

Клинико-морфологические особенности различных форм апоплексии яичников

Кох Л.И.¹, Содномова Н.В.¹, Кириллов А.В.²

Clinical and morphological peculiarities of different forms of ovarian apoplexy

Kokh L.I., Sodnomova N.V., Kirillov A.V.

¹ Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

² Томская областная клиническая больница, г. Томск

© Кох Л.И., Содномова Н.В., Кириллов А.В.

С целью выявления особенностей клинико-морфологической картины различных форм апоплексии яичников проведен анализ 303 историй болезни пациенток гинекологического отделения областной клинической больницы г. Томска за 2000—2005 гг.

Установлено, что апоплексия яичника характерна для молодых женщин, имеющих в анамнезе различную гинекологическую патологию и спаечный процесс в малом тазу. Результаты комплексной диагностики с последующим морфологическим исследованием указывают, что под маской апоплексии яичника чаще имеет место разрыв кисты желтого тела, фолликулярной кисты.

Ключевые слова: апоплексия яичника, разрыв кисты желтого тела, кровоизлияние в кисту желтого тела.

With the aim of revealing clinical-and-morphological peculiarities of different forms of ovarian apoplexy, there has been an analysis carried out covering 303 case histories of the Gynaecology Department of the Regional Clinical Hospital, Tomsk for the period from 2000 to 2005.

It has been established that the ovarian apoplexy is characteristic of young women having in past history a gynaecological pathology and an adhesive process in pelvis minor. The results of complex diagnostics with a subsequent morphological investigation reveal the fact that instead of ovarian apoplexy, it is more often a corpus luteum rupture and follicular cyst rupture that actually take place.

Key words: ovarian apoplexy, corpus luteum rupture, hemorrhage corpus luteum, follicular cyst rupture.

УДК 618.11-005.1-07-03

Введение

Апоплексия яичника (*apoplexia ovarii*) определяется как внезапно наступившее 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 [4, 7—9, 11, 12, 14].

Первый случай апоплексии яичника описал Scanzoni в 1845 г., наблюдавший скопление 3 л крови при вскрытии 18-летней девушки, умершей во время менструации. Прошло уже более 100 лет, однако вопрос об апоплексии яичника не получил достаточного освещения в литературе. Так, отсутствует единый взгляд на этиологию, патогенез, клиническое течение, диагностику, принципы лечения данного заболевания [3, 4, 7, 13, 15].

Апоплексия яичника является одной из главных причин возникновения синдрома острого живота у женщин репродуктивного возраста, из них 75% не достигают возраста 30 лет [2, 5, 8, 15]. Данная патология встречается примерно в 0,3% случаев всех гинекологических болезней и в 1—3% случаев становится причиной внутрибрюшного кровотечения [1, 2, 7, 9, 11, 15]. Отсутствие постоянных симптомов и строго очерченной, свойственной только для апоплексии яичника симптоматики, чрезвычайно разнообразие течения заболевания, многопричинность его делают диагностику апоплексии одной из трудных задач в гинекологической практике [1—3, 5, 6]. Наиболее часто при апоплексии яичника ставится диагноз острого аппендицита, а при обильном внутреннем кровотечении — внематочной беременности [1, 2, 5, 6, 11, 12]. Подозрение на апоплексию яичника требует неотложной госпитализации пациентки, клинически-

го наблюдения и лечения. Хирургическому лечению подвергаются 40% больных [8, 9, 14, 15].

Цель исследования — на основании изучения особенностей клинической картины, морфологических данных определить основные нозологические заболевания, маскирующиеся под диагнозом апоплексии яичника.

Материал и методы

Проанализировано 303 истории болезни женщин в возрасте 15—44 лет с диагнозом апоплексии яичника, пролеченных в гинекологическом отделении областной клинической больницы г. Томска в период с 2000 по 2005 г. Диагноз верифицирован на основании анамнестических, клинических, ультразвуковых, лапароскопических, операционных и морфологических заключений.

В зависимости от формы апоплексии яичника были сформированы две группы: первая — болевая (192 пациентки), вторая — геморрагическая (111 человек). Поскольку изучаемые параметры представляли собой качественные признаки (частота встречаемости, выраженная в процентах), проверку достоверности различий производили при помощи точного теста Фишера. Статистическую обработку результатов осуществляли при помощи пакета программ Statistica 6.0. Статистически значимыми считали различия $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Болевая форма апоплексии яичника составила 63,4%, геморрагическая — 36,6%.

Данная патология преобладала у юных и молодых женщин до 25 лет. Частота ее снижается в возрасте 26—30 лет и имеет некоторую тенденцию к росту в возрастной группе 36—44 года (таблица).

Распределение больных с апоплексией яичника в зависимости от возраста, абс. (%)

Группа	Возраст больных, лет				
	15—20	21—25	26—30	31—35	36—44
1-я	64 (33,4)*	59 (30,7)*	27 (14,0)	14 (7,3)	28 (14,6)
2-я	26 (23,4)	47(42,3)	19 (17,1)	9 (8,1)	10 (9,0)
Итого	90 (29,7)	106 (35,0)	46 (15,2)	23 (7,6)	38 (12,5)

Страничка практического врача

* $p < 0,05$ в группах сравнения.

Болевая форма апоплексии правого яичника наблюдалась в 56,8% случаев, левого — в 43,2%, геморрагическая соответственно в 64,0 и в 36,0% случаев. Таким образом, при обеих формах чаще патология превалировала в правом яичнике.

Из анамнеза выяснено, что менархе наступало в возрасте 11—14 лет у 81,1% женщин 1-й группы и у 85,6% — 2-й, старше 15 лет соответственно у 17,3 и 11,6%, до 11 лет у 1,6 и 2,8%. Менструальный цикл был регулярным соответственно у 85,9 и 89,2% женщин.

При поступлении почти все обследованные жили половой жизнью. *Virgo* составили 5,7% обследованных в 1-й группе и 3,6% во 2-й.

Беременности имели 51,5% пациенток 1-й группы и 60,0% — 2-й, из них роды соответственно 77,8 и 76,2%, медицинский аборт 71,7 и 71,6%, самопроизвольный выкидыш 9,0 и 15,0%, т.е. 2/3 всех больных имели роды, аборт.

Различными методами контрацепции пользовались 73,0% женщин 1-й группы и 70,0% — 2-й; в обеих группах превалировали *condom* (53,8 и 50,0%) и *coitus interruptus* (22,7 и 34,7%; $p < 0,05$).

Более половины пациенток обеих групп имели те или иные экстрагенитальные заболевания: желудочно-кишечного тракта (43,7 и 43,9%), мочевыделительной системы (20,8 и 31,6%), хронический бронхит (2,1 и 3,5%), патологию нервной системы (эпилепсия, черепно-мозговая травма) (7,3 и 21,0%) ($p < 0,05$). Хронический тонзиллит в 2,1% случаев, гипотиреоз в 4,2%, гипоталамический синдром в 5,2%, заболевания сердечно-сосудистой системы в 14,6% имели только пациентки 1-й группы.

Гинекологические заболевания отмечены у 78,6% обследованных 1-й группы и 75,7% 2-й: воспаления придатков у 25,2 и 39,3% ($p < 0,05$), кисты яичников у 33,1 и 23,8%, НМЦ у 19,9 и 14,2% ($p < 0,05$), миома матки у 6,6 и 2,4%, эрозия шейки матки у 9,3 и 10,7% соответственно. Ранее апоплексию яичника перенесли 5,9% пациенток в 1-й группе и 9,6% во 2-й, из них болевая форма составила соответственно 2,6 и 4,8%, геморрагическая — 3,3 и 4,8%.

Оперативные вмешательства в анамнезе указали 52,0% женщин с болевой формой апоплексии яичника и 42,2% с геморрагической. Операции на брюшной полости (аппендэктомия, пластика пупочной грыжи, холецистэктомия) составили 44,0% случаев в 1-й группе и 60,4% во 2-й ($p < 0,05$), на органах малого таза (кесарево сечение, ампутация матки, удаление яичника, энуклеация оболочек кист яичников) соответственно 56,0 и 39,6% ($p < 0,05$). Следовательно, для большинства пациенток было характерно наличие гинекологической и экстрагенитальной патологии, причем почти каждая вторая женщина ранее перенесла оперативные вмешательства на органах малого таза.

Основной жалобой независимо от формы заболевания являлась боль внизу живота. Однако болевой симптом с иррадиацией в прямую кишку был более характерен для женщин 2-й группы (23,0 и 41,4% соответственно, $p < 0,05$). В ряде случаев боль сопровождалась кровянистыми выделениями из половых путей (8,3 и 3,6%, $p < 0,05$) и вегетососудистыми проявлениями, такими как головокружение (11,5 и 18,9%, $p < 0,05$), тошнота (7,9 и 11,7%), сухость во рту (12,5 и 17,1%), общая слабость (8,3 и 18,0%, $p < 0,05$), рвота (2,6 и 2,75%), субфебрильная температура (6,3 и 3,6%), учащенное мочеиспускание (1,6 и 0% соответственно).

Болевой симптом возник в покое у 56,7% женщин в 1-й группе и у 36,9% во 2-й ($p < 0,05$), после полового акта у 34,0 и у 51,4% ($p < 0,05$), после физической нагрузки у 9,3 и у 11,7% соответственно.

Апоплексия яичника чаще возникала во II фазу цикла (73,5% случаев в 1-й группе и 71,2% во 2-й).

Для верификации диагноза 79,2% пациенток 1-й группы и 62,6% 2-й группы проведено УЗИ гениталий. По данным эхографии диагноз апоплексии яичника (нечеткость контуров придатков с наличием жидкости в их области) установлен в 38,2% случаев в 1-й группе и в 45,0% — во 2-й, апоплексия кисты яичника (гипоэхогенное образование диаметром 20—30 мм) соответственно в 29,0 и в 36,2% ($p < 0,05$), подозрение на внематочную беременность в 7,2 и 11,6%, признаки оофорита в 1,3 и 2,9%, патологии не найдено в 8,5 и 4,3%; киста яичника с признаками кровоизлияния (гипоэхогенное образование диаметром 20—30 мм с мелко- или среднедисперсным содержимым) выявлена в 15,8% только в 1-й группе ($p_{1-2} < 0,05$).

Кульдоцентез проведен 49,5% больным 1-й группы и 82,0% — 2-й. У пациенток 1-й группы в 36,8% случаев пунктат не получен, в остальных — получена серозно-геморрагическая жидкость в различных объемах: в 13,7% — 5 мл, 14,7% — 10 мл, в 10,5% — 20 мл, в 24,3% свыше 20 мл. У больных 2-й группы в 100% получена кровь.

На основании полученных данных правильный диагноз был установлен у 78,6% обследованных 1-й группы и у 72,0% — 2-й ($p < 0,05$). В остальных случаях конкурировали такие диагнозы, как внематочная беременность, острый аппендицит, обострение хронического сальпингоофорита. Окончательный диагноз верифицирован во время оперативного вмешательства. Диагностическая лапароскопия для исключения острой хирургической патологии проведена 21,4% (41 случай) пациенток с болевой формой апоплексии яичника. Из них в 30 случаях выявлена стигма овуляции, в 11 случаях — киста яичника с кровоизлиянием (у последних выпол-

нена энуклеация кисты). Во 2-й группе диагностическая лапароскопия с переходом в лечебную проведена у 16,2% обследованных. Во всех случаях выставлен диагноз разрыва кисты яичника и произведена ее энуклеация. Остальные пациентки (83,8%) с геморрагической формой апоплексии яичника были подвержены хирургическому лечению лапаротомным доступом. Интраоперационные диагнозы: апоплексия яичника — 26,0%, разрыв кисты яичника — 74,0%. Выполнены следующие объемы операции: энуклеация оболочек кисты — 64,0%, резекция яичника — 23,4%, ушивание яичника — 12,6%. Надо отметить, что во всех случаях независимо от формы заболевания размер кисты яичников не превышал 4 см.

Пациентки 1-й группы получали консервативное лечение: инфузионную терапию, спазмолитики, физиолечение. В 15,6% случаев в связи с отсутствием положительного эффекта от лечения (сохраняющийся болевой синдром) было проведено оперативное вмешательство. Во время операции всем пациенткам был выставлен диагноз кисты яичника с кровоизлиянием и выполнен объем операции — энуклеация кисты яичника.

Последующая гистологическая картина удаленных препаратов выявила, что в основе апоплексии яичника преобладают кисты: кровоизлияние в кисту желтого тела соответственно в 76,7 и 70,3%, кровоизлияние в фолликулярную кисту в 23,3 и 9,9% ($p < 0,05$). Кровоизлияние в желтое тело (18,0%), паренхиматозное кровоизлияние (1,8%) встретились только при геморрагической форме апоплексии яичника.

Анализируя полученные данные, можно согласиться, что под маской апоплексии яичника чаще имеет место разрыв кисты яичника — кисты желтого тела, фолликулярной кисты, что согласуется с данными ряда авторов: В.Ф. Коколина (1994), Г.М. Савельева (1986), В.Н. Марковский (1988), А.А. Вербенко (1970), О.Ю. Панкова (1998), J.S. Beker (2002), V. Sivanesaratnam (1986).

В пользу диагноза кисты яичника указывает не только гистологическое исследование, но и результаты эхографии органов малого таза, при котором в 65,2% определялась киста яичника диаметром 20—30 мм, а также результаты кульдоцентеза (при кульдоцентезе в 63,2% получена серозно-геморрагическая жидкость).

Заключение

Таким образом, анализ 303 историй болезни пациенток показал, что апоплексия яичника чаще встречается у юных и молодых женщин, причем болевая форма преобладает у

возрасте до 20 лет, а геморрагическая — после 20. Обе формы чаще встречаются во II фазу менструального цикла и доминируют в правом яичнике. Если болевая форма возникает преимущественно на фоне покоя, то геморрагическая после физических напряжений.

Факторами риска возникновения апоплексии яичника для женщин обеих групп является наличие у 2/3 из них различной гинекологической патологии, а также спаечного процесса после различных оперативных вмешательств на органах малого таза.

Клиника данного заболевания складывается из картины острого живота, где на первое место выходит болевой симптом.

Результаты комплексной диагностики указывают, что под маскирующим диагнозом апоплексии яичника чаще всего имеет место разрыв кисты яичника — кисты желтого тела, фолликулярной кисты.

Литература

1. Альперович Б.И., Соловьев М.М. Неотложная хирургия живота. Томск: ИД «Курсив», 1998. С. 153—155.
2. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1996. С. 6—34.
3. Ваулина К.А. Спонтанные разрывы яичника // Сб. науч. работ обл. хирург. общества, г. Иваново. 1975. № 1. С. 130—135.
4. Вербенко А.А. Апоплексия яичников. М.: Медицина, 1970. 70 с.
5. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков. СПб.: Фолиант, 2000. С. 242—275.
6. Дехтярь Е.Г. Острый живот у женщин. М.: Медицина, 1971. С. 147—154.
7. Карпов М.Ф., Могучева Л.А. Апоплексия яичника в неотложной хирургии // Вопросы неотложной хирургии. Горький, 1972. С. 211—214.
8. Коколина В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков. М.: Информатик, 1997. С. 280—286.
9. Коколина В.Ф. Острый живот в детской гинекологии // Мед. помощь. 1994. № 3. С. 25—27.
10. Колгушкина Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии. Минск: Вышэйшая школа, 2000. С. 276—280.
11. Панкова О.Ю., Евсеева А.А., Бреусенко В.Г. и др. Диагностика и лечение апоплексии яичника // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. 1998. № 2. С. 110—114.
12. Сапожников В.М. К вопросу об апоплексии яичников // Хирургия им. Н.И. Пирогова. 1967. № 4. С. 73—75.
13. Селезнева Н.Д. Неотложная помощь в гинекологии. М.: Медицина, 1986. 171 с.
14. 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. С. 39—42.
15. Элибекова О.С., Гаспаров А.С., Косаченко А.С., Стрекалова Е.Л. Диагностика и лечение острых гинекологических заболеваний. Современные тенденции // Журн. Рос. общества акушеров-гинекологов. 2005. № 2. С. 3—6.

Поступила в редакцию 31.01.2007 г.