

УДК 618.11-005.1

**Л.И. Кох, Н.В. Содномова, Н.Г. Балакшина,
А.В. Тардаскина**

E-mail: kochli@rambler.ru

ФАКТОРЫ РИСКА АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКОВ

ГОУ ВПО Сибирский государственный
медицинский университет Росздрава, г. Томск

Апоплексия яичника (apoplexia ovarii) – патологическое кровоизлияние в ткань яичника, 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 [1, 2, 3]. Среди внутрибрюшных кровотечений гинекологического происхождения апоплексии яичника принадлежит второе место после внематочной беременности, а в структуре острых гинекологических заболеваний – третье (17,1%). Заболевание заслуживает серьезного внимания, оно может протекать тяжело и даже угрожать жизни; у определенной части больных требует экстренного хирургического вмешательства [4, 8, 9, 10].

Несмотря на столетнюю историю вопроса, апоплексия яичника продолжает оставаться заболеванием, недостаточно знакомым широкому кругу практических врачей. Единой причины, объясняющей все случаи яичниковых апоплексий, нет. Вообще кровоизлияние в ткань яичника представляет рядовое физиологическое явление, и остатки его находят в каждом яичнике. Когда же появляются даже небольшие изменения в равновесии анатомо-гистологической структуры яичника, то это может привести к переходу физиологического

кровоизлияния в патологическое кровотечение [3, 5, 6]. Учитывая своеобразие яичника, можно предположить некоторые его особенности, обуславливающие повышенную ранимость при определенных неблагоприятных факторах:

- физиологическое кровенаполнение органов малого таза, в частности яичников, и повышенная проницаемость сосудов в различные периоды менструального цикла;

- циклично протекающие морфологические процессы в яичнике, сопровождающиеся большими изменениями эпителиальной ткани, стромы и особенно сосудистой системы яичника. Атрофические и дегенеративные процессы, свойственные физиологическому состоянию яичника, под влиянием ряда причин или при определенных условиях могут достигать большой выраженности.

Указанные условия создают особый фон, на котором легче могут проявляться различные экзогенные и эндогенные факторы, способствующие нарушению целостности или проницаемости сосудов и усилению кровенаполнения половых органов.

Многие авторы придают большое значение в генезе апоплексии яичника эндокринным и нейрогуморальным нарушениям [1, 3, 7]. Так, чрезмерное увеличение концентрации гипофизарных гормонов в определенные периоды менструального цикла способствует усилению физиологического кровоизлияния в граафов фолликул и желтое тело. Однако такие исследования единичны и носят противоречивый характер.

Цель исследования – определить факторы риска развития различных форм апоплексии яичников.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находилось 100 пациенток в возрасте 16-36 лет, поступивших в гинекологическое отделение ОКБ г. Томска с диагнозом апоплексия яичника. В зависимости от формы заболевания были

сформированы две группы: I – болевая – 60 (60,0%), II – геморрагическая – 40 (40,0%). У всех женщин изучен анамнез соматических и гинекологических заболеваний, овариально-менструальной, детородной функции, проведено исследование объективного и гинекологического статуса. С целью выявления нарушений в гипоталамо-гипофизарной-яичниковой системе определяли уровни лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина, прогестерона, эстрадиола у 20 женщин с болевой формой и у 20 – с геморрагической. Для сравнения отклонений гормонального фона у пациенток с апоплексией яичника была сформирована группа сравнения, в которую вошли 10 здоровых женщин (III группа), средний возраст составил $25,7 \pm 2,7$ лет. Забор крови производился у пациенток с апоплексией яичника и у женщин группы сравнения во II фазу менструального цикла. Статистическую обработку результатов осуществляли при помощи пакета программ Statistica 6.0 (точный тест Фишера, непараметрический критерий Манна-Уитни). Статистически значимыми считали отличия с $P < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Распределение больных апоплексией яичника в зависимости от возраста представлено в табл.1.

Следовательно, независимо от формы заболевания апоплексия превалирует в возрастной группе до 25 лет.

В I группе поражение правого яичника наблюдалась в 68,3% случаев, левого – в 31,7%, во II – соответственно в 62,5% и в 37,5% случаях.

Из анамнеза жизни было выявлено, что 33,3% женщин I группы и 10,0% – II родились в сроке 35-36 не-

дель беременности ($P_{I-II} < 0,05$). Детские инфекционные заболевания перенесли 70,0% пациенток I и 87,5% – II группы ($P_{I-II} < 0,05$): соответственно, коревая краснуха – 6,7% и 5,0%, коревая краснуха и ветряная оспа – 18,3% и 15,0%, ветряная оспа – 16,7% и 45,0% ($P_{I-II} < 0,05$), коревая краснуха, ветряная оспа и инфекционный паротит – 28,3% и 25,5%.

Экстрагенитальные заболевания выявлены у 61,7% женщин I группы и у 60,0% – II. На первое место вышли заболевания мочевыделительной системы (хронический пиелонефрит, цистит) – 30,0% и 27,5%, желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, холецистит) – 20,0% и 27,5%, НЦД по гипертоническому типу – 15,0% и 20,0%, хронический тонзиллит в 10,0% случаев и НЦД по гипотоническому типу в 10,0% были характерны только для пациенток I группы. Обращает особое внимание, что 73,0% пациенток I группы и 41,7% – II в прошлом перенесли ЧМТ ($P_{I-II} < 0,05$), аппендэктомия произведена соответственно у 28,3% и у 20,0%.

Таким образом, для пациенток с апоплексией яичника характерна высокая частота рождаемости от преждевременных родов, перенесенных детских инфекционных заболеваний, а также экстрагенитальной патологии. Каждая вторая женщина в анамнезе имела ЧМТ, частота которой почти в два раза выше у женщин с болевой формой.

Анализ овариально-менструальной функции выявил, что менархе в возрасте 11-14 лет наступило у 95,0% женщин I группы и у 92,5% – II, после 14 – соответственно у 5,0% и 7,5%.

Среди пациенток I группы менструальный цикл был регулярным в 81,7% и установился в первые шесть

Таблица 1

Возраст больных с апоплексией яичника

Группа	Возраст, годы				
	16-20	21-25	26-30	31-36	Всего
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
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)

Таблица 2

Методы контрацепции, используемые пациентками

Группа	Методы контрацепции					Всего
	БКК	Condom	Coitus interruptus	Спермициды	Ранее употребляли КОК	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
I	2 (3,4)	20 (33,9)*	9 (15,3)	1 (1,6)	8 (13,6)**	40 (67,8)*
II	1 (2,6)	25 (64,1)	5 (12,8)	2 (5,1)	0 (0)	33 (84,6)
Итого	3 (3,0)	45 (45,0)	14 (14,0)	3 (3,0)	8 (8,0)	73 (73,0)

Примечание: * $P_{I-II} < 0,05$, ** $P_{I-II} < 0,01$ – в группах сравнения.

Таблица 3

Исходы беременностей пациенток с апоплексией яичника

Группа	Методы контрацепции					
	Роды	Роды, мед. аборт	Мед. аборт	Самопроизв. выкидыш	Трубная беременность	Всего
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
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)

Примечание: * $P_{I-II} < 0,05$ - в группах сравнения.

месяцев в 65,0% случаев, во II соответственно в 72,5% и в 45,0% ($P_{I-II} < 0,05$).

Нарушение менструального цикла в период становления чаще наблюдается у пациенток с геморрагической формой апоплексии яичника.

До начала развития заболевания почти все женщины жили половой жизнью: 98,3% в I группе и 97,5% во II, из них различными методами контрацепции пользовались 67,8% обследованных в I группе и 84,6% во II ($P_{I-II} < 0,05$). Использование пациентками различных методов контрацепции представлено в табл. 2.

Как видно из табл. 2, женщины обеих групп чаще использовали как метод контрацепции condom и coitus interruptus.

При исследовании детородной функции выявлено, что 50,0% обследованных I группы и 55,0% - II имели в анамнезе беременности (табл. 3).

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

Различные гинекологические заболевания имело место у 60,0% пациенток I и 70,0% - II группы. Структура гинекологических заболеваний представлена следующим образом: воспаление придатков – 38,3% и 37,5%, кисты яичников – 26,7% и 15,0% ($P_{I-II} < 0,05$), миома матки – 5,0% и 2,5%, СПКЯ - 5,0% и 5,0%, эндометрит 5,0% и 0%, НМЦ - 18,3% и 28,2%. Ранее апоплексию яичников перенесли 8,3% женщин в I группе и 12,5% во II болевая форма составила соответственно 3,3% и 0%, геморрагическая 5,0% и 12,5%.

Чревосечение по поводу гинекологической патологии перенесли 26,7% обследованных I группы и 25,0% - II: кесарево сечение - соответственно 0% и 7,5%, энуклеация 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%.

Таким образом, для пациенток с апоплексией яичника характерен отягощенный акушерско-гинекологический анамнез

(ОАГА), а именно медицинский аборт, самопроизвольный выкидыш, различные гинекологические заболевания, а также оперативные вмешательства на органах малого таза.

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

Большая часть пациенток I (70,0%) и II группы (85,0%) поступили в стационар во II фазу менструального цикла, в перiovуляторную фазу (12-16 день) - соответственно 21,7% и 10,0%, в I фазу – 8,3% и 5,0%.

В связи с тем, что большинство пациенток поступило во II фазу, интерес представляет гормональный статус в пик заболевания. Уровень гормонов пациенток с апоплексией яичника в острый период представлен в табл. 4.

Как видно из табл. 4, на момент поступления в стационар гормональный фон пациенток с апоплексией яичника по отношению к группе сравнения характеризовался повышением уровня всех гонадотропных гормонов, эстрадиола и снижением прогестерона. При

Таблица 4

Концентрация гормонов крови в пик заболевания у больных апоплексией яичника, $M \pm m, \%$

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

Примечание: * P_{I-III} , $P_{II-III} < 0,05$, ** $P_{II-III} < 0,01$ - по сравнению с показателями группы сравнения.

сравнении групп заболевания выявлено, что повышенное содержание в плазме крови ФСГ, ЛГ, пролактина и эстрадиола более выражено при геморрагической форме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, к факторам риска по возникновению различных форм апоплексии яичников можно отнести преждевременные роды, наличие ОАГА, ЧМТ, экстрагенитальную патологию, а также оперативные вмешательства на органах малого таза. Перечисленные факторы риска, возможно, обуславливают дисфункцию в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, проявившуюся высокой концентрацией в крови во II фазу менструального цикла гонадотропных гормонов и эстрадиола. Провоцирующими моментами апоплексии яичника чаще явились половой акт, физическая и психоэмоциональная нагрузки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. - Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1996. - С. 6-34.
2. Ваулина К. А. Спонтанные разрывы яичника. // Сб. науч. работ областного хирургического общества. Иваново, 1975. - № 1. - С. 130-135.
3. Вербенко А.А. Апоплексия яичников. - М.: Медицина, 1970. - 70 с.
4. Карпов М.Ф., Могучева Л.А. Апоплексия яичника в неотложной хирургии // Вопросы неотложной хирургии. Горький, 1972. - С. 211-214.
5. Коколина В.Ф. «Острый живот» в детской гинекологии // Медицинская помощь. - 1994. - № 3. - С. 25-27.
6. Колгушкина Т.Н. Актуальные вопросы гинекологии. - Минск: Вышэйшая школа, 2000. - С. 276-280.

7. Панкова О.Ю., Евсеева А.А., Бреусенко В.Г., Голова Ю.А., Штыров С.В. Диагностика и лечение апоплексии яичника // Вестник Росс. ассоц. акушер. - гинекологов. - 1998. - № 2. - С. 110-114.
8. Селезнева Н.Д. Неотложная помощь в гинекологии. - М.: Медицина, 1986. - 171 с.
9. Badawy S., Ammar R. Massive intraperitoneal hemorrhage from ruptured corpus luteum hematoma // Int. Surg. - 1972.- Vol. 57. - N. 4. - P. 305-306.
10. Iversen E., Rilfer C. Hemorrhage of a corpus luteum cyst following gynecologic examination // Ugeskr. Laeger. - 1984.- Vol. 146. - N. 31. - P. 2317-2318.

RISK FACTORS OF THE OVARIAN APOPLEXY

**L.I. Kokh, N.V. Sodnomova, N.G. Balakshina,
A.V. Tardaskina**

SUMMARY

Aimed at revealing risk factors of the ovarian apoplexy 100 patients were examined having ovarian apoplexy (60 women had pain form of the disease and 40 ones had hemorrhagic form of the disease). Healthy women were controls. Risk factors of the ovarian apoplexy of both forms occurring were established to be: premature deliveries, presence of severe gynecologic –obstetric history, operative interventions on the small pelvis organs, craniocerebral trauma. The abovementioned causes might cause dysfunction in the hypothalamic-hypophysial-ovary system which is manifested by high blood concentration gonadotrophic hormones and estradiol in the 2-nd phase of menstrual cycle.