

Л. И. Кох, Н. В. Содномова

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск

Изучены результаты обследования и лечения 100 пациенток с диагнозом апоплексия яичника, в том числе 60 – с болевой формой заболевания, 40 – с геморрагической. Диагностика заболевания основана на данных клинического обследования, эхографии органов малого таза, кульдоцентеза, лапароскопии, а также изучения гормонального фона на момент поступления и через месяц после выписки из стационара. Лечение апоплексии яичника проводилось в два этапа. Первый этап – хирургическое лечение при геморрагической форме (ушивание яичника, энуклеация оболочек кисты), консервативное – при болевой (инфузионная, рассасывающая терапия, спазмолитики). Все женщины выписаны в удовлетворительном состоянии. На втором этапе лечения проводилась коррекция выявленных нарушений: гормональная терапия в сочетании с циклической витаминотерапией, терапия препаратами, улучшающими мозговое кровообращение, рассасывающая терапия. Через 6 месяцев после лечения у всех пациенток жалобы отсутствовали, менструальный цикл был регулярным, у 12 женщин наступила беременность.

Ключевые слова: апоплексия яичника, кульдоцентез, лапароскопия, дисфункция гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, циклическая витаминотерапия, гормональная терапия.

Диагностика и лечение острых гинекологических заболеваний является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. В ургентной гинекологии одним из серьезных заболеваний является апоплексия яичника, по частоте занимающая второе место среди внутрибрюшных кровотечений гинекологического происхождения, третье (17,1 %) в структуре острых гинекологических заболеваний [1-3]. В последнее время отмечается рост числа пациенток с данной патологией [4, 5]. Однако, в литературе проблема апоплексии яичника освещена недостаточно, последние фундаментальные работы датируются 60-70-ми г. XX в [4, 6, 7].

До настоящего времени принято различать три клинические формы апоплексии яичника: анемическую (геморрагическую), болевую и смешанную. Анемическая форма имеет большое сходство с клинической картиной нарушенной внематочной беременности, а болевая - с острым аппендицитом, что создает трудности в диагностике и ведет к большому количеству диагностических ошибок [4, 8, 9].

Многие исследователи (см., например, [1, 3, 4]) считают, что среди пациенток, перенесших апоплексию яичника, увеличивается количество женщин с ановуляторным циклом, повышается риск формирования ретенционных образований яичника и рециди-

вов подобного состояния.

Целью настоящей работы является изучение ближайших и отдаленных результатов поэтапного лечения различных форм апоплексии яичника.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 100 женщин, в возрасте от 15 до 36 лет (средний возраст $23,2 \pm 2,6$ года), с диагнозом апоплексия яичника, пролеченных в гинекологическом отделении Томской областной клинической больницы в 2005–2007 гг. В зависимости от формы заболевания были сформированы две группы: группа I - болевая (количество пациенток $n=60$), группа II – геморрагическая ($n=40$). Диагноз верифицировался на основе клинических, анамнестических, ультразвуковых, операционных и морфологических заключений. С целью выявления нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе у 20 женщин с болевой формой и у 20 с геморрагической определялись уровни лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина, прогестерона, эстрадиола. Исследования проводились в момент поступления в пациенток в стационар и после их выписки (7-8-й, 14–15-й и 21-24-й день менструального цикла). Для сравнения отклонений гормонального фона у пациенток с апоплексией яичника была сформирована группа III, в которую

вошли 10 здоровых женщин (средний возраст составил $25,7 \pm 2,7$ лет). Лечение проводилось в два этапа: в острый период (первый этап) и после выписки из стационара (второй этап). На первом этапе пациентки с геморрагической формой апоплексии яичника подвергались оперативному лечению, с болевой – преимущественно консервативному. На втором этапе после предварительного обследования гормонального фона проводилась коррекция выявленных нарушений в сочетании с циклической витаминотерапией, рассасывающей терапией, препаратами улучшающими мозговое кровообращение. Статистическая обработка результатов осуществлялась при помощи пакета программ Statistica 6.0 (точный тест Фишера, непараметрический критерий Мани-Уитни). Статистически значимыми считали различия с $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Болевая форма апоплексии яичника составила 60 %, геморрагическая – 40 %. Данная патология преобладала у юных и молодых женщин до 25 лет (табл. 1).

В группе I поражение правого яичника наблюдалось в 68,3 % случаев, левого - в 31,7 %, в группе II - в 62,5 и 37,5 % случаев соответственно. Таким образом, при обеих формах патология превалировала в правом яичнике.

Анализ овариально-менструальной функции выявил, что в группе I у 95,0% женщин менархе наступило в возрасте 11-14 лет, в группе II у 92,5% и соответственно у 5,0 и 7,5 % женщин в возрасте старше 14 лет. У 81,7 % пациенток группы I менструальный цикл был регулярным и в 65,0 % случаев установился в первые шесть месяцев, в группе II у 72,5 и 45,0 % пациенток соответственно ($P_{I-II} < 0,05$).

Практически все обследованные жили половой жизнью: 8,3 % в группе I и 97,5 % в группе II; из них различными методами контрацепции пользовались соответственно 67,8 % и 84,6 % женщин ($P_{I-II} < 0,05$): презерватив - 33,9 и 64,1 % ($P_{I-II} < 0,05$), прерванный половой акт - 15,3 и 12,8 %, различные спермициды - 1,6 и 5,1 %, КОК - 13,6 и 0 % ($P_{I-II} < 0,05$), ВМК 3,4 и

Таблица 1

Количество пациентов,
больных апоплексией яичника, в выборке
n (%)

Группа	16-20 лет	21-25 лет	26-30 лет	31-36 лет	Всего
I	19 (19,0)	22 (22,0)	13 (13,0)	6 (6,0)	60 (60,0)
II	13 (13,0)	14 (14,0)	8 (8,0)	5 (5,0)	40 (40,0)
Итого	32 (32,0)	36 (36,0)	21 (21,0)	11 (11,0)	100 (100,0)

2,6 %. Таким образом, в обеих группах преобладало использование condom и coitus interruptus.

При исследовании детородной функции выявлено, что 50,0 % обследованных группы I и 55,0 % группы II имели в анамнезе беременности (табл. 2).

Следовательно, для пациенток с болевой формой апоплексии яичника характерно большое количество медицинских аборт и самопроизвольных выкидышей, в то время как с геморрагической формой – роды.

Гинекологические заболевания перенесли 60,0 % обследованных группы I и 70,0 % - группы II ($P_{I-II} < 0,05$). Наиболее распространенными заболеваниями являются: воспаление придатков матки (38,3 и 37,5 %), кисты яичников (31,4 и 17,2 %) ($P_{I-II} < 0,05$). Ранее апоплексию яичников перенесли 8,3 % женщин группы I и 12,5 % группы II; болевая форма составила 3,3 и 0 %, геморрагическая 5,0 и 12,5 % соответственно.

Чревосечение по поводу гинекологической патологии перенесли 26,7 % обследованных группы I и 25,0 % группы II: кесарево сечение - 0 и 7,5% соответственно, энуклеацию оболочек кисты яичника - 16,7 и 0 % ($P_{I-II} < 0,01$), тубэктомия по поводу трубной беременности 5,0 и 5,0 %, ушивание яичника - 5,0 и 12,5 %.

Анализ соматического анамнеза выявил, что 61,7 % пациенток группы I и 60,0 % группы II имели

Таблица 2

Исходы беременностей пациенток с апоплексией яичника
n (%)

Группы	Роды	Роды, мед. аборт	Мед. аборт	Самопроизвольный выкидыш	Трубная беременность	Всего
I	3 (5,0)	3 (5,0%)	15 (25,0)*	6 (10,0)	3 (5,0)	30 (50,0)
II	3 (7,5)	9 (22,5)*	6 (15,0)	2 (5,0)	2 (5,0)	22 (55,0)
Итого	6 (6,0)	12 (12,0)	21 (21,0)	8 (8,0)	5 (5,0)	52 (52,0)

* $P_{I-II} < 0,05$ - в контрольной группе

те или иные экстрагенитальные заболевания (хронический пиелонефрит, цистит, хронический холецистит, НЦД по гипотоническому типу, НЦД по гипертоническому типу); ранее проведена аппендэктомия в 28,3 и 20,0 % случаях соответственно.

Таким образом, для пациенток с апоплексией яичника характерен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА), наличие экстрагенитальной патологии, а также операции на органах малого таза. Перечисленная патология преобладают у обследованных группы I.

Независимо от формы заболевания основной жалобой пациенток явилась боль внизу живота. Однако болевой симптом с иррадиацией в прямую кишку был более характерен для женщин группы II (29,2 и 41,7 %, $P_{I-II} < 0,05$). В ряде случаев боль сопровождалась кровянистыми выделениями из половых путей (8,7 и 3,3 %, $P_{I-II} < 0,05$), вегето-сосудистыми проявлениями, такими как головокружение (12,7 и 15,9 %), тошнота (9,9 и 11,3 %), рвота (3,2 и 2,0 %), сухость во рту (13,1 и 16,6 %), общая слабость (16,3 и 28,5 %, $P_{I-II} < 0,05$), субфебрильная температура (10,9 и 2,6 %, $P_{I-II} < 0,05$), учащенное мочеиспускание (14,0 и 0 %, $P_{I-II} < 0,05$).

Начало заболевания 21,7 % обследованных группы I и 37,5 % группы II связывали с: половым актом ($P_{I-II} < 0,05$), 20,0 и 10,0 % соответственно; физической нагрузкой, 10,0 и 5,0 %; актом дефекации, 10,0 и 0 %; психоэмоциональным стрессом ($P_{I-II} < 0,05$); в покое апоплексия яичника возникла в 38,3 и 47,5 % случаев.

Апоплексия яичника чаще возникала во второй фазе цикла - 70,6 % случаев в группе I и 74,8 % - в группе II, реже - в перiovуляторной фазе (12-16-й день) 17,5 и 18,5 % соответственно, в первой фазе (5,2 и 6,7 %), на фоне задержки менструации (6,7 и 0 %) ($P_{I-II} < 0,05$).

Поскольку большинство пациенток поступило во второй фазе, интерес представляло исследование гормонального статуса в пик заболевания. Уровень гор-

монов у пациенток с апоплексией яичника в острый период показан в **табл. 3**.

Из **табл. 3** видно, что на момент поступления в стационар гормональный фон у пациенток с апоплексией яичника по отношению к контрольной группе III характеризовался повышением уровня всех гонадотропных гормонов, эстрадиола и снижением уровня прогестерона. Проведенное сравнение показало, более высокую концентрацию гормонов в плазме крови при геморрагической форме.

При поступлении в стационар состояние пациенток независимо от формы заболевания было расценено как удовлетворительное, АД колебалось в пределах 100/70-130/80 мм. рт.ст., пульс - 78-100 ударов в мин. Осмотр живота во всех случаях выявил его болезненность в нижних отделах, перитониальные симптомы были положительными в 11,7 % случаев в группе I и в 55,0 % в группе II ($P_{I-II} < 0,05$). Двуручное исследование выявило пастозность придатков на стороне поражения у 53,3 % обследованных группы I и у 72,5 % - группы II ($P_{I-II} < 0,05$), болезненное образование диаметром до 4-5 см у 43,3 и 27,5 % пациенток соответственно ($P_{I-II} < 0,05$), болезненность при тракции за шейку матки у 41,7 и 80,0 % ($P_{I-II} < 0,05$); нависание сводов влагалища выявлено только в группе II (30,0 %) ($P_{I-II} < 0,05$).

Для верификации диагноза всем пациенткам группы I и 75,0 % группы II проведено УЗИ гениталий. По данным эхографии диагноз апоплексия яичника (нечеткость контуров придатков с наличием жидкости в их области) установлен в 30,0 % случаев в группе I и в 23,3 % в группе II; апоплексия кисты яичника (гипоэхогенное образование в диаметре 20-30 мм) - в 26,7 и 60,0 % соответственно ($P_{I-II} < 0,05$); подозрение на внематочную беременность - в 1,6 и 10,0 %; признаки оофорита - в 5,0 и 3,3 %; патологии не найдено в 10,0 и 3,3 %; мультифолликулярные яичники - в 5,0 % и киста яичника с признаками кровоизлияния (гипоэхогенное образование диаметром 20-30 мм, с мелко- или среднедисперсным содержанием) выявле-

Таблица 3

Концентрация гормонов крови на пике заболевания у больных апоплексией яичника
 $M \pm m$

Показатель	I группа	II группа	III группа
Пролактин, мМЕ/мл	814,6±18,9*	845,9±13,4*	511,2±24,1
ФСГ, мМЕ/мл	4,6±1,1*	8,3±2,5**	2,8±0,9
ЛГ, мМЕ/мл	11,9±2,2*	14,2±2,1*	5,8±1,9
Эстрадиол, пг/мл	189,8±21,3*	278,7±33,4*	137,5±52,1
Прогестерон, нмоль/л	14,1±5,6*	21,6±4,7*	45,5±3,6

* P_{I-II} $P_{II-III} < 0,05$, ** $P_{I-III} < 0,01$ - по сравнению с показателями контрольной группы

Таблица 4

Концентрация гормонов в крови больных апоплексией яичника через месяц после выписки из стационара

Показатель	I группа	II группа	III группа
Первая фаза цикла			
Пролактин, мМЕ/мл	893,1±56,8*	998,6±46,1*	511,2±24,1
ФСГ, мМЕ/мл	7,6±1,8*	14,0±1,4*	6,6±1,7
Эстрадиол, пг/мл	63,9±4,5*	221,5±25,4**; ****	91,2±5,3
Середина цикла			
Эстрадиол, пг/мл	88,9±2,6*	226,9±2,6**; ****	112,8±19,2
ЛГ, мМЕ/мл	15,2±3,3*	18,1±2,8*	29,3±3,1
Вторая фаза цикла			
Эстрадиол, пг/мл	193,7±16,3*	270,9±20,9*; ***	137,5±52,1
Прогестерон, нмоль/л	69,4±3,8*	75,2±10,4*	45,5±3,6

* P I-III, P II-III < 0, 05, **P II-III < 0, 01 - по сравнению с показателями контрольной группы;
*** P I-II < 0, 05, ****P I-II < 0, 01 - между болевой и геморрагической формами.

на только в группе I (21,7 %) ($P_{I-II} < 0,05$). У всех больных, подвергшихся эхографии, в малом тазу выявлена свободная жидкость в различных объемах.

С дифференциально-диагностической целью 40,0 % больным группы I и 70,0 % - группы II проведен кульдоцентез. У 12,5 % пациенток группы I в случаях пунктат не получен, у остальных получена серозно-геморрагическая жидкость в различных объемах: у 16,7 % - 5 мл, 12,5 % - 10мл, у 25,0 % - 20 мл, у 33,3 % свыше 20 мл. У больных группы II во всех случаях получена кровь.

На основе полученных данных правильный диагноз был установлен у 95,0 % обследованных группы I и 77,5 % группы II ($P_{I-II} < 0,05$). В остальных случаях конкурировали диагнозы внематочная беременность, острый аппендицит, обострение хронического сальпингоофорита. Окончательный диагноз верифицирован во время оперативного вмешательства. Для исключения острой хирургической патологии 5,0 % пациенток с болевой формой апоплексии яичника проведена диагностическая лапароскопия, во всех случаях выявлена стигма овуляции, в группе II диагностическая лапароскопия с переходом в лечебную составила 22,5 %.

Лечение пациенток с апоплексией яичника проводилось в два этапа: 1-й – в стационаре, 2-й – амбулаторно.

Пациентки группы I получали консервативное лечение (1-й этап): инфузионная терапия, спазмолитики, физиолечение. В 10,0 % случаев в связи с сохраняющимся болевым синдромом было проведено оперативное вмешательство лапароскопическим доступом. Во время операции во всех случаях был выставлен диагноз киста яичника с кровоизлиянием и выполнен

объем операции - энуклеация кисты яичника. Больные группы II были подвергнуты оперативному лечению (1-ый этап). Выполнены следующие объемы операции: ушивание яичника (13,2 %), энуклеация оболочек кисты (70,9 %), резекция яичника (15,9 %).

После выписки из стационара по результатам гормонального исследования проводился 2-й этап лечения различных форм апоплексии яичника (табл. 4).

Из табл. 4 следует, что при различных формах апоплексии яичника гормональная дисфункция сохраняется и в последующем менструальном цикле. После выписки из стационара 21 из 40 женщин с геморрагической формой апоплексии яичника проведена циклическая витаминотерапия в сочетании с ноотропами, рассасывающая, противовоспалительная терапия (ПМП на низ живота, тампоны с димексидом), 19 женщин дополнительно к данному лечению получали КОК по схеме. Осмотр проводился через 3 и 6 месяцев. Жалоб у пациенток не было, менструальный цикл у всех был регулярным. У трех женщин получавших негормональную терапию через 6 месяцев наступила желанная беременность. Из 60 пациенток с болевой формой 20 проведена циклическая гормональная терапия (микрофоллин в первую фазу менструального цикла, дюфастон во вторую фазу), 30 принимали КОК. Гормональное лечение сочеталось с циклической витаминотерапией, приемом препаратов, улучшающих мозговое кровообращение. Повторный осмотр проводился через 3 и 6 месяцев после окончания лечения. Жалоб у обследованных не было, менструальный цикл был регулярным, у 9 женщин наступила беременность.

Таким образом, диагностика апоплексии яичника требует комплексного подхода. Лечение заболевания

целесообразно проводить в два этапа. Первый этап – стационарное лечение в острый период (хирургическое – при геморрагической форме, консервативное – при болевой). На второй этапе лечения проводится амбулаторно и включает рассасывающую терапию, циклическую витаминотерапию и коррекцию выявленных гормональных нарушений.

SHORT-TERM AND LONG-TERM RESULTS OF OVARIAN APOPLEXY TREATMENT

L. I. Koch, N. V. Sodnomova

We have researched results of examination and treatment of 100 patients diagnosed with ovarian apoplexy, among those there were 60 with the painful form and 40 – with the hemorrhagic one.

The diagnostics of this disease includes data of clinical examination, pelvic ultrasound, culdocentesis, laparoscopy, and examination of hormonal state as of the admission time and as of one month after the discharge from the hospital.

The treatment for ovarian apoplexy was made in two stages. The first stage consisted of a surgery in case of the hemorrhagic form (ovariorrhaphy and enucleation of envelopes of cysts), or conservative therapy in case of the painful form (infusion and resolving therapy, resolving therapy, and spasmolytics). All the women were discharged in satisfactory condition. The second stage of the treatment was the correction of the revealed disorders, performed by means of hormonal treatment combined with cyclical vitaminotherapy, medications improving cerebral blood flow, and resolving therapy. After the treatment (in six months) none of the women had any complaints, their menstrual periods were regular, and 12 women got pregnant.

Литература

1. Айламазян Э.К., Рябцева Т.И. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Н.Новгород: Изд-во ННГМА. 1996. 6. 34 с.
Ailamazyan E.K., Raybsteva T.I. Emergency care at extremal conditions in gynecology. N. Novgorod: publisher NNSMA. 1996. 6-34.
2. Паниткова О.В. Эффективность стандартизированной диагностики острых гинекологических заболеваний. Автореф. дис... канд.мед.наук. Москва. 1996. 17 с.
Panitkova O.V. Effectiveness of standardized diagnostics of acute gynecologic diseases: Abstract of a thesis of Candidate of Medical Sciences- Moscow. 1996. 17 p.

3. Элибекова О.С., Гаспаров А.С., Косаченко А.С., Стрекалова Е.Л. Диагностика и лечение острых гинекологических заболеваний. Современные тенденции // Журнал российского общества акушер-гинекологов. 2005. 2. 3-6.

Elibekova O.S., Gasparov A.S., Kasachenko A.S., Strekalova E.L. Diagnostics and treatment of acute gynecologic diseases. Modern tendencies. // Zhurnal Rossiiskogo obschestva akusher-ginekologov. 2005. 2. 3-6.

4. Панкова О.Ю., Евсеева А.А., Бреусенко В.Г. и др. Диагностика и лечение апоплексии яичника // Вестник Росс. ассоц. акушер – гинекологов. 1998. 2. 110-114.

Pankova O.Yu., Evseeva A.A., Breusenko V.G. etc. Diagnostics and treatment of ovarian apoplexy // Vestnik Ross. Assost. akusher-gunekologov. 1998. 2. 110-114.

5. Феоктистова С.С., Денисенко О.Н., Белоголова Т.А. Низкодозированные монофазные КОК в реабилитации и профилактике апоплексии яичника у юных женщин // Гедеон Рихтер в СНГ. 2000. 2. 39-42.

Feoktistova S.S., Denisenko O.N., Belogolova T.A. Low dosed monophase КОК in rehabilitation and prophylaxis of ovarian apoplexy in young women. // Gideon Richter in CIS countries. - 2000. - №2. - P.39-42.

6. Колгушкина Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии. Минск: Вышэйшая школа, 2000. 276-280.

Kolgushkina T.N. Actual problems of gynecology. Minsk: Vysshaya shkola, 2000. 276-280.

7. Кулаков В.И., Прилепская В.И., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2006. 945-948.

Kulakov V.I., Prilepskaya V.I., Radzinski V.E. M Textbook on out-patient treatment in obstetrics and gynecology. – М.: Media, 2006. 945-948.

8. Штыров С.В., Бреусенко В.Г., Карапетян Р.С. Органосохраняющие операции в ургентной гинекологии // Эндоскопическая хирургия. 2001. 3. 86.

Shtyrov S.V., Breusenko V.G., Karapetyan R.S. Conservative surgery in urgent gynecology // Endoskopicheskaya khirurgiya. 2001. 3. 86.

9. Штыров С.В. Лапароскопия при неотложных состояниях в гинекологии: Автореф. дис... док.мед.наук. Москва. 2005. 46 с.

Shtyrov S.V. Laparoscopy under urgent conditions in gynecology: Abstract of a thesis of Doctor of Medical Sciences- Moscow, 2005. 46 p.