



УДК 618.14-002-08:615.849

DOI 10.54229/2226-2008-2021-5-4

І. З. Гладчук, О. Я. Назаренко, К. М. Шпрайдун

СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З АПОПЛЕКСІЄЮ ЯЄЧНИКА

Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, Україна,
Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, Одеса, Україна

УДК 618.14-002-08:615.849

DOI 10.54229/2226-2008-2021-5-4

І. З. Гладчук, О. Я. Назаренко, К. М. Шпрайдун

СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З АПОПЛЕКСІЄЮ ЯЄЧНИКА

Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, Україна,

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, Одеса, Україна

Вивчено надання медичної допомоги 888 жінкам з апоплексією яєчника з 2012 по 2020 рр. Залежно від об'єму гемоперитонеума пацієнтки були розділені на три групи: I група — 480 (54,0 %) пацієнток, у яких об'єм гемоперитонеума не перевищував 200 мл; II група — 283 (31,8 %) жінки із внутрішньочеревною кровотечею об'ємом від 200 до 500 мл; III група — 125 (14,1 %) пацієнток з об'ємом гемоперитонеума більше 500 мл. Група I складалася з жінок, яким проводили консервативне лікування апоплексії яєчника, і пацієнток, у яких головним лікувально-діагностичним заходом була лапароскопія. Аналіз даних трансвагінальної ехографії дає можливість з високим ступенем точності кількісно визначити об'єм інтраабдомінальної кровотечі. Лапароскопія є «золотим стандартом» у діагностиці та лікуванні апоплексії яєчника.

Ключові слова: апоплексія яєчника, гемоперитонеум, лапароскопія, трансвагінальна ехографія.

UDC 618.14-002-08:615.849

DOI 10.54229/2226-2008-2021-5-4

I. Z. Hladchuk, O. Ya. Nazarenko, K. M. Shpraidun

MODERN CONCEPT OF RENDERING AID TO WOMEN WITH OVARIAN APOPLEXY

Odesa National Medical University MH of Ukraine, Odesa, Ukraine,

Military Medical Clinical Center of the Southern Region, Odesa, Ukraine

The aim. Analysis of rendering the medical aid to women with apoplexy of the ovary, determination of the basic clinical, laboratory and ultrasonic criteria, which influence the choice of therapeutic management, the evaluation of the immediate and long-term results of treatment of ovarian hemorrhages.

Materials and methods. There was studied medical aid to 888 women with apoplexy of the ovary from 2012 to 2020. Depending on the volume of hemoperitoneum patients were divided into three groups: I group — 480 (54.0%) patients whose volume of hemoperitoneum did not exceed 200 ml; II group — 283 (31.8%) women with intraperitoneal hemorrhage with volume from 200 to 500 ml; III group — 125 (14.1%) patients with a volume of hemoperitoneum of more than 500 ml. The group I consisted of IC group — 270 (30.4%) women who were given conservative treatment of apoplexy of the ovary (AO), and IL group — 210 (23.6%) patients whose main diagnostic and treatment measure was laparoscopic intervention.

Results of the study. The average age of the patients was (28.3±5.2) years. The pelvic pain was the leading clinical symptom in all patients. According to the data of the transvaginal US made in the sagittal plane, a linear dependence was observed between the level of free liquid and the volume of hemoperitoneum ($r=0.63$, $p<0.05$). In 792 (89.2%) patients the diagnosis of apoplexy of the ovary and intraperitoneal hemorrhage was made to surgical intervention — on the basis of clinical picture and US data. In the remaining cases — 92 (10.4%) diagnostic laparoscopy was required for confirming the diagnosis. The average volume of hemoperitoneum discovered in patients with ovarian apoplexy, in absence of the adhesive process was (273.5±21.3) ml, whereas in patients with the expressed adhesive process of the small pelvis organs it was (141.4±35.5) ml. The cause of ovarian apoplexy was the corpus luteum or cyst of the corpus luteum in more than the half of the cases — 348 (56.3%).

Conclusions. The manifestation of the clinical symptoms in apoplexy of the ovaries depends on the volume of intraperitoneal hemorrhage. The data analysis of transvaginal echography allows to determine quantitatively, with a high degree of accuracy the volume of intraabdominal hemorrhage and the morphological state of the affected ovary. Laparoscopy is not only a “gold standard” in diagnosis and treatment of ovarian apoplexy, but also contributes to the prevention of ovarian hemorrhages in future.

Key words: ovarian apoplexy, hemoperitoneum, laparoscopy, transvaginal echography.



Вступ

У структурі гінекологічних захворювань особливе місце посідають патологічні стани, що потребують надання невідкладної медичної допомоги. Більше половини ургентних гінекологічних операцій виконується з приводу гострої гінекологічної патології, ускладненої внутрішньочеревною кровотечею [1, 2]. У роботі гінекологічного стаціонару апоплексія яєчника (АЯ) посідає друге місце серед причин внутрішньочеревних кровотеч, поступаючись лише порушеній ектопічній вагітності [3]. Уже протягом кількох десятиріч відеоендоскопічні технології є «золотим стандартом» діагностики і лікування практично всієї ургентної гінекологічної патології, у тому числі АЯ [2, 5, 6].

В окремих клінічних випадках раптовий патологічний розрив тканини яєчника не супроводжується об'ємним гемоперитонеумом, а кровотеча або не виходить за межі капсули яєчника, або виникає мінімальна інтраабдомінальна кровотеча. Пацієнтки з локалізованим внутрішньоаяєчковим крововиливом або незначною внутрішньочеревною кровотечею, що купірується, за наявності помірного больового синдрому потребують консервативного лікування [7, 8].

Метою нашої роботи став аналіз надання медичної допомоги жінкам з апоплексією яєчника, визначення основних клінічних, лабораторних і ультразвукових критеріїв, що вплинули на вибір лікувальної тактики, оцінка найближчих і віддалених результатів лікування яєчкових крововиливів.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети ми проаналізували

надання медичної допомоги 888 жінкам з АЯ, які зверталися по медичну допомогу до клініки гінекології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону м. Одеси за останні 8 років. Залежно від об'єму гемоперитонеума, виявленого інтраопераційно або встановленого неінвазивними методами обстеження, всі пацієнтки були розділені на три основні групи.

До I групи ввійшли 480 (54,0 %) пацієнток, у яких об'єм гемоперитонеума не перевищував 200 мл і вважався мінімальним; II група складалася з 283 (31,8 %) жінок із помірною внутрішньочеревною кровотечею об'ємом від 200 до 500 мл; III групу утворили 125 (14,1 %) пацієнток, у яких кількість крові в животі перевищувала 500 мл, таку кровотечу ми вважали значною. Головна група I складалася з ІК групи — 270 (30,4 %) жінок, у яких напад АЯ лікували медикаментозно, і ІЛ групи — 210 (23,6 %) пацієнток, у яких головним лікувально-діагностичним методом було лапароскопічне оперативне втручання.

Серед жінок, які підлягали консервативній терапії, 105 (38,8 %) пацієнток лікування одержували в амбулаторних умовах; 108 (40,0 %) пацієнток ІК групи після припинення яєчничкової кровотечі й отримання курсу медикаментозної терапії протягом терміну від 1 до 7 тиж. були з діагностичною і лікувальною метою лапароскопічно прооперовані в так званому холодному періоді. Цих пацієнток об'єднано в І«К»Л^а підгрупу. Пацієнтки ІК групи, у яких вдалося відстежити віддалені результати лікування, були об'єднані в ІК^в підгрупу.

При зверненні по медичну допомогу хворим виконували загальноклінічні, біохімічні до-

слідження крові, сечі, уротест на вагітність, бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження виділень з піхви і цервікального каналу. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини і малого таза проводили на апараті ALOKA-650 і SA-8000 SE, вагінальним датчиком з частотою 6,0–7,5 МГц.

Оперативне втручання виконувалось або відразу після встановлення діагнозу АЯ і госпіталізації пацієнтки, або після спроби консервативного лікування, а також за відсутності можливості виключити іншу загрозливу гостру хірургічну і гінекологічну патологію. Лапароскопію виконували за загальноприйнятою методикою під ендотрахеальним наркозом із використанням моно- і біполярної електрохірургічної техніки [2]. Жінкам III групи за відсутності протипоказань інтраопераційно виконували реінфузію автокрові за власною розробленою методикою [4]. Статистичну обробку отриманих результатів проводили із застосуванням програмного забезпечення Statistica 5.5 (Stat Soft Inc., США).

Усі ультразвукові зображення яєчників були розділені на три типи залежно від наявності на скані щільного та рідинного компонентів у пухлиноподібному утворенні. Тип I — пухлиноподібне утворення зі щільним, суцільним, аморфним гіперехогенним вмістом. Тип II — на щільному, аморфному гіпоехогенному фоні помітний сітчастий або у вигляді губки рисунок із ниткоподібними смугами, що проходять у різних напрямках. Тип III — в яєчнику спостерігалось неправильної форми ехогенне утворення діаметром від 20 до 35 мм із щільноподібною порожниною.



Об'єм вільної рідини визначали за допомогою транспіхових ехограм малого таза, виконаних у сагітальній площині, які також були поділені на три типи. Тип 1 — рівень рідини не підіймається вище за внутрішній зів матки. Тип 2 — ехогенна смужка рідини сягає середини тіла матки. Тип 3 — рівень вільної рідини сягає дна тіла матки і вище.

Результати дослідження та їх обговорення

Вік спостережуваних хворих варіював від 17 до 55 років (у середньому — (28,3±5,2) року). Провідним клінічним симптомом у всіх пацієнок був тазовий біль. Інтенсивний гострий біль частіше траплявся у пацієнок із помірною та великою крововтратою (62,2 і 92,3 % відповідно). У 285 (70,0 %) пацієнок II і III груп напад болю виникав у другу фазу менструального циклу (МЦ), а у 324 (67,6 %) пацієнок I групи захворювання розвивалося в середині МЦ. Для госпіталізованих пацієнок I групи з вираженим больовим синдромом — 287 (76,5 %) жінок — було характерне раннє звернення по медичну допомогу (протягом перших 2 год від початку нападу).

Коли при зверненні по медичну допомогу спостерігалися незначний ниючий тазовий біль і стабільна гемодинаміка, консервативне лікування сформованого кістозного геморагічного утворення яєчника (КГУЯ) проводили в амбулаторних умовах. Загальний стан усіх жінок I групи був розцінений як задовільний. Середні показники гемодинаміки і червоної крові у пацієнок цієї групи були такими: пульс — (72±8) за 1 хв, САТ — (124±6) мм рт. ст., ДАТ — (70±8) мм рт. ст., гемоглобін — (121±16) г/л.

У жінок II групи больовий синдром мав стійкий характер і посилювався з часом. Більше половини цих хворих відзначали стійку іррадіацію болю в пряму кишку і промежину. Стан хворих, як і пацієнок I групи, розцінювався як задовільний через відсутність видимих гемодинамічних порушень і змін у червоній крові: пульс — (86±8) за 1 хв, САТ — (122±6) мм рт. ст., ДАТ — (68±8) мм рт. ст., гемоглобін — (118±16) г/л.

Стан хворих III групи розцінювався як задовільний тільки у 5 (4,0 %) пацієнок, у 57 (45,5 %) жінок — середньої тяжкості й у 63 (50,4 %) — тяжкий. Середні показники гемодинаміки і червоної крові у хворих III групи були такими: пульс — (104±8) за 1 хв, САТ — (87±6) мм рт. ст., ДАТ — (68±8) мм рт. ст., гемоглобін — (74±12) г/л.

За даними УЗД спостерігалася лінійна залежність між рівнем вільної рідини відносно матки і об'ємом гемоперитонеума, виявленого інтраопераційно ($r=0,63$; $p<0,05$). Так, у 90 (43,3 %) жінок, у яких інтраабдомінальна кровотеча не перевищувала 200 мл, спостерігалися ехограми типу 1, а у 63 (30,0 %) випадках ІЛ групи вільна рідина на ехограмах взагалі не виявлялася. У всіх випадках внутрішньочеревної кровотечі об'ємом більше 200 мл на транспіхових ехограмах, виконаних у сагітальній площині, фіксувався стовпчик вільної рідини. У жінок II групи найчастіше спостерігали ехограми типу 2 — 198 (70,3 %) випадків. Коли внутрішньочеревна кровотеча сягала понад 500 мл, усі ультразвукові зображення були типу 3. У 18 (14,4 %) пацієнок III групи під час УЗД виявляли гіперехогенну вільну рідину з ехогетеро-

генними ділянками в міхурово-матковому просторі і навколо яєчників.

У 70,0 % жінок I групи зі значним больовим нападом ультразвукове зображення КГУЯ відповідало I типу. Ехограма типу II у більшості випадків — 80,0 % — була у пацієнок із незначним больовим синдромом, які здебільшого лікувалися амбулаторно. У 281 (68,9 %) жінки з помірним і значним гемоперитонеумом спостерігали ультразвукове зображення III типу.

Загалом у 792 (89,2 %) пацієнок діагноз АЯ і внутрішньочеревної кровотечі встановлено до оперативного втручання — на підставі клінічної картини і даних УЗД. У решті 92 (10,4 %) випадках для підтвердження діагнозу потрібно було проведення діагностичної лапароскопії.

У гемодинамічно стабільних пацієнок, якщо за даними УЗД і лабораторних показників об'єм крові у животі не перевищував 200 мл, починали консервативне лікування, здійснюючи динамічне спостереження з ультразвуковим моніторингом. Починали з призначення гемостатичної терапії: етамзилат (дицинон), адроксон, вікасол, розчин кальцію хлориду, транексамова й амінокапронова кислоти. З метою зниження інтенсивності тазових болів призначали нестероїдні протизапальні препарати — як в ін'єкціях, так і у вигляді ректальних супозиторіїв. У тих випадках, коли пік больового нападу вже минув, та при відмові від спостереження в стаціонарних умовах призначали амбулаторне лікування з обов'язковим медичним оглядом і ультразвуковим моніторингом на наступну добу.

Після зникнення небезпеки триваючої внутрішньочеревної



кровотечі подальші лікувальні заходи, виконували амбулаторно, були спрямовані на розсмоктування сформованого КГУЯ. Враховуючи важливу роль інфекційних запальних процесів органів малого таза в розвитку пухлиноподібних процесів яєчників як одного з імовірних джерел АЯ, з моменту формування КГУЯ проводили антибактеріальну терапію з урахуванням виявлених патогенних збудників. З метою блокування патологічної секреції гонадотропних гормонів призначали гормональні препарати (КОК або синтетичні прогестини). За нашими спостереженнями, до 90 % КГУЯ регресували після перших місячних, що контролювалося трансвагінальним УЗД. У разі відсутності регресу КГУЯ більш ніж на 50 % хворим виконували лапароскопічне оперативне втручання.

Усі пацієнтки II і III груп, а також 210 жінок ІЛ групи підлягали ургентному лапароскопічному втручання. Найчастіше виконуваною гемостатичною операцією була резекція яєчника — 477 (77,2 %) втручань. У 65 (10,5 %) випадках було виконано видалення придатків матки на стороні ураження через значне руйнування яєчничкової тканини патологічним процесом або розвитком гнійного запального процесу в гематомі яєчника, що захоплює практично всю яєчникову тканину. У тих випадках, коли причиною незначної кровотечі в малий таз і вираженого болювого синдрому була патологічна овуляція, виконували діагностичну лапароскопію.

У 398 (64,5 %) пацієнток під час операції не виявлено спайок у малому тазі та черевній порожнині; I–II ступінь вираженого спайкового процесу був зафіксований у 146 (23,6 %) пацієнток. Виражений спайко-

вий процес органів малого таза III–IV ступеня був наявний у 74 (11,9 %) хворих. У пацієнток за відсутності спайкового процесу при яєчникових кровотечах частіше спостерігався більший об'єм внутрішньочеревної кровотечі, ніж у хворих із супровідним спайковим процесом. Так, середній об'єм гемоперитонеума, виявлений у пацієнток з АЯ, за відсутності спайкового процесу становив ($273,5 \pm 21,3$) мл, тимчасом як у пацієнток із вираженим спайковим процесом органів малого таза він був ($141,4 \pm 35,5$) мл. Більш ніж у половині випадків — 348 (56,3 %) — причиною АЯ були жовте тіло або кіста жовтого тіла. Значно рідше причиною оваріальної внутрішньочеревної кровотечі стали інші доброякісні пухлини і пухлиноподібні утворення яєчників (серозна, фолікулярна, ендометріоїдна кісти).

У більшості пацієнток — 348 (56,3 %), окрім гемостатичного втручання на яєчничовій тканині, виконувалося додаткове оперативне втручання з усунення супровідної патології органів малого таза. Середня тривалість оперативного втручання дорівнювала ($41,3 \pm 1,8$) хв — від 15 до 110 хв. У післяопераційному періоді основним методом знеболення було застосування нестероїдних анагетиків протягом перших двох діб. Після операції пацієнтки перебували в стаціонарі від 1 до 3 діб, у середньому ($1,9 \pm 0,1$) ліжко-дня.

Під час операції у пацієнток I«К»Л^x підгрупи найчастішою інтраопераційною знахідкою був спайковий процес малого таза, спричинений раніше перенесеними гострими запальними захворюваннями і відкритими оперативними втручаннями. Спайковий процес I–II ступеня був виявлений у 18

(16,9 %) хворих цієї групи, а III–IV ступеня — у 39 (36,4 %) випадках. Формування персистуючого КГУЯ на фоні зовнішнього ендометріозу виявлено у 35 (32,1 %) жінок цієї групи, із них ендометріоз очеревини I–II ступеня — у 19 (17,5 %) хворих, а III–IV ступінь зафіксований у 17 (15,7 %) жінок I«К»Л^x підгрупи.

Після отримання результатів гістологічного дослідження подальшу протирецидивну терапію проводили з урахуванням морфологічної структури джерела яєчничкової кровотечі. Для профілактики рецидивів апоплексії з фолікулярних кіст яєчника використовували монофазні низькодозовані комбіновані оральні контрацептиви (КОК) у циклічному режимі від 3 до 12 міс., залежно від репродуктивних намірів пацієнтки.

Якщо у хворій виявляли ендометріоїдну кісту або ендометріоз іншої локалізації, обов'язково використовували для лікування депо-препарати агоністів гонадотропін-релізинг-гормону (аГнРГ) протягом терміну від 2 до 4 міс. Після успішної терапії препаратами аГнРГ, залежно від репродуктивних намірів пацієнтки, застосовували довготривалу терапію КОК або синтетичними прогестинами. Останні (норестерон ацетат, дидрогестерон) призначали пацієнткам із кістами жовтого тіла. За наявності у жінки репродуктивних намірів на найближчий час у протирецидивній терапії застосовували препарат дидрогестерон (дуфастон) з 16-го дня МЦ дозовою дозою 20–40 мг протягом періоду від 10 днів до 6 міс.

Кожні 6–9 міс. терапії КОК або синтетичними прогестинами протягом терміну від 3 до 5 міс. робили перерву в гормональній терапії. Під час пе-



перви застосовували рослинні та вітамінні препарати (ременс, токоферолу ацетат, гінекохель), які вживають для регуляції гормонального гомеостазу жінок.

Віддалені результати лікування із загальної кількості хворих нам вдалося прослідкувати у 487 пацієнток (із I групи — 231 жінка, з II групи — 144 хворих і з III групи — 53 пацієнтки). З ІК^В, ІЛ і І«К»Л^х підгруп віддалені наслідки лікування вдалося спостерігати у 58, 100 і 73 пацієнток відповідно. Середня тривалість спостереження за пацієнтками становила 31,7 міс. (від 12 до 47 міс.). Віддалені результати лікування АЯ оцінювали за станом репродуктивної функції жінки та наявністю виникнення рецидиву захворювання (табл. 1).

Згідно з отриманими даними, найбільша частота рецидиву апоплексії яєчника, формування КГУЯ і найдовший термін субфертилітету спостерігалися серед жінок ІК^В підгрупи. Бажана маткова вагітність частіше наставала у пацієнток ІЛ, II і III груп — 74 (74,0 %), 105 (72,7 %) і 39 (73,8 %) випадків відповідно. Серед жінок, що лікувалися консервативно, за період спостереження завагітніли 34 (58,6 %). У підгрупі І«К»Л^х вагітність також настала майже у двох третин спо-

стережуваних пацієнток — у 45 (61,6 %). Зниження репродуктивної функції у жінок цієї підгрупи пояснюється високою частотою розповсюдженого спайкового процесу, спостережуваного до операції. Середній термін між лікуванням АЯ і бажаною вагітністю був приблизно однаковим у лапароскопічно оперованих жінок і становив для ІЛ, І«К»Л^х, II і III груп 7,5; 7,4; 7,5; 7,8 міс. відповідно, а у жінок ІК^В підгрупи цей показник збільшився до 9,5 міс.

Рецидив яєчникового крововиливу у вигляді формування КГУЯ спостерігався у 14 (24,1 %) пацієнток ІК^В підгрупи, у 21 (14,5 %) жінок II групи і у 8 (15,0 %) хворих III групи. За період спостереження рецидивів АЯ і КГУЯ не зареєстровано у пацієнток ІЛ і І«К»Л^х груп. У 3 (5,1 %) пацієнток ІК^В підгрупи довелося виконати лапароскопічне оперативне втручання. У решти хворих АЯ купірували консервативно; 8 (13,7 %) пацієнток ІК^В підгрупи за рік після АЯ через повторну появу кістозних утворень дали згоду на виконання діагностичної лапароскопії, під час якої у 5 жінок виявили спайковий процес II–III ступеня розповсюдження, у 4 — зовнішній ендометріоз II ступеня.

Висновки

Таким чином, вираженість клінічних симптомів при апоплексії яєчників залежить від об'єму внутрішньочеревної кровотечі. Аналіз даних трансвагінальної ехографії дає змогу з високим ступенем точності кількісно визначити об'єм інтраабдомінальної кровотечі та морфологічний стан ураженого яєчника. Неінвазивна діагностика об'єму гемоперитонеума при АЯ використовується з метою диференційованого відбору пацієнток для консервативного або оперативного лікування. Враховуючи те, що спайковий процес та ендометріоз очеревини малого таза часто супроводжують яєчникомі крововиливи, особливо ті клінічні форми, які підлягають консервативному лікуванню (гемоперитонеум до 200 мл), вони можуть бути однією з найімовірніших причин АЯ. З урахуванням цього лапароскопія є «золотим стандартом» не тільки в діагностиці та лікуванні АЯ, але і в запобіганні можливим яєчковим крововиливам. Застосування лапароскопії як головного лікувально-профілактичного методу при АЯ дозволяє зберегти, а іноді й відновити репродуктивну функцію майже у 4 із 5 жінок з АЯ і знизити частоту виникнення рецидиву АЯ і КГУЯ.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Ключові слова: апоплексія яєчника, гемоперитонеум, лапароскопія, трансвагінальна ехографія.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лихачев В. К. Практическая гинекология с неотложными состояниями : руководство для врачей. Москва : МИА, 2013. 840 с.

Віддалені результати лікування хворих з апоплексією яєчника

Таблиця 1

Група	Репродуктивна функція		Рецидив апоплексії яєчника і формування КГУЯ, абс. (%)
	Завагітніли, абс. (%)	Термін субфертилітету, міс.	
I, n = 231			
ІК, n=58	34 (58,6 %)	9,5	14 (24,1 %)
ІЛ, n=100	74 (74,0 %)	7,5	—
І«К»Л ^х , n=73	45 (61,6 %)	7,4	—
II, n=144	105 (72,7 %)	7,5	21 (14,5 %)
III, n=53	39 (73,8 %)	7,8	8 (15,0 %)



2. Ендоскопічна хірургія : навчальний посібник / Запорожан В. М., Грубнік В. В., Грубнік Ю. В., Малиновський А. В. Київ : Медицина, 2019. 592 с.

3. Гладчук І. З., Волянська А. Г., Назаренко О. Я. Сучасні діагностичні та лікувальні підходи при апоплексії яєчників. Частина 1. *Вісник морської медицини*. 2015. № 2. С. 112–117.

4. Спосіб реінфузії автокрові з черевної порожнини при лапароскопічній гінекологічній операції : Декларативний пат. 22716, Україна : МПК6 А61В17/00. № u 2006 13335 ; заявл. 18.12.2006 ; опубл. 25.04.2007, Бюл. № 5.

5. Gasless laparoendoscopic single-site surgery with intraoperative autologous blood transfusion for management of ectopic pregnancy with significant hemoperitoneum: a retrospective observational study / Akihiro Takeda et al. *Gynecological Surgery*. 2019. Vol. 16 (1). P. 1–8.

6. Medvediev M. V., Malvasi A., Tinelli A. Hemorrhagic corpus luteum: Clinical management update. *Turk J Obstet Gynecol*. 2020 Dec. Vol. 17 (4). P. 300–9.

7. Chethalan P., Garg R. Sonographic Spectrum of Hemorrhagic Cysts of the Ovary on Trans-Vaginal

Sonography: A Study of 50 Cases. *International Journal of Science and Research (IJSR)*. 2017 Aug. Vol. 6 (8). P. 318–21.

8. Bottomley C., Bourne T. Diagnosis and management of ovarian cyst accidents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009 Mar 17. Vol. 23 (5). P. 21–3.

REFERENCES

1. Lykhachev VK. *Praktycheskaia hynekolohiya s neotlozhnymi sostoianiiami: a guide for doctors*. Moscow: MYA; 2013. 840 p. (In Russian).

2. Zaporozhan VM, Hrubnik VV, Hrubnik YuV, Malynovskyi AV. *Endoskopichna khirurgiia: navchalnyi posibnyk [Endoscopic surgery: a textbook]*. Kyiv: Medytsyna; 2019. 592 p. (In Ukrainian).

3. Hladchuk IZ, Volianska AH, Nazarenko OYa. *Suchasni diahnozychni ta likuvalni pidkhody pry apopleksii yaiechnykyv*. Chastyna 1. *Visnyk morskoi medytsyny* 2015;2;112-117. (In Ukrainian)

4. Hladchuk IZ, Kashtalian MA, Nazarenko OIa, Yakymenko OV. *Sposib reinfuzii avtokrovi z cherevnoi porozhnyny pry laparoskopichnii hynekolohichnii operatsii*. Deklaratsiinyi patent Ukrainy na vynakhid 22716, Ukraina : МПК6 А61В17/00. № 2006

13335; zaiavl. 18.12.2006 ; opubl. 25.04.2007, Biul. № 5. (In Ukrainian).

5. Akihiro Takeda et al. Gasless laparoendoscopic single-site surgery with intraoperative autologous blood transfusion for management of ectopic pregnancy with significant hemoperitoneum: a retrospective observational study. *Gynecological Surgery*. 2019: 16(1):1-8.

6. Medvediev MV, Malvasi A, Tinelli A. Hemorrhagic corpus luteum: Clinical management update. *Turk J Obstet Gynecol*. 2020 Dec.;17(4):300-309.

7. Paul Chethalan, Ravi Garg. Sonographic Spectrum of Hemorrhagic Cysts of the Ovary on Trans-Vaginal Sonography: A Study of 50 Cases. *International Journal of Science and Research (IJSR)*. 2017 Aug;8:318-321.

8. Bottomley C, Bourne T. Diagnosis and management of ovarian cyst accidents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009 Mar;17;23(5):21-23.

Надійшла до редакції
05.10.2021 р.

Прийнята до друку 09.11.2021 р.

Електронна адреса
для листування
spraidunkateryna@gmail.com

УДК 616.33-006.6

DOI 10.54229/2226-2008-2021-5-5

В. М. Соколов, О. В. Бондар, С. Г. Четверіков, В. Є. Максимовський,
Д. В. Атанасов, М. С. Четверіков, В. В. Четверікова-Овчинник

ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ ЦИТОРЕДУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕРМІЧНОЇ ХІМІОПЕРФУЗІЇ НА КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З МЕТАСТАТИЧНИМ РАКОМ ШЛУНКА

Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, Україна

УДК 616.33-006.6

DOI 10.54229/2226-2008-2021-5-5

В. М. Соколов, О. В. Бондар, С. Г. Четверіков, В. Є. Максимовський, Д. В. Атанасов,
М. С. Четверіков, В. В. Четверікова-Овчинник

ВПЛИВ ЗАСТОСУВАННЯ ЦИТОРЕДУКТИВНОЇ ХІРУРГІЇ ТА ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕР-
ТЕРМІЧНОЇ ХІМІОПЕРФУЗІЇ НА КЛІНІЧНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З МЕТАСТА-
ТИЧНИМ РАКОМ ШЛУНКА

Одеський національний медичний університет МОЗ України, Одеса, Україна

Розглянуто результати лікування 34 пацієнтів з метастатичним раком шлунка, які були розподілені на дві групи: контрольна — 24 пацієнти, яким виконувалося на першому етапі первинне циторедуктивне оперативне втручання (CRS) в повному обсязі з ад'ювантною хімотерапією (ACT) за схемою FLOT, та дослідна — 10 пацієнтів, яким виконувалося на першому етапі CRS в повному обсязі в комбінації з HIPEC і ACT. При порівнянні частоти післяопераційних ускладнень у групах контрольна та дослідна $p > 0,05$. При порівнянні частоти побічних ефектів хімотерапев-

© В. М. Соколов, О. В. Бондар, С. Г. Четверіков та ін., 2021

