

СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

Мирзахмедова Ширинхон Ботировна

Клиника «Siz Ona Bolasiz» 000 “IVF TASH”

Актуальность. Среди гинекологических заболеваний, подлежащих оперативному лечению с сохранением, по крайней мере, части функционирующего органа, особое место занимают доброкачественные образования матки (миома матки), яичников, их сочетание, а также заболевания маточных труб, в частности внематочная беременность [1,3]. Немало работ как отечественных, так и зарубежных исследователей посвящено влиянию как радикальных, так и органосохраняющих операций на органах малого таза на состояние овариального резерва. Овариальный резерв – это функциональный резерв яичника, который определяет способность последнего к развитию здорового фолликула с полноценной яйцеклеткой и адекватному ответу на овариальную стимуляцию [2].

Овариальный резерв отражает количество находящихся в яичниках фолликулов (примордиальный пул и растущие фолликулы) и зависит от физиологических и патофизиологических факторов. Понятие овариального резерва стоит отличать от фолликулярного запаса, который включает в себя число фолликулов и не отражает их функционального состояния [1,4]. Хорошо известно, что у женщин, проходящих лечение по поводу бесплодия, часто в анамнезе имеют место перенесенные оперативные вмешательства. Оперативные вмешательства наиболее часто предпринимают с целью попытки восстановления проходимости маточных труб, разделения спаек, удаления очагов эндометриоза. Однако важно помнить, что оперативные вмешательства могут и сами являться причиной бесплодия вследствие развития спаечного процесса в малом тазу.

Цель исследования. Оценка овариального резерва после оперативных вмешательств на органах малого таза.

Материалы исследования. На первом этапе оценивалось состояние ОР до операции. Всем 136 пациенткам было выполнено оперативное лечение в объеме лапароскопии, резекции яичников, гистероскопии, диагностического выскабливания эндометрия. Во время лапароскопии вылущивание капсулы ЭКЯ выполнялось с максимальным сохранением здоровой ткани яичников и фолликулов с использованием атравматичных зажимов. Капсулу кисты вылущивали постепенно путем переменных противотракций. С целью минимализации коагуляционной травмы ткани яичника биполярная электрокоагуляция начиналась с более низкой мощности (35 Ватт). Ключевым моментом гемостаза являлось очень короткое время экспозиции биполярной энергии, обильное орошение и охлаждение ткани яичника физиологическим раствором. Интраоперационная кровопотеря была минимальной во всех случаях, дополнительного гемостаза не потребовалось. Послеоперационный период протекал гладко, осложнений не было. Все пациентки были выписаны домой на 4 – 7 суток после операции в удовлетворительном состоянии под наблюдение врача женской консультации по месту жительства.

На втором этапе исследования в обеих группах пациентов проводилось изучение состояния овариального резерва через 3, 10 и 6 месяцев оперативного лечения. С целью выяснения причин

снижения ОР в послеоперационном периоде I группа женщин была разделена на две подгруппы на основании состояния ОР. Через 3 месяца после операции Ia- подгруппу составили 17 пациенток с низким ОР, Ib подгруппу - 70 пациенток с нормальным ОР. Через 6 месяцев после операции Ic подгруппу составили 18 пациенток с низким ОР, Id подгруппу - 69 пациенток с нормальным ОР.

Результаты исследования. До операции была проведена оценка состояния ОР в обеих группах на основании уровней АМГ, ФСГ, количества антральных фолликулов по данным УЗИ. Средний возраст пациенток составил $30,53 \pm 3,86$ лет. Достоверно чаще пациентки старше 31 года были во II группе, $p = 0,0011$. Основными жалобами, предъявляемыми пациентками обеих групп были болевой синдром и бесплодие.

До момента обнаружения ЭКЯ болевой синдром в I группе существовал в среднем $18,49 \pm 14,05$ месяцев, во II группе $31,66 \pm 26,70$ месяцев, $p = 0,006$. Первичное бесплодие встречалось в I группе у 25 (28,7%), во II группе у 19 женщин (38,8%), $p = 0,230$. Вторичным бесплодием страдали 4 женщины (4,6%) в I группе и 3 (6,1%) во II группе, $p = 0,862$. Длительность бесплодия была значительно больше во II группе, по сравнению с I группой пациенток ($5,18 \pm 3,11$ и $2,97 \pm 2,47$ лет соответственно), $p = 0,009$.

Гинекологические заболевания в анамнезе выявлены у 114 пациенток из 136 (83,8%).

Операции на яичниках в анамнезе перенесли 28 женщин (20,6%) из 136 - 9 (10,3%) из I группы и 19 (38,8%) из II группы ($p = 0,00014$), что статистически достоверно явилось риском снижения ОР. Интраоперационно односторонние ЭКЯ выявлены у 95 (69,9%) женщин, двусторонние ЭКЯ - у 41 (30,1%) из 136. При этом двусторонние ЭКЯ отмечены у 20 женщин (23%) I группы и у 21 женщины (42,9%) II группы соответственно, $p = 0,016$.

Общий размер кисты составил $7,87 \pm 4,70$ см во II группе по сравнению с $6,01 \pm 4,17$ см в I группе, $p = 0,0227$. ЭКЯ диаметром более 4 см были выявлены у 81 женщины из 136 (59,6%), менее 4 см – у 55 женщин из 136 (40,4%). ЭКЯ больших размеров преобладали в группе женщин с исходно низким ОР, $p = 0,005$.

В I группе 3 – 4 стадия распространения эндометриоза выявлена у 29 женщин (33,3%), во II группы - у 33 пациенток (67,3%), $p = 0,00016$.

В I группе через 3 месяца после хирургического лечения 17 женщин (19,5%) имели низкий ОР ($АМГ < 1,0$ нг/мл), у 70 пациентов (80,5%) сохранился нормальный ОР. Через 6 месяцев после операции низкий ОР в I группе был у 18 женщин (20,7%), нормальный овариальный резерв - у 69 пациенток (79,3%). Нами был произведен сравнительный анализ уровня АМГ и ФСГ в подгруппах Ia и Ib через три месяца после операции, а также оценка состояния яичников по данным УЗИ.

Выводы. Таким образом, низкий овариальный резерв до операции был ассоциирован с возрастом пациенток старше 30 лет, наличием в анамнезе операций на яичниках (в том числе по поводу ЭКЯ), рецидивом ЭКЯ, стадией распространения процесса (3–4ст), двусторонним поражением ЭКЯ и большим размером кисты (более 6см). После операции уровень АМГ снижался по сравнению с исходным у всех 136 женщин.

В послеоперационном периоде при УЗИ было отмечено снижение объема яичников и количества антральных фолликулов как в I, так и во II группе пациенток.

Литература:

1. Давыдов А.И., Мусаев Р.Д. Оценка овариального резерва после эндохирургических вмешательств на яичниках с использованием высоких энергий // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. - № 10(3). – С. 56-63.
2. Е.С. Филиппова, И.Ф. Козаченко, Л.В. Адамян, В.О. Дементьева Влияние хирургического лечения эндометриoidных кист яичников на состояние овариального резерва у женщин репродуктивного возраста // Проблемы репродукции. - 2018.- № 4.- С.71-80.
3. Мусаев РД, Чабан ОВ, Давыдов АИ. Функциональное состояние яичников после различных методов хирургического вмешательства у больных с эндометриoidными кистами // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. - № 10(5). – С. 5
4. Оценка экспрессии микроРНК в очагах ретроцервикального эндометриоза / М.Ю. Бобров, И.С. Балашов, Е.С. Филиппова, И.К. Альмова, А.В. Тимофеева, В.А. Гусар, П.И. Боровиков, Е.Г. Хилькевич, В.Д. Чупрынин, С.В. Павлович // Акушерство и гинекология. -2018.№6. - С.55-62.