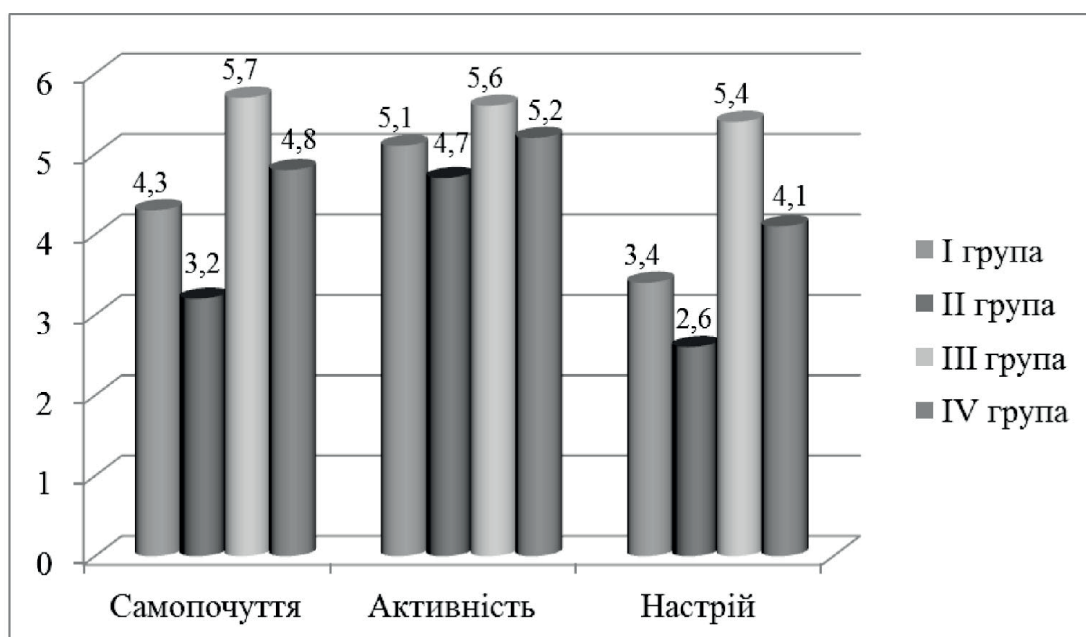


Рисунок 1 Оцінка психічного стану обстежених пацієток за методикою САН

Такі зміни можуть бути обумовлені тривалістю та методом лікування безплідності, обтяженим анамнезом, типом відношення до хірургічного лікування.

ВИСНОВКИ

У жінок з безплідністю, яким було проведено органозберігаюче хірургічне лікування на придатках матки виявлено порушення репродуктивного здоров'я, яке проявлялось змінами менструальної функції, сексуального здоров'я та психоемоційного стану.

У жінок, яким було проведено хірургічне лікування в ургентному порядку на придатках матки, провідною причиною безплідності явились раніше перенесений запальний процес внутрішніх статевих органів, перенесені операції на органах малого тазу та черевної порожнини та артифіційні і мимовільні аборти.

Дисгармонію статевих стосунків частіше відмічали жінки з безплідністю, яким було проведено хірургічне лікування в ургентному порядку. Сексуальні порушення, які проявлялися зниженням або відсутністю лібідо виявлено у 50,0% жінок з безплідністю, яким проведено планове хірургічне лікування та у 63,6% пацієнток, яким хірургічне лікування проведено в ургентному порядку.

У пацієнток з безплідністю, яким проводилось хірургічне лікування на придатках матки, в доопераційному періоді виявлена депресивність та невротичні зміни, які тісно пов'язані з хірургічним лікуванням, супроводжувались порушенням сну, сексуальними розладами, подразливістю, що призводить до формування крайніх варіантів норми (невротичної тріади) і підвищення емоційної напруги.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Паращук Ю.С. Безплідність у шлюбі: навч. посібник / Ю.С.Паращук, О.І.Каліновська, М.Г.Грищенко, В.Ю.Паращук.-Харків:ХНМУ.-2014.-124с.
2. Сабаничева Д. Х. Клинико-статистический анализ отдаленных результатов и качество жизни женщин после функционально-щадящих гинекологических операций. Автореф. дис...к.м.н., 2014, 18с.
3. Дубчак А.Є. Сучасні тенденції формування репродуктивного потенціалу в дівчат-підлітків (огляд літератури) /Дубчак А.Є., Нижник-Шкіряк З.А /Здоровье женщины, 2012, №4(70).-С.41-43
4. 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.
5. 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. –№ 105(6). – P. 1309–1318.
6. 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. P.164-193.
7. Гасимова У.Р. Состояние овариального резерва у женщин репродуктивного возраста, перенесших органосохраняющие операции на органах малого таза: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2014. 25с.
8. Овариальный резерв и фертильность: сложности XXI века. Рациональный подход к сохранению репродуктивного резерва как залог фертильности и осознанного деторождения. Информационное письмо / Под ред. В.Е. Радзинского. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2015. — 24 с.
9. Шанин В.Ю. Патофизиология критических состояний / Шанин В.Ю. // СІПб, 2003.-436 с.
10. Joseph, E. Frustrated demand for postpartum female sterilization in Brasil / Joseph E. Potter and others. // *Contraception.* - 2003. - Vol. 67/ №5. — P. 385-390.
11. Дубчак А.Є. Вплив хронічного тазового болю на психоемоційний стан у жінок з безплідністю /А.Є.Дубчак, О.В.Мілевський, І.О.Мандзій // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. Наук.-практ.ж.,2012.-№1(9).-С.91-93
12. Горпинченко И.И. Бесплодный брак в Украине. Новые реальности. Горпинченко И.И., Никитин О.Д. / *Здоровье мужчин*,-2010, №3.- с.184-190.

РЕЗЮМЕ

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, КОТОРЫМ БЫЛО ПРОВЕДЕНО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НА ПРИДАТКАХ МАТКИ

ДУБЧАК А.Е., МИЛЕВСКИЙ А.В., ОБЕЙД Н.Н.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ: изучить особенности состояния репродуктивного здоровья у женщин с бесплодием, которым было проведено органосохраняющее хирургическое лечение на придатках матки.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

Обследовано 120 женщин репродуктивного возраста с трубно-перитонеальным фактором бесплодия и доброкачественными образованиями яичников, внематочной беременностью, которым проведено органосохраняющее оперативное вмешательство на придатках матки. 76 (63,7%) обследованным основной группы (I группа) хирургическое лечение было проведено в плановом порядке, 44 (36,7%) пациенткам основной группы (II группа) хирургическое лечение было проведено в ургентном порядке. В обследованных женщин оценивалось психоэмоциональное состояние, изучалась менструальная и сексуальная функция.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. У женщин, которым было проведено хирургическое лечение в ургентном порядке на придатках матки, ведущей причиной бесплодия был ранее перенесенный воспалительный процесс внутренних половых органов, раннее начало половой жизни, перенесенные операции на органах малого таза и брюшной полости. Среди нарушений менструальной функции почти в 2 раза чаще встречались аномальные маточные кровотечения и альгодисменорея у женщин 2 группы. У женщин, которые были нами прооперированы в плановом порядке, ведущей причиной бесплодия явились раннее начало половой жизни и перенесенный воспалительный процесс внутренних половых органов. У женщин, которые были прооперированы в ургентном порядке - ранее перенесенный воспалительный процесс внутренних половых органов, искусственные и самопроизвольные аборты, перенесенные операции на органах малого таза и брюшной полости. Дисгармонию половых отношений чаще отмечали женщины с бесплодием, которым было проведено хирургическое лечение в ургентном порядке. Большинство обследованных 2 группы отмечали тревожность, нарушения сна, снижение настроения, плаксивость. Выявлено снижение суммарного уровня показателей психического состояния у 26 (59,1%) женщин 2 группы и у 24 (31,6%) пациенток 1 группы, что соответствует неблагоприятным показателям состояния и свидетельствует о снижении самооценки у женщин, которым было проведено хирургическое лечение по всем трем показателям, (самочувствие, активность, настроение)

ВЫВОДЫ. У женщин с бесплодием, которым было проведено органосохраняющее хирургическое лечение на придатках матки выявлены нарушения репродуктивного здоровья, которое проявлялось изменениями менструальной функции, сексуально-го здоровья и психоэмоционального состояния.

Ключевые слова: бесплодие, репродуктивное здоровье, хирургическое лечение, придатки матки.

SUMMARY

REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN WITH INFERTILITY, WHICH SURGICAL TREATMENT ON UTERINE APPLICATIONS HAS BEEN CONDUCTED

DUBCHAK AE, MILEVSKY AV, OBEYD NN

PURPOSE OF WORK: to study the peculiarities of reproductive health in women with infertility, who underwent organ-preserving surgical treatment on the uterine appendages.

MATERIAL AND METHODS OF RESEARCH. 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, were examined. 76 (63.7%) of the examined main group (group I), surgical treatment was performed in a planned manner, 44 (36.7%) patients in the main group (II group), surgical treatment was carried out in urgent order. In the examined women, the psychoemotional condition was evaluated, the menstrual and sexual function was studied.

RESULTS OF THE RESEARCH AND THEIR DISCUSSION. In women who underwent surgical treatment in urgent order on the appendages of the uterus, the leading cause of infertility was the previously transferred inflammatory process of the internal genitalia, early onset of sexual activity, and surgery on the pelvic organs and abdominal cavity. Among violations of menstrual function, abnormal uterine bleeding and algodismenorea in women of the 2nd group were almost 2 times more frequent. In women who were operated on us in a planned manner, the leading cause of infertility was the early onset of sexual activity and the transient inflammatory process of the internal genitalia. In women who have undergone surgery in urgent order - previously suffered inflammatory process of internal genital organs, artificially and spontaneous abortions, surgery on the pelvic organs and abdominal cavity. Disharmony of sexual relations was more often noted by women with infertility, who underwent surgical treatment in urgent order. The majority of the examined 2 groups noted anxiety, sleep disturbances, mood reduction, tearfulness. The decrease in the total level of the mental state in 26 (59.1%) women of the 2nd group and in 24 (31.6%) of the patients of the 1st group was found, which corresponds to the unfavorable status indicators and indicates a decrease in self-esteem in women who underwent surgical treatment for all three indicators, (well-being, activity, mood)

CONCLUSIONS. Women with infertility who underwent organ-preserving surgical treatment on the uterine appendages identified reproductive health disorders, which manifested itself in changes in menstrual function, sexual health, and psychoemotional state.

Key words: infertility, reproductive health, surgical treatment, appendages of the uterus.