

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

Н.А. Жаркин, Т.Г. Кравченко, ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Кравченко Тамара Геннадьевна – e-mail: tamarapankova@yandex.ru

Проведен анализ течения беременности и родов женщин, оперированных по поводу апоплексии яичника до беременности. Выявлена частота встречаемости родильниц данной группы в популяции. Обозначены основные проблемы репродуктивной функции у пациенток с апоплексией яичника в анамнезе – невынашивание беременности, развитие гестоза, аномалий родовой деятельности, – что диктует необходимость проведения предгравидарной подготовки у женщин данной группы риска по специальной программе.

Ключевые слова: апоплексия яичника, невынашивание беременности, гестоз, аномалии родовой деятельности.

Pregnancy and delivery of women with apoplexia of ovary were estimated. The rate of confined of this group in population was determined. The main problems in these patients were miscarriage, gestosis, discharge of labor. That's why it needs to prepare women of this risk group to pregnancy.

Key words: apoplexia of ovary, miscarriage, gestosis, discharge of labor.

Введение

Как нозологическая единица, апоплексия яичника в структуре внутрибрюшных кровотечений у женщин занимает второе место после внематочной беременности, и её частота за последние годы выросла в несколько раз [1]. Апоплексия яичника может протекать тяжело и в 40% случаев требует экстренного хирургического вмешательства, часто приводящего к утрате части органа, формированию спаечного процесса, а также снижению овариального резерва яичника [2]. По данным разных авторов, удельный вес резекции яичника, как наиболее травмирующей орган операции, при апоплексии достигает 59,0% [3]. При апоплексии яичника происходит повреждение яичника – как одного из отделов репродуктивной системы, в связи с чем правомочно ожидать проблемы в выполнении репродуктивной функции. В настоящее время имеются единичные сведения о влиянии перенесенной апоплексии яичника на фертильность, течение беременности и родов [4].

Цель исследования: изучить особенности течения беременности, родов и послеродового периода у родильниц с апоплексией яичника в анамнезе.

Материалы и методы

Выполнен анализ течения беременности и родов путем сплошной выборки 6635 историй родов за 3 года (2008-2010 гг.) в МУЗ «Клинический родильный дом № 2», г. Волгоград. Рандомизация осуществлялась по единственному признаку – апоплексия яичника до беременности, по поводу которой выполнялась лапаротомия или лапароскопия. Оценивались течение беременности, родов и послеродового периода, масса плода, оценка его по шкале Апгар, особенности течения неонатального периода. Полученные результаты сравнивались с контрольной группой, сформированной в виде случайной выборки из 60 женщин, родивших естественным путем. Для статистического анализа полученных результатов исследования использовалась программа Microsoft Excel. Достоверности различий выборок определяли по критерию Стьюдента.

Результаты исследования

Из сплошной выборки выявлены 62 истории родов родильниц, имевших в анамнезе оперативное вмешательство по поводу апоплексии яичника, что составило 0,94% сплошной выборки. Средний возраст пациенток составил $26,1 \pm 2,3$ года, преимущественно в возрасте 24 года. Интервал времени от эпизода апоплексии яичника до беременности составил в среднем $5,44 \pm 2,7$ лет. Результаты исследования представлены в таблице.

Как видно из таблицы, репродуктивные потери на ранних сроках гестации в анамнезе достоверно чаще имели место в основной группе по сравнению с контрольной (29% и 13,3% соответственно, $p < 0,05$), преимущественно в виде неразвивающейся беременности в ранние сроки (17,7% в основной группе и 3,3 в контрольной группе, $p < 0,05$).

Течение беременности осложнялось угрозой прерывания беременности в I триместре беременности, развитием гестоза, анемии в основной группе в 2 раза чаще по сравнению с контрольной. Кроме того, обращает на себя внимание высокий инфекционный индекс у пациенток основной группы вследствие развития острой или обострения хронической патологии во время беременности, что имело место в основной группе в 4,5 раза чаще по сравнению с группой контроля.

Течение родов у родильниц с апоплексией яичника в анамнезе достоверно чаще осложнялось такими состояниями, как преждевременное излитие околоплодных вод, обвитие пуповины (в 2 раза чаще, чем в группе контроля), развитием чрезмерно сильной родовой деятельности с быстрым течением родов (в 9 раз чаще, чем в группе контроля). Кровопотеря в послеродовом периоде составила в основной группе 340 ± 90 мл, в контрольной группе – 280 ± 20 мл, что имело достоверную значимость ($p < 0,05$). При этом обращает на себя внимание, что гипотонические кровотечения имели место в основной группе в 2 раза чаще, чем в группе контроля. Оценка новорожденных по шкале Апгар не имела достоверных различий в сравниваемых группах: в основной группе $7,61 \pm 0,5$ баллов на 1-й минуте и $7,87 \pm 0,3$ баллов на

5-й минуте, в контрольной группе – $7,72 \pm 0,4$ и $7,92 \pm 0,5$ баллов соответственно. Неонатальный период характеризовался развитием таких осложнений, как церебральная ишемия 1–2-й ст., морфофункциональная незрелость, синдром гипервозбуждения, синдром торможения, кривошея, кефалогематома в обеих группах.

ТАБЛИЦА.

Течение беременности, родов, послеродового периода у родильниц основной группы (1) и группы сравнения (2)

	Основная группа	Контр. группа	t-Коэффициент Стьюдента
	P_1 (%) встречаемость, $n_1=62$	P_2 (%) встречаемость, $n_2=60$	
Неразвивающаяся беременность	17,7	3,3	2,683
Антенатальная гибель плода в анамнезе	3,25	13,3	-2,039
Мертворождение в анамнезе	1,61	3,3	-0,602
Самопроизвольный аборт в анамнезе	11,29	10	0,231
Репродуктивные потери на ранних сроках гестации	29	13,3	2,172
Гестоз	38,7	20	2,321
Фето-плацентарная недостаточность	11,3	20	-1,329
Низкая плацентация	6,45	3,3	0,812
Анемия	40,3	21,6	2,284
Угроза прерывания до 12 нед. беременности	54,84	20,8	4,146
Угроза прерывания после 12 нед. беременности	20,97	20,8	0,023
Маловодие	12,9	10	0,504
Многоводие	16,13	8,3	1,333
Хр. гипоксия плода	14,5	8,3	1,085
Обострение хр. патологии и/или о. патология во время беременности	51,6	11,7	5,262
Дискоординация родовой деятельности	11,2	3,3	1,709
Преждевременные роды	1,6	10	-2,006
Отслойка плаценты	1,6	1,7	-0,043
Гипотоническое кровотечение	4,8	1,7	0,973
Слабость родовых сил	14,5	8,3	1,085
Быстрые роды	16,1	1,7	2,905
Обвитие пуповины	33,9	15	2,495
Преждевременное излитие околоплодных вод	29	13,3	2,168
Безводный промежуток более 12 часов	3,22	3,3	-0,025
Крупный плод	9,7	23,3	-2,052
Гипотрофия плода	6,4	11,7	-1,022

Примечания: n_1 – основная группа, n_2 – контрольная группа.

Обсуждение результатов

Анализ течения беременности показал, что у пациенток с апоплексией яичника в анамнезе имеются нарушения течения беременности как на ранних, так и в поздние сроки гестации. Обращает на себя внимание высокий процент репродуктивных потерь на ранних сроках. По-видимому, причиной этого является повреждение яичника как одного из звеньев репродуктивной системы женщины и, как следствие, его дисфункция с последующей неполноценной инвазией цитотрофобласта в эндометрий. Кроме того, у пациенток с апоплексией яичника в анамнезе нельзя исключить склонность к тромбофилии, в том числе и наследственно обусловленной, которая также может стать одной из причин синдрома потери плода. Данное предположение о гемостазиологических нарушениях у пациенток данной группы

высказывает в своей работе Сирота О.М. (2008 г.), где у пациенток с апоплексией яичника отмечены полиморфизмы в генах, кодирующих коагуляционный фактор II (протромбин) и метилентетрагидрофолатредуктазу. По мнению автора, геморрагическая форма апоплексии яичника сопровождается снижением количества и агрегационной способности тромбоцитов, а также эндотелиальной дисфункцией в острый период заболевания (повышение концентрации оксида азота и снижение фактора Виллебранда), обнаружены нарушения гемостаза в форме хронического ДВС-синдрома: фаза гиперкоагуляции при воздействии провоцирующих факторов переходит в фазу гипокоагуляции с развитием внутрибрюшного кровотечения [5]. Возможные изменения свертывающей системы крови у пациенток с апоплексией яичника в анамнезе нашло свое подтверждение и в нашей работе по изучению параметров гемостаза в острый период геморрагической формы апоплексии яичника. Были выявлены дефекты гемостаза: нарушения в 3-й фазе плазменного компонента гемостаза (образование фибрина), снижение антитромбина III как естественного ингибитора свертывания, изменения агрегационной способности тромбоцитов в виде тромбоцитопатических состояний [6]. Эта научная точка зрения (наследственные тромбофилии, эндотелиальная дисфункция, изменения качественных и количественных показателей тромбоцитов и др.) может лечь в основу объяснения развития гестоза у беременных с апоплексией яичника в анамнезе. При этом риск кровотечений у пациенток данной группы повышается, если предположить, что при неблагоприятных условиях тромбогенные свойства гемостаза меняются на гипокоагуляционные.

Основываясь на полученных данных, мы считаем, что в качестве реабилитации и коррекции возможных нарушений репродуктивной функции необходимо с осторожностью использовать гормональные препараты до беременности, учитывая склонность к тромбофилическим состояниям у пациенток с апоплексией яичника.

Обращает на себя внимание тот факт, что выявлен высокий инфекционный индекс во время данной беременности у пациенток с апоплексией яичника в анамнезе, что могло стать причиной преждевременного излития околоплодных вод с последующим развитием чрезмерно сильной родовой деятельности с быстрым течением родов. Инфекционный процесс также может стать пусковым моментом перехода фазы гиперкоагуляции хронического ДВС-синдрома в гипокоагуляцию. Это обстоятельство требует уточнения и более глубокого анализа.

Выводы

1. Частота встречаемости родильниц с апоплексией яичника в анамнезе составляет 0,94% в популяции.
2. Основными осложнениями течения беременности и родов у пациенток данной группы являются невынашивание беременности на ранних сроках гестации, гестоз, анемия, преждевременное излитие околоплодных вод, обвитие пуповины, развитие чрезмерно сильной родовой деятельности с быстрым течением родов, высокая кровопотеря в родах.
3. Полученные результаты исследования свидетельствуют о целесообразности более глубокого изучения данной патологии для улучшения качества медицинской помощи в период предгравидарной подготовки, во время беременности и родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Панкова О.Ю. Апоплексия яичника: современные принципы диагностики и лечения: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. М. 1999.
2. Литвинцева Н.Г. Апоплексия яичника в клинике неотложной гинекологии: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва. 2004. 121 с.: ил.
3. Тер-овакимян А.Э. Современная концепция оказания помощи больным при апоплексии яичника и разрывах доброкачественных кист яичника: авто-

реферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва. 2007.

4. Гаспаров А.С., Тер-овакимян А.Э. и соавт. Апоплексия яичника и разрывы кист яичников. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. 176 с.
5. Сирота О.М. Современные подходы к диагностике и лечению апоплексии яичника: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Омск. 2008.
6. Кравченко Т.Г. Гемостазиологические особенности при апоплексии яичника. Вестник РГМУ, спец. выпуск № 1. М. 2010.