

*На правах рукописи*

**СОДНОМОВА**  
**Надежда Валерьевна**

**АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА,  
ОБОСНОВАНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ**

**14.00.01– акушерство и гинекология**

**Автореферат**  
**диссертации на соискание ученой степени**  
**кандидата медицинских наук**

**Томск – 2008**

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Сибирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, профессор

Кох Лилия Ивановна

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор

Коломиец Лариса Александровна

кандидат медицинских наук

Чернявская Ольга Владимировна

**Ведущая организация:**

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2008 г. в \_\_\_\_ часов на заседании диссертационного совета Д 208.096.03 при ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава (634050 г. Томск, Московский тракт, 2)

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава (г. Томск, проспект Ленина, 107)

Автореферат разослан " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2008 г.

Ученый секретарь диссертационного совета



Герасимов А.В.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Частота встречаемости апоплексии яичника в структуре ургентной гинекологии занимает третье место и колеблется в пределах от 9,4 до 17,1% [Кулаков В.И. и соавт., 2001; Паниткова О.В., 2001; Штыров С.В. и соавт., 2005; Элибекова О.С. и соавт., 2005; Cilloti A. et al., 1992; Liu Y. et al., 1994].

В исследованиях Фадеевой Н.И. и соавт. (2006) отмечено, что с 2001 по 2005 г. отмечается рост заболевания с 5,3% до 8,6%.

Если раньше под термином апоплексии яичника понимался разрыв доминантного фолликула, характеризующийся болевым синдромом и кровотечением в брюшную полость, то в настоящее время – это кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и в ряде случаев кровотечением в брюшную полость при разрыве сосудов граафова пузырька, стромы яичника, желтого тела, кисты желтого тела, фолликулярной кисты [Айламазян Э.К. и соавт., 1997; Панкова О.Ю. и соавт., 1998; Коколина В.Ф., 1998; Колгушкина Т.Н., 2000; Торчинов А.М. и соавт., 2003; Лапченко М.Л., 2004; Хашукоева А.З. и соавт., 2005; Кулаков В.И. и соавт., 2006].

Однако известно, что и в нормальных условиях процесс овуляции всегда сопровождается кровоизлиянием в ткань яичника и его остатки находят в каждом яичнике, а в 70% случаев центральное ядро желтого тела бывает пропитано кровью [Вербенко А.А., 1970; Волкова О.В. и соавт., 1985; Пшеничникова Т.Я., 1991].

Таким образом, до конца не ясно: расценивать ли апоплексию яичника как норму или патологию.

Определенные трудности вызывает и диагностика заболевания, что объясняется отсутствием патогномичных признаков для яичникового кровоизлияния. Так, по данным ряда авторов, на долю апоплексии яичника приходится до 85,7% оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита, а в 30–50% случаев заболевание диагностируется как внематочная беременность [Вербенко А.А., 1970; Карпов М.Ф., 1972; Dotsenko A.P. et al., 1983].

В доступной литературе практически не изучены вопросы диспансерного наблюдения и реабилитационной терапии пациенток, перенесших апоплексию яичника. Вместе с тем известно, что травма яичника ведет к глубоким расстройствам кровоснабжения, иннервации органа и гибели части генеративных элементов [Кулаков В.И. и соавт., 2001]. Так, Элибекова О.С. и соавт. (2005) приводят данные, что в 41,9% случаев после заболевания наблюдается бесплодие, которое обусловлено не только травмой яичника, но и возникновением спаечного процесса в органах малого таза в 99,8%, а по данным Головой Ю.А. и соавт. (2000) в 87% – формируются ретенционные кисты яичника.

В большинстве случаев авторы едины во мнении, что единственным методом лечения любых форм апоплексии яичника является прием КОК.

Однако подавление функции яичников не обеспечивает полного выздоровления женщины и не предотвращает рецидивирования заболевания после отмены препарата, которое может достигать 40%, так как патогенетическое звено, причины, приведшие к заболеванию, остаются не выясненными [Элибекова О.С. и соавт., 2005; Тер-Овакимян и соавт., 2006].

Таким образом, важное социальное значение проблемы, а также тенденция к увеличению частоты апоплексии яичника и возрастание его роли в структуре гинекологической заболеваемости определило актуальность проблемы и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

**Цель исследования.** Разработать патогенетически обоснованный комплекс лечебно-диагностических мероприятий, направленных на улучшение репродуктивного здоровья женщин после перенесенной апоплексии яичника и снижение частоты рецидива заболевания.

**Задачи исследования:**

1. Оценить удельный вес отдельных нозологий, входящих в понятие «апоплексия яичника».
2. Выявить наиболее значимые факторы риска развития апоплексии яичника.
3. Разработать комплекс методов обследования больных после перенесенной апоплексии яичника для выбора объема реабилитационной терапии.
4. Разработать патогенетически обоснованный комплекс реабилитационной терапии, направленный на улучшение репродуктивного здоровья женщин после перенесенной апоплексии яичника и снижение частоты рецидива заболевания.
5. Изучить репродуктивное здоровье и частоту рецидива заболевания после проведенной реабилитационной терапии у женщин, перенесших апоплексию яичника.

**Научная новизна:**

1. Впервые проведена оценка удельного веса отдельных нозологий, входящих в понятие «апоплексия яичника».
2. Впервые установлено, что к наиболее значимым факторам риска развития апоплексии яичника относятся: возраст до 25 лет, рождение от преждевременных родов, черепно-мозговые травмы, оперативные вмешательства на органах брюшной полости, воспалительные процессы в придатках матки, функциональные образования яичников, инфекции из группы ИППП, ранняя половая жизнь, частая смена половых партнеров.
3. Впервые разработан комплекс методов обследования пациенток после перенесенной апоплексии яичника для выбора объема реабилитационной терапии, который включает в себя исследование гормонального фона, изучение функции яичников по ТФД, УЗИ органов малого таза с доплерометрией яичниковых артерий, оценку церебральной гемодинамики.
4. Впервые доказано, что пациентки, перенесшие апоплексию яичника, нуждаются в длительном диспансерном наблюдении и проведении реабилитационной терапии, направленной на восстановление репродуктивного здоровья женщин и снижение осложнений после перенесенного заболевания.

**Практическая значимость работы.** Разработанный комплекс лечебно-диагностических мероприятий, направленных на улучшение репродуктивного здоровья женщин после перенесенной апоплексии яичника и снижение частоты рецидива заболевания, привел к улучшению здоровья пациенток в 100% случаев и снижению частоты рецидива заболевания до 3,9%.

**Внедрение результатов исследования в практику.** Результаты исследования и разработанные на их основании практические рекомендации внедрены в учебный процесс кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава по теме «Неотложные состояния в гинекологии», в практическую работу гинекологического отделения ОКБ г. Томска, женской консультации и гинекологического отделения родильного дома №4 г. Томска, опубликовано пособие для врачей «Апоплексия яичника: клиника, диагностика, лечение».

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 117 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы (1-я глава), материалов и методов исследования (2-я глава), результатов собственных исследований (3-я глава), результатов обследования и реабилитационной терапии пациенток после перенесенной апоплексии яичника (4-я глава), обсуждения полученных результатов (5-я глава), выводов, практических рекомендаций. Работа содержит 32 таблицы, 2 рисунка. Библиографический указатель включает в себя 161 отечественный и 70 зарубежных источников.

#### **Положения, выносимые на защиту:**

1. Наиболее значимыми факторами риска развития апоплексии яичника являются: возраст до 25 лет, рождение от преждевременных родов, черепно-мозговые травмы, оперативные вмешательства на органах брюшной полости, воспалительные процессы в придатках матки, функциональные образования яичников, инфекции из группы передаваемых половым путем, ранняя половая жизнь, частая смена половых партнеров.
2. Апоплексия яичника чаще возникает во II фазу менструального цикла и обусловлена преимущественно кровоизлиянием в кисту желтого тела и ее разрывом, реже – разрывом доминантного фолликула, желтого тела, фолликулярной кисты и кровоизлиянием в нее.
3. Женщины после перенесенной апоплексии яичника нуждаются в диспансерном наблюдении, исследовании гормонального профиля, центральной, периферической гемодинамики и проведении соответствующей реабилитационной терапии.

**Публикации в научной печати.** По теме диссертации опубликовано 11 работ.

**Апробация диссертации.** Основные положения работы доложены и обсуждены на заседании проблемной комиссии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава (Томск, 2008); VII, VIII Международном конгрессе молодых ученых и специалистов «Науки о человеке» (Томск, 2007; 2008); объединенном заседании кафедр акушерства и гинекологии ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава

(Томск, 2007, 2008); заседания общества акушеров-гинекологов г. Томска (Томск, 2008).

## СОБСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

### Материал и методы исследования

Работа выполнялась с 2005 по 2008 г. на базе кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, в Областной клинической больнице г. Томска (отделение гинекологии, отделение функциональной диагностики, патологоанатомическая лаборатория), в ЛПУ «Центр Перинатальных инфекций» (г. Томск).

Нами изучено 450 случаев апоплексии яичника, из них 303 – по историям болезни женщин, пролеченных в гинекологическом отделении ОКБ с 2000 по 2005 г. и 147 – пациенток обследовано и пролечено за период с 2005 по 2008 г.

В зависимости от клинического течения заболевания были сформированы две группы:

- 1) I – 175 женщин с геморрагической формой,
- 2) II – 275 женщин с болевой формой.

С целью отбора пациенток для исследования были разработаны критерии включения в группы и критерии исключения.

*Критерии включения:* наличие апоплексия яичника; согласие пациентки в клиническом исследовании (в проспективном исследовании).

*Критерии исключения:* наличие внематочной беременности; подкрут кисты и кистомы яичника; некроз опухоли яичника; отказ от участия в исследовании.

Во всех случаях подробно изучен анамнез жизни пациенток, заболевания, данные объективного и бимануального исследования.

Количественный анализ гормонов крови проводился методом электрохемилюминесценции согласно инструкциям по набору в ЛПУ «Центр Перинатальных инфекций».

При поступлении в стационар у 40 пациенток I группы и 40 – II изучены концентрации ФСГ, ЛГ, пролактина, прогестерона, эстрадиола; через 1 месяц после выписки из стационара соответственно у 40 и 40 (на 7–8-й день менструального цикла – ФСГ, пролактин, эстрадиол, на 14–15-й – ЛГ, эстрадиол и 21–24-й – прогестерон, эстрадиол); через 12 месяцев – у 30 и 30 (на 7–8-й день менструального цикла – ФСГ, пролактин, эстрадиол и 21–24-й день – прогестерон, эстрадиол).

ТФД яичников (оценка базальной температуры, феномена зрачка, степени натяжения шеечной слизи, кольпоцитология) проводилась на 7–8, 14–15, 21–24-й дни менструального цикла спустя 3, 6, 12 месяцев после выписки из стационара у 40 женщин I группы и 40 – II, спустя 18 месяцев – у 30 и 30.

УЗИ гениталий на аппарате «Aloka-1700» (Япония) с использованием трансвагинального датчика с частотой 5 МГц при поступлении в стационар выполнено 116 пациенткам I группы и 226 – II. В динамике, спустя 1, 3, 6, 12

месяцев после апоплексии яичника, УЗИ органов малого таза с цветным доплеровским картированием яичниковых артерий на аппарате «Алока-1700» (Япония) с использованием трансвагинального датчика частотой 5 МГц с возможностью визуализации в режимах: ЦДК (цветное доплеровское картирование) и спектрального анализа, в режиме реального времени, совместно с В-режимом визуализации (триплексный режим) проведено 40 женщинам I группы и 40 – II (на 8–9 и 21–24-й дни менструального цикла).

РЭГ выполнена на аппарате «Энцефалан-131-03» (Россия) по схеме РЭГ-4-ФМ, ОМ (стандартная по 6 электродам) на 7–8, 21–22-й дни менструального цикла спустя 1 месяц после выписки из стационара 40 женщинам I группы и 40 – II, спустя 12 месяцев соответственно 30 и 30.

Электрическую активность головного мозга (ЭЭГ) исследовали на аппарате «Энцефалан-131-03» (Россия) спустя 1 месяц после выписки из стационара у 35 пациенток I группы и 35 – II (на 7–8-й день менструального цикла).

Группу контроля, с целью выявления отклонений в вышеперечисленных исследованиях, составили 20 здоровых женщин (средний возраст  $25,7 \pm 2,7$  лет).

Диагностическая, операционная лапароскопия (44 случая в I группе и 90 – во II), лапаротомия (131 случай в I группе) проводилась под общей и проводниковой анестезией по общепринятой методике.

Морфологическое исследование удаленных фрагментов яичника и оболочек кисты выполнено общеморфологическими методами у 169 женщин I группы и у 52 – II.

Диспансерное наблюдение за женщинами (46 – I группы, 57 – II, всего 103) после выписки из стационара составило от 1 до 18 месяцев.

Реабилитация пациенток проводилась двумя курсами в течение первого года после выписки из стационара.

Первый курс реабилитационной терапии проводился спустя 1 месяц после выписки из стационара и на основании оценки объективных, бимануальных данных, результатов исследования гормонов крови, эхографии органов малого таза с доплерометрией яичниковых артерий, ЭЭГ, РЭГ включал:

- гормональное лечение длительностью 3 месяца: при дисфункции яичников – монофазные низкодозированные оральные контрацептивы, при гиперэстрогении – дюфастон (10 мг/сут) с 15 по 26-й день менструального цикла в сочетании с циклической витаминотерапией (1–14-й день менструального цикла пентовит (по 1 драже 3 раза/сут) или Multi-tabs В-complex (по 1 драже 2 раза/сут), 15–26-й день – аевит (по 1 драже 2 раза/сут), аскорбиновая кислота (1г/сут);

- местное лечение курсом 12 дней в I фазу менструального цикла: тампоны с линиментом бальзамическим Вишневого во влагалище, свечи с ихтиолом или метилурацилом в прямую кишку – 1 раз/сут), физиотерапия (ПМП на низ живота, ультратон-терапия);

– препараты, улучшающие гемодинамику и перфузию головного мозга в течение 3 месяцев: винпоцетин 5 мг 3 раза/сут, или танакан 40 мг 3 раза/сут, или винпотропил 5 мг 3 раза/сут.

Второй курс реабилитационной терапии проводился через 6 месяцев после выписки из стационара и на основании объективных, бимануальных данных, результатов эхографии органов малого таза с доплерометрией яичниковых артерий, ТФД яичников включал:

– циклическую витаминотерапию длительностью 3 месяца: 1–14-й день менструального цикла пентовит (по 1 драже 3 раза/сут) или Multi-tabs В-complex (по 1 драже 2 раза/сут), 15–26-й день – аевит (по 1 драже 2 раза/сут), аскорбиновая кислота (1г/сут);

– местное лечение курсом 12 дней в I фазу менструального цикла: тампоны с линиментом бальзамическим Вишневого во влагалище, свечи с ихтиолом или метилурацилом в прямую кишку – 1 раз/сут), физиотерапия (ПМП на низ живота, ультратон-терапия);

– препараты, улучшающие гемодинамику и перфузию головного мозга в течение 3 месяцев: винпоцетин 5 мг 3 раза/сут, или танакан 40 мг 3 раза/сут, или винпотропил 5 мг 3 раза/сут.

Полученные данные подвергались статистической обработке при помощи программы «STATISTICA 6.0 for Windows». Количественные показатели представлены в виде  $M \pm m$ , где  $M$  – среднее значение, а  $m$  – стандартная ошибка среднего. Для показателей, характеризующих качественные признаки, указывались абсолютные числа и относительные величины в процентах. Достоверными считали различия при значении  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Частота встречаемости геморрагической формы апоплексии яичника составила 38,9% случаев, болевой – 61,1%.

Независимо от формы заболевания патологический процесс чаще локализовался в правом яичнике (64,0%), что объясняется его анатомической и физиологической особенностью: а.ovarica отходит от аорты, обилие венозных сосудов, топографическая близость аппендикса [Кудрина Е.А. и соавт., 1991; Савельева Г.М. и соавт., 2005; Прахов А.В. и соавт., 2005; Taylor A.A. et al., 1999; Golash V. et al., 2005].

Анализ принадлежности обследованных к возрастным группам позволил нам выявить, что заболеванию преимущественно были подвержены женщины до 25 лет (66,7%), что, на наш взгляд, обусловлено недостаточной зрелостью структур, регулирующих половую функцию.

Частота встречаемости сопутствующей соматической патологии среди пациенток составила 61,1%. При анализе отдельных нозологий было отмечено, что больные I группы достоверно чаще указали на ранее перенесенные заболевания мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит, цистит) ( $p_{I-II} < 0,05$ ), в то время как во II – хронический тонзиллит ( $p_{I-II} < 0,05$ ).



Кроме того, было установлено, что 31,0% обследованных с апоплексией яичника были рождены от преждевременных родов, 51,0% – ранее перенесли черепно–мозговые травмы, с явным преобладанием вышеперечисленных фактов во II группе ( $p_{I-II} < 0,05$ ), 47,3% – различные оперативные вмешательства на органах малого таза, чаще при функциональных образованиях яичника и аппендэктомии, 27,9% – заболевания из группы ИППП, из них в 70,8% случаев моно- и микстинфекцию хламидиоза.

Половую жизнь в возрасте 14–17 лет начали 57,8% пациенток и у 60,5% – половых партнеров было 5 и более ( $p_{I-II} > 0,05$ ).

Различные гинекологические заболевания перенесли 77,1% женщин, среди которых доминировали воспалительные процессы в придатках матки (44,9%) и функциональные образования яичников (28,4%) ( $p_{I-II} > 0,05$ ).

Вышеперечисленные данные расценены нами как наиболее значимые факторы риска развития апоплексии яичника. Они способствуют гормональной дезадаптации, патоморфологическим изменениям в яичниках, что, по мнению ряда авторов, является необходимым условием для возникновения кровоизлияния в яичник [Карпов М.Ф. и соавт., 1972; Селезнева Н.Д., 1982; Коколина В.Ф., 1994; Степанковский Р.К. и соавт., 2000; Цвелев Ю.В. и соавт., 2004; Савельева Г.М. и соавт., 2005; Кулаков В.И. и соавт., 2005]

В 59,8% случаев обследованные отметили начало заболевания после различных напряжений организма: половой акт (чаще в I группе,  $p_{I-II} < 0,05$ ), физическая нагрузка, стресс. Однако, на наш взгляд, вышеуказанные факторы не могли быть непосредственной причиной кровоизлияния в яичник, но действуя на фоне нарушенного гормонального равновесия, при анатомических изменениях в яичнике в виде кисты желтого тела, мелкокистозного перерождения, персистирующего фолликула и при наличии склерозированных сосудов ведут к кровонаполнению тазовых органов, повышению давления в сосудах и вызывают нарушение их целостности.

В большинстве (69,3%) случаев заболевание манифестировало во II фазу менструального цикла, в 22,0% – в перiovуляторный период. Преобладание больных именно в эти периоды обусловлено физиологическим усиленным притоком крови к яичнику и повышенной проницаемостью сосудов [Персианинов Л.С. и соавт., 1983; Коколина В.Ф., 1994; Панкова О.Ю., 1998; Колгушкина Т.Н., 2000; Степанковский Р.К., 2000; Фадеева Н.И., 2006; Sivanesaratnam V., 1986; Kazadi Buanga J. et al., 1992; Liu Y., 1994]. В I фазу цикла заболело 8,7% женщин, с достоверным преобладанием последних во II группе ( $p_{I-II} < 0,05$ ).

Исследование гормонального профиля пациенток при поступлении в стационар (табл.1) выявило, что в патогенезе рассматриваемой патологии определенное место имеет повышенная секреция гонадотропных гормонов и пролактин, что согласуется с результатами исследований Головой Ю.А. соавт. (1999).

Однако нами были выявлены не только высокие концентрации гормонов центрального генеза, но и эстрадиола, что еще раз указывает на наличии у

пациенток с апоплексией яичника дисфункции в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе.

Таблица 1

**Гормональный профиль обследованных пациенток обеих групп заболевания при поступлении в стационар, М±m**

Показатель	I группа, n=40	II группа, n=40	Контроль, n=20	$p_{I-II}$	$p_{I-K}$	$p_{II-K}$
Пролактин (мМЕ/мл)	859,8±16,1 *	825,1±17,5 *	511,2±24,1	0,63	0,017	0,014
ФСГ (мМЕ/мл)	10,1±2,9 *	4,8±1,4 *	2,8±0,9	0,10	0,041	0,022
ЛГ (мМЕ/мл)	15,2±2,8 *	12,7±2,6 *	5,8±1,9	0,24	0,019	0,015
Эстрадиол (пг/мл)	295,3±36,9 *	200,4±30,1 *	137,5±52,1	0,44	0,045	0,034
Прогестерон (нмоль/)	22,2±3,6 *	15,2±6,0 *	45,5±3,6	0,09	0,011	0,026

Примечание:

\* – статистически значимые различия между группами заболевания и контрольной группой.

Клиническая картина кровоизлияния в яичник складывалась из болевого синдрома (100%), который в I группе достоверно чаще irradiировал в прямую кишку и сопровождался вегето-сосудистыми расстройствами, обусловленными внутрибрюшным кровотечением ( $p_{I-II} < 0,05$ ), тогда как во II – повышением температуры тела ( $p_{I-II} < 0,05$ ).

По данным УЗИ органов малого таза у 80,4% женщин обеих групп были выявлены признаки апоплексии яичника и у 62,6% – они характеризовались наличием в пораженном яичнике жидкостного включения гипо- или анэхогенной структуры (22,5±3,6 мм), у остальных – нечеткостью контуров пораженного яичника и наличием жидкости вокруг него. Свободная жидкость в заднем своде влагалища была выявлена в 76,9% случаев, с достоверным преобладанием в I группе ( $p_{I-II} < 0,05$ ).

Характер пунктата, полученный во время кульдоцентеза, в значительной степени исключил диагноз острого аппендицита, и определил тактику ведения больной. Так, эвакуация крови у пациенток с геморрагической формой заболевания явилась показанием для их хирургического лечения в экстренном порядке (100%). Обследованные с болевой формой подлежали консервативной терапии: в 32,4% случаев пунктат не был получен, в 67,6% – получена серозная, серозно-геморрагическая жидкость в различных объемах.

В I группе во время оперативных вмешательств было выявлено внутрибрюшное кровотечение (100%), вследствие разрыва кисты желтого тела у 72,0% больных, желтого тела – у 20,0%, фолликулярной кисты – у 8,0%.

Во II группе во время обзорной лапароскопии было установлено, что в 42,2% случаев апоплексия яичника была обусловлена разрывом доминантного

фолликула, в 50,0% – кровоизлиянием в кисту желтого тела, в 7,8% – фолликулярную кисту.

Следовательно, использование дополнительных методов исследования в значительной степени способствует постановке правильного диагноза. В большинстве случаев причиной апоплексии яичника является кровоизлияние в кисту желтого тела и ее разрыв (64,5%), реже – разрыв доминантного фолликула (14,3%), желтого тела (13,3%), кровоизлияние в фолликулярную кисту и ее разрыв (7,9%).

### Результаты исследований проведенных в последующем менструальном цикле после апоплексии яичника

Исследование гормонов крови в последующем менструальном цикле после апоплексии яичника выявило, что у пациенток сохраняется гормональная дисфункция в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе: ановуляторный менструальный цикл по типу гиперэстрогении в I группе, яичниковая дисфункция во II (табл. 2).

Таблица 2

#### Гормональный профиль пациенток в последующем менструальном цикле после апоплексии яичника, $M \pm m$

Показатель	I группа, <i>n</i> =40	II группа, <i>n</i> =40	Контроль, <i>n</i> =20	<i>p</i> <sub>I-II</sub>	<i>p</i> <sub>I-K</sub>	<i>p</i> <sub>II-K</sub>
I фаза цикла						
Пролактин (мМЕ/мл)	998,6±46,1 *	893,1±56,8 *	511,2±24,1	0,66	0,026	0,022
ФСГ (мМЕ/мл)	14,0±1,4 *	7,6±1,8 *	6,6±1,7	0,35	0,049	0,037
Эстрадиол (пг/мл)	221,5±25,4 *; ^	63,9±4,5 *	91,2±5,3	0,004	0,042	0,006
Середина цикла						
ЛГ (мМЕ/мл)	18,1±2,8 *	15,2±3,3 *	29,3±3,1	0,29	0,039	0,042
Эстрадиол (пг/мл)	226,9±2,6 *; ^	88,9±2,6 *	112,8±19,2	0,007	0,034	0,009
II фаза цикла						
Прогестерон (нмоль/л)	75,2±10,4 *	69,4±3,8 *	45,5±3,6	0,51	0,035	0,028
Эстрадиол (пг/мл)	270,9±20,9 *; ^	193,7±16,3 *	137,5±52,1	0,038	0,044	0,019

Примечание:

\* – статистически значимые различия между группами заболевания и контрольной группой;

^ – статистически значимые различия между группами I и II.

По данным УЗИ органов малого таза патологических изменений не были выявлено. При проведении цветного доплеровского картирования было установлено, что у обследованных женщин II группы в I фазу менструального цикла в ранее пораженном яичнике имело место повышение индекса сосудистого сопротивления. Во II фазу цикла аналогичные изменения в ранее пораженном яичнике присутствовали у пациенток обеих групп заболевания, а также была выявлена сниженная максимальная систолическая скорость артериального кровотока (табл.3).

Таблица 3

**Показатели интраовариального стромального кровотока, у обследованных женщин спустя 1 месяц после заболевания,  $M \pm m$**

Показатель	Группа I, $n=40$	Группа II, $n=40$	Контроль, $n=20$	$p_{I-II}$	$p_{I-K}$	$p_{II-K}$
I фаза менструального цикла						
ИР 1	0,53±0,03	0,72±0,05 *,^	0,58±0,02	0,007	0,11	0,021
МАС 1	17,99±1,55	18,82±1,89	15,92±0,41	0,72	0,25	0,18
ИР 2	0,59±0,02	0,67±0,05	0,54±0,02	0,07	0,54	0,05
МАС 2	14,35±0,80	19,71±2,11	13,33±3,44	0,07	0,55	0,11
II фаза менструального цикла						
ИР 1	0,53±0,03*	0,56±0,05*	0,43±0,01	0,79	0,042	0,037
МАС 1	16,83±1,90*	17,40±0,9*	28,31±2,44	0,40	0,007	0,011
ИР 2	0,55±0,03	0,58±0,05	0,53±0,02	0,96	0,24	0,21
МАС 2	13,31±0,77	16,68±1,88	12,09±3,32	0,08	0,65	0,07

Примечание:

\* – статистически значимые различия между группами заболевания и контрольной группой;

^ – статистически значимые различия между группами I и II.

1 – в ранее пораженном яичнике;

2 – в здоровом яичнике.

Анализ ЭЭГ показал, что пациентки, перенесшие апоплексию яичника, по сравнению с контрольной группой, имели общемозговые проявления легкой степени функционального характера (альфа-активность низкого индекса, с нечеткой модуляцией или ее отсутствием, сглаженность зональных различий).

Церебральная гемодинамика у обследованных пациенток обеих групп заболевания характеризовалась повышенными параметрами РЭГ в I фазу менструального цикла и преимущественно повышенным индексом пульсового кровенаполнения во II фазу цикла, а также затрудненным венозным оттоком во II группе (табл.4,5).

Таблица 4

**Показатели РЭГ у обследованных пациенток обеих групп заболевания в I фазу менструального цикла  
спустя 1 месяц после апоплексии яичника, М±m**

Показатели		Группа I, n=40	Группа II, n=40	Контроль, n=20	<i>p</i> I-II	<i>p</i> I-K	<i>p</i> II-K
ЧСС		85,27±3,68	81,07±4,83	77,52±1,58	0,98	0,88	0,75
<b>Фронтально-мастоидальное отведение</b>							
РИ, Ом	слева	0,16±0,01*	0,21±0,02 ^;*	0,13±0,01	0,022	0,035	0,012
	справа	0,16±0,02*	0,21±0,02 ^; *	0,13±0,02	0,044	0,035	0,012
ППСС, %	слева	76,60±2,04	75,73±2,90	75,02±2,01	0,93	0,72	0,75
	справа	77,19±2,09	76,20±2,10	77,15±1,98	0,98	0,99	0,85
ВРПВ, мс	слева	159,19±2,30*	184,53±6,76*	149,50±1,04	0,32	0,007	0,004
	справа	160,00±6,49*	183,00±19,59*	149,12±2,55	0,37	0,009	0,005
ИВО, %	слева	20,40±1,55	33,73±3,04 ^;*	17,32±3,54	0,041	0,14	0,008
	справа	20,87±1,46	34,60±3,15 ^;*	18,55±2,19	0,039	0,17	0,006
<b>Окципито-мастоидальное отведение</b>							
РИ, Ом	слева	0,14±0,01*	0,15±0,02 *	0,09±0,01	0,33	0,032	0,029
	справа	0,14±0,01*	0,15±0,02*	0,10±0,02	0,29	0,045	0,044
ППСС, %	слева	76,13±3,87	67,94±2,22 ^;*	74,09±1,33	0,042	0,55	0,007
	справа	75,80±3,92	70,07±6,05	79,12±2,76	0,76	0,24	0,18
ВПРС, мс	слева	153,20±6,85	173,47±5,22 ^;*	144,33±3,29	0,030	0,21	0,005
	справа	154,47±6,70	173,20±4,12 ^;*	143,92±2,14	0,033	0,23	0,006
ИВО, %	слева	23,67±1,94*	34,33±3,60 ^;*	16,91±1,59	0,026	0,031	0,004
	слева	25,33±1,96*	32,07±2,20 ^;*	18,88±1,64	0,018	0,037	0,006

Примечание:

^ – статистически значимые различия между группами I и II;

\* – статистически значимые различия между группами заболевания и контрольной группой.

Таблица 5

**Показатели РЭГ у обследованных пациенток обеих групп заболевания во II фазу менструального цикла спустя 1 месяц после апоплексии яичника, М±m**

Показатели		Группа I, n=40	Группа II, n=40	Контроль, n=20	<i>p</i> <sub>I-II</sub>	<i>p</i> <sub>I-K</sub>	<i>p</i> <sub>II-K</sub>
ЧСС		90,11±5,97*	87,92±3,53*	73,62±2,11	0,69	0,041	0,044
<b>Фронтально-мастоидальное отведение</b>							
РИ, Ом	слева	0,16±0,01*	0,18±0,01*	0,12±0,01	0,76	0,039	0,027
	справа	0,16±0,01*	0,17±0,01*	0,12±0,01	0,69	0,039	0,029
ППСС, %	слева	71,33±4,20	74,85±6,58	72,72±2,09	0,76	0,75	0,68
	справа	71,11±4,22	75,85±6,56	74,75±2,66	0,46	0,63	0,72
ВРПВ, мс	слева	154,89±7,90	154,38±4,11	149,88±3,33	0,92	0,45	0,44
	справа	156,89±8,00	156,54±3,75	148,56±2,87	0,74	0,48	0,46
ИВО, %	слева	20,78±1,80	28,54±1,96 <sup>^</sup> ;	20,62±1,61	0,045	0,64	0,038
	справа	20,78±1,79	31,08±1,30 <sup>^</sup> ;	21,43±0,98	0,026	0,56	0,031
<b>Окципитально-мастоидальное отведение</b>							
РИ, Ом	слева	0,15±0,02*	0,17±0,02*	0,09±0,01	0,41	0,029	0,026
	справа	0,12±0,02	0,14±0,01*	0,10±0,01	0,59	0,11	0,035
ППСС, %	слева	72,33±3,35	72,92±5,59	71,81±2,95	0,97	0,75	0,76
	справа	72,00±3,15	69,77±4,52	74,25±1,53	0,82	0,63	0,58
ВПРС, мс	слева	148,11±3,45	153,85±3,86*	143,38±2,47	0,19	0,44	0,041
	справа	149,78±8,09	153,77±4,55	143,89±3,34	0,82	0,51	0,45
ИВО, %	слева	22,44±1,90	27,92±5,24	23,29±1,07	0,74	0,25	0,21
	справа	22,56±2,10	29,46±5,25	20,07±1,16	0,44	0,26	0,18

Примечание:

<sup>^</sup> – статистически значимые различия между группами I и II;

\* – статистически значимые различия между группами заболевания и контрольной группой.

Таким образом, спустя 1 месяц после апоплексии яичника клинических проявлений у женщин не было обнаружено. Однако данные дополнительных методов исследования выявили ряд изменений, которые присутствовали у пациенток обеих групп заболевания на протяжении всего менструального цикла: гормональный дисбаланс по типу гиперэстрогенной ановуляции в I группе и дисфункции яичников во II, высокорезистентный кровоток в ранее пораженном яичнике, общемозговые проявления функционального характера легкой степени, повышенные показатели церебральной гемодинамики.

Все вышеперечисленное явилось основанием для проведения комплекса реабилитационной терапии.

### **Результаты диспансерного наблюдения и реабилитационной терапии**

За время наблюдения пациентки активно жалоб не предъявляли. При объективном, бимануальном обследовании патологических изменений не было обнаружено.

По данным УЗИ органов малого таза у обследованных обеих групп заболевания толщина нарастания М-эха и объема яичников соответствовали фазам менструального цикла.

При цветном картировании яичниковых артерий изменения в интраовариальном стромальном кровотоке у пациенток, перенесших апоплексию яичника, были выявлены только во II фазу менструального цикла в ранее пораженном яичнике. Так, у обследованных II группы на протяжении 3 месяцев после заболевания были зафиксированы повышенные показатели индекса резистентности сопротивления сосудов, тогда как в I группе – он имел тенденцию к нормализации и достоверно не отличался от контрольной группы лишь к 12 месяцу. Максимальная систолическая скорость артериального кровотока в обеих группах заболевания в течение всего времени наблюдения оставалась сниженной.

По результатам ТФД яичников было отмечено, что спустя 3–6 месяцев после апоплексии яичника более 50,0% женщин имели ановуляторный менструальный цикл, спустя 12 месяцев – 18,8%, 18 месяцев – 8,3%. Статистически значимых различий между группами I и II не было выявлено.

Гормональный фон пациенток спустя 12 месяцев после апоплексии яичника достоверно не отличался от показателей здоровых женщин.

Данные церебральной гемодинамики на фоне проведенной терапии характеризовались нормализацией всех параметров, за исключением индекса пульсового кровенаполнения, который сохранялся повышенным во II фазу менструального цикла у обследованных обеих групп заболевания в фронто–мастоидальном отведении.

У 27,2% женщин наступила желанная беременность, остальные – предохранялись.

Рецидив заболевания был выявлен спустя 6 месяцев у 2,9% обследованных II группы и спустя 12 месяцев у 1,2% - I группы (всего 3,9%).

Таким образом, проведение двух курсов патогенетически обоснованной реабилитационной терапии в течение 12 месяцев привело к нормализации почти всех изученных показателей церебральной гемодинамики, индекса резистентности сосудистого сопротивления в ранее пораженном яичнике, а также восстановлению двухфазного менструального цикла у 91,6% женщин и снижению частоты рецидива апоплексии яичника до 3,9%.

## ВЫВОДЫ

1. Апоплексия яичника преимущественно обусловлена кровоизлиянием в кисту желтого тела и ее разрывом (64,5%), реже – разрывом доминантного фолликула (14,3%), желтого тела (13,3%), фолликулярной кисты и кровоизлиянием в нее (7,9%).
2. Наиболее значимыми факторами риска развития апоплексии яичника являются: возраст до 25 лет (66,7%), рождение от преждевременных родов (31,0%), черепно-мозговые травмы (51,0%), оперативные вмешательства на органах брюшной полости (47,3%), воспалительные процессы в придатках матки (44,9%), функциональные образования яичников (28,4%), инфекции из группы ИППП (27,9%), ранняя половая жизнь (57,8%), частая смена половых партнеров (60,5%).
3. Комплекс обследования больных после перенесенной апоплексии яичника, помимо общеклинических методов, включает изучение функции яичников (ТФД, определение количественных показателей гормонов крови), УЗИ органов малого таза с доплерометрией яичниковых артерий, оценку церебральной гемодинамики.
4. Комплекс реабилитационной терапии после перенесенной апоплексии яичника включает в себя препараты, улучшающие церебральную гемодинамику, функцию и кровоток в яичниках, противовоспалительную терапию.
5. Диспансерное наблюдение пациенток с включением профилактического лечения способствовало улучшению показателей гормонального статуса, церебральной и периферической гемодинамики в 100% случаев и снижению частоты рецидива заболевания до 3,9%.



## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Все женщины, входящие в группу риска по возникновению апоплексии яичника, должны находиться на диспансерном учете и не менее одного раза в год проходить оценку гормонального профиля, церебральной гемодинамики, УЗИ органов малого таза с доплерометрией яичниковых артерий. В зависимости от выявленных нарушений получать соответствующую коррекцию.
2. Пациентки, перенесшие апоплексию яичника, после выписки из стационара в течение 12 месяцев должны получать 2 курса реабилитационной терапии. Первый курс реабилитационной терапии проводится спустя 1 месяц после выписки из стационара и на основании оценки объективных, бимануальных данных, результатов исследования гормонов крови, эхографии органов малого таза с доплерометрией яичниковых артерий, ЭЭГ, РЭГ включает:
  - гормональное лечение длительностью 3 месяца: при дисфункции яичников – монофазные низкодозированные оральные контрацептивы, при гиперэстрогении – дюфастон (10 мг/сут) с 15 по 26-й день менструального цикла в сочетании с циклической витаминотерапией (1–14-й день менструального цикла пентовит (по 1 драже 3 раза/сут) или Multi-tabs В-complex (по 1 драже 2 раза/сут), 15–26-й день – аевит (по 1 драже 2 раза/сут), аскорбиновая кислота (1г/сут);
  - местное лечение курсом 12 дней в I фазу менструального цикла: тампоны с линиментом бальзамическим Вишневского во влагалище, свечи с ихтиолом или метилурацилом в прямую кишку – 1 раз/сут), физиотерапия (ПМП на низ живота, ультратон-терапия);
  - препараты, улучшающие гемодинамику и перфузию головного мозга в течение 3 месяцев: винпоцетин 5 мг 3 раза/сут, или танакан 40 мг 3 раза/сут, или винпотропил 5 мг 3 раза/сут.Второй курс реабилитационной терапии проводится через 6 месяцев после выписки из стационара и на основании результатов повторного исследования гормонального фона, центральной и периферической гемодинамики, УЗИ органов малого таза включает:
  - циклическую витаминотерапию длительностью 3 месяца: 1–14-й день менструального цикла пентовит (по 1 драже 3 раза/сут) или Multi-tabs В-complex (по 1 драже 2 раза/сут), 15–26-й день – аевит (по 1 драже 2 раза/сут), аскорбиновая кислота (1г/сут);
  - местное лечение курсом 12 дней в I фазу менструального цикла: тампоны с линиментом бальзамическим Вишневского во влагалище, свечи с ихтиолом или метилурацилом в прямую кишку – 1 раз/сут), физиотерапия (ПМП на низ живота, ультратон-терапия);
  - препараты, улучшающие гемодинамику и перфузию головного мозга в течение 3 месяцев: винпоцетин 5 мг 3 раза/сут, или танакан 40 мг 3 раза/сут, или винпотропил 5 мг 3 раза/сут.

**Список работ, опубликованных по теме диссертации**

1. Кох, Л.И. Клиническая характеристика различных форм апоплексии яичника / Л.И. Кох, Н.В. Содномова // Материалы межрегиональной научно-практической конференции посвященной 20-летию кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС Алтайского государственного медицинского университета «Немедикаментозные методы лечения и актуальные вопросы в акушерско-гинекологической практике». – Барнаул, 2006. – С. 48–49.
2. Кох, Л.И. Клинико-диагностические критерии апоплексии яичников / Л.И. Кох, Н.В. Содномова Н.Г. Балакшина // Материалы I регионального научного форума «Мать и дитя». – Казань, 2007. – С. 272–273.
3. Кох, Л.И. Нозологии, маскирующие диагноз апоплексия яичников / Л.И. Кох, Н.В. Содномова, А.В. Кириллов // Материалы 11-й научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Вестник Кузбасского научного центра, г. Кемерово. – 2007. – Вып. 4. – С. 238-241.
4. Кох, Л.И. Методы дифференциальной диагностики «острого живота», при различных формах апоплексии яичника / Л.И. Кох, Н.В. Содномова // Материалы IX Всерос. науч. форума «Мать и дитя». – М., 2007. – С. 431–432.
5. Содномова, Н.В. К вопросу терминологии апоплексии яичника / Н.В. Содномова, А.В. Кириллов // Материалы VIII конгресса молодых ученых и специалистов «Науки о человеке». – Томск, 2007. – С. 156–157.
6. Кох, Л.И. Особенности гормонального фона у больных с различными формами апоплексии яичника / Л.И. Кох, Н.В. Содномова // Материалы I междисциплинарной научно-практической конференции «Вопросы качества жизни женщин в пери- и постменопаузальном периоде». – Томск, 2007. – С. 78-81.
7. Содномова, Н.В. Дифференциальная диагностика «острого живота», обусловленного болевой формой апоплексии яичника / Н.В. Содномова, Н.Г. Балакшина // Сборник трудов Томской областной больницы. – Томск, 2007. – Вып. XIV. – С. 91–93.
8. Факторы риска апоплексии яичника / Л.И. Кох, Н.В. Содномова, Н.Г. Балакшина, А.В. Тардакина // Сибирский медицинский журнал. – 2007. – №4. – Т.22. – С. 45–48.
9. Кох, Л.И. Клинико-морфологические особенности различных форм апоплексии яичника / Л.И. Кох, Н.В. Содномова. А.В. Кириллов // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – №1. – Т.7. – С. 76–79.
10. Кох, Л.И. Особенности эхографической картины с цветной доплерометрией после перенесенной апоплексии яичника / Л.И. Кох, Н.В. Содномова, А.В. Кириллов // Материалы XII Российской научно-практической конференции «Нерешенные и дискуссионные вопросы в акушерстве и гинекологии». – Медицина в Кузбассе, г. Кемерово. – 2008. – №.4 – С. 47–49.
11. Кох, Л.И. Морфологические аспекты различных форм апоплексии яичников / Л.И. Кох, Н.В. Содномова // Сборник научных трудов межрегиональной

научно-практической конференции «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Красноярск, 2008. – С.55–58.

### Список условных сокращений

ВРПВ – время распространения пульсовой волны  
ИВО – индекс венозного оттока  
ИППП – инфекции передаваемые половым путем  
ИР – индекс резистентности  
КОК – комбинированные оральные контрацептивы  
ЛГ – лютеинизирующий гормон  
МАС – максимальная систолическая скорость артериального кровотока  
ОКБ – областная клиническая больница  
ППСС – показатель периферического сопротивления сосудов  
РИ – реографический индекс  
РЭГ – реоэнцефалография  
ТФД – тесты функциональной диагностики  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
ФСГ – фолликулостимулирующий гормон  
ЧСС – частота сердечных сокращений  
ЭЭГ – электроэнцефалография