

ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 618.111-007.1:616-002.193-005]-08:616-053.7

Д.С.Лысяк

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

*ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ,
Благовещенск*

РЕЗЮМЕ

Обследовано 25 девушек-подростков с рецидивом апоплексии яичника и 25 гинекологически здоровых. На основании клинических, эхографических данных и исследования в сыворотке крови фолликулостимулирующего, лютеинизирующего, тиреотропного гормонов, пролактина и прогестерона установлено, что у девушек 13-15 лет этиологическим фактором рецидива апоплексии является несовершенство механизма регуляции на уровне гипофиз – яичники, у девушек 16-17 лет – воспалительные заболевания яичников. Предложены этиопатогенетически обоснованные методы профилактики рецидива апоплексии яичника.

Ключевые слова: девушки-подростки, апоплексия яичника, рецидив, профилактика.

SUMMARY

D.S.Lysyak

PREVENTION OF OVARY APOPLEXY
RELAPSES IN GIRLS-TEENAGERS

25 girls-teenagers with relapse of ovary apoplexy and 25 gynecologically healthy ones were examined. On the basis of clinical, ultrasound data and research of FSH, LH, TTH hormones, prolactin and progesterone in the blood serum, it was established that in girls of 13-15 years the etiological factor of relapse of apoplexy is the imperfection of regulation mechanism at the level of hypophysis-ovaries, in girls of 16-17 years inflammatory diseases of ovaries provoked the relapse. Etiopathogenetically proved methods of prevention of ovary apoplexy relapse were proposed.

Key words: girls-teenagers, ovary apoplexy, relapse, prevention.

Частота встречаемости апоплексии яичника в качестве причины острых тазовых болей у девушек-подростков достигает 17% [2, 3, 4]. В каждом пятом случае наблюдаются рецидивы этого заболевания, по сведениям отдельных авторов до 70% [3, 6]. У женщин, перенесших апоплексию яичника в пубертатном периоде, имеется риск бесплодия, которое обусловлено травмой

яичника, спаечным процессом и формированием ретенционных кист [5].

Цель работы заключалась в совершенствовании профилактики рецидивов апоплексии яичника у девушек-подростков для сохранения репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования

Обследовано 25 девушек-подростков с рецидивом апоплексии яичника (1 группа) и 25 не имеющих гинекологической патологии здоровых пациенток (2 группа). В 1 группе у 7 девушек возраст составил 13-15 лет, 18 пациенток находились в возрасте 16-17 лет. Средний возраст в группах составил $16,1 \pm 0,6$ и $16,5 \pm 0,7$ лет, соответственно, $p > 0,05$.

Применялись общеклинические и специальные гинекологические методы исследования. Исследование гемограммы проводилось на автоматическом гематологическом анализаторе Drew D3 (США). Содержание фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), тиреотропного (ТТГ) гормонов, пролактина (ПРЛ), прогестерона (ПГ) в сыворотке крови определяли методом твердофазного ИФА на анализаторе для иммуноферментных реакций АИФР-01 Униплан (Россия) с использованием наборов и тест-систем. Ультразвуковую эхографию проводили на аппарате SSD-1700 (Aloka, Япония) с трансабдоминальным конвексным датчиком с частотой 3,5 и 5,0 МГц. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ Excel для Windows (Microsoft, США). Для определения достоверности различий использовали параметрический критерий (t) Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Девушки-подростки 1 группы отмечали в анамнезе детские инфекционные заболевания (n=22), хронический пиелонефрит (n=5), хронический гастрит (n=4) и тонзиллит (n=1). Гинекологические заболевания – сальпингит (n=9), эрозия шейки матки и острый цервицит (n=4) диагностированы у девушек в возрасте 16-17 лет. У трех девочек 13-15 лет и одной в возрасте 16 лет менструальный цикл не установился.

Болевая форма апоплексии яичника в анамнезе была у 21 пациентки, геморрагическая – у 4 девушек, разрыв ретенционной кисты яичника произошел у 10 пациенток. В 8 случаях проводилось хирургическое лечение лапароскопическим доступом в связи с выраженным болевым синдромом и внутрибрюшным кровотечением. Объем операции: резекция яичника ($n=4$), цистэктомия ($n=4$), сальпингоовариолизис ($n=2$). У 6 девушек-подростков произошло от 2 до 3 рецидивов апоплексии яичника и поэтому выполнялись повторные операции. С целью реабилитации циклическую витаминотерапию и физиолечение получили 5 больных, комбинированные оральные контрацептивы – 14

пациенток, не выполнили рекомендации 6 девушек.

Рецидив апоплексии яичника у обследуемых нами девушек-подростков чаще ($n=12$) отмечался во II фазу менструального цикла и на фоне задержки ($n=8$), реже – в период овуляции ($n=3$) и в I фазу ($n=2$). Основные жалобы при поступлении были на острую боль в гипогастриальной области, тошноту и рвоту. Рецидив апоплексии яичника на фоне острого бронхита и ринофарингита произошел у 4 девушек-подростков.

В таблице представлены результаты исследования гемограммы у здоровых пациенток и девушек-подростков с рецидивом апоплексии яичника.

Таблица

Показатели гемограммы у девушек-подростков в исследуемых группах

Показатели	Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	Лейкоциты, $\times 10^9/л$	Гранулоциты		Гранулоциты	
			%	$\times 10^9/л$	%	$\times 10^9/л$
1 группа (до лечения)	$4,37 \pm 0,11$ $p_3 > 0,05$	$8,87 \pm 0,47$ $p_3 < 0,05$	$61,19 \pm 2,89$ $p_3 > 0,05$	$5,91 \pm 0,71$ $p_3 < 0,05$	$36,47 \pm 2,13$ $p_3 > 0,05$	$2,89 \pm 0,14$ $p_3 > 0,05$
1 группа (после лечения)	$4,30 \pm 0,06$ $p_2 > 0,05$	$7,07 \pm 0,54$ $p_2 < 0,05$	$53,20 \pm 1,44$ $p_2 > 0,05$	$3,97 \pm 0,38$ $p_2 > 0,05$	$36,80 \pm 0,99$ $p_2 > 0,05$	$2,86 \pm 0,19$ $p_2 < 0,05$
2 группа	$4,60 \pm 0,07$ $p_1 > 0,05$	$5,89 \pm 0,22$ $p_1 < 0,001$	$56,40 \pm 1,40$ $p_1 > 0,05$	$3,55 \pm 0,32$ $p_1 < 0,01$	$33,40 \pm 2,01$ $p_1 > 0,05$	$2,06 \pm 0,09$ $p_1 < 0,001$

Примечание: p_1 – достоверность различий между 1 группой до лечения и 2 группой; p_2 – между 1 группой после лечения и 2 группой; p_3 – до и после лечения в 1 группе.

Количество эритроцитов в периферической крови у девушек-подростков в 1 и 2 группах не отличалось ($p > 0,05$), также не выявлены различия в содержании гемоглобина ($p > 0,05$). Количество лейкоцитов в периферической крови пациенток 1 группы до проведения лечения в 1,6 раза превосходило содержание лейкоцитов у девушек 2 группы ($p < 0,001$). По окончании лечения количество лейкоцитов в 1 группе достоверно уменьшилось, но оставалось выше, чем у здоровых девушек ($p < 0,05$). Количество гранулоцитов в процентном отношении в группах девушек-подростков до лечения достоверно не отличалось, вместе с тем в абсолютных значениях количество гранулоцитов до лечения в 1 группе достоверно превышало их содержание во 2 группе ($p < 0,01$). По окончании лечения эти различия не прослеживались ($p > 0,05$). По всей видимости, увеличение количества лейкоцитов в периферической крови при апоплексии яичника можно объяснить развитием воспалительного процесса в месте разрыва ткани яичника, которое закономерно связано с изменениями в системе гемокоагуляции при этой патологии. Не исключается роль лейкоцитарного фактора в гемостазе при разрыве яичника [7]. Немаловажное значение имеет хронический воспалительный процесс придатков, диагностируемый у 36% обследуемых девушек.

Абсолютное количество лимфоцитов в периферической крови у пациенток 1 группы увеличилось относительно контрольных значений ($p < 0,001$) и сохранялось после проведенного лечения ($p < 0,05$).

Состояние гормонального статуса изучено у 22 девушек-подростков на 5-7 день спонтанного или индуцированного менструального цикла, ПГ – на 21-22 день после перенесенной апоплексии яичника. Это позволило нам оценить роль центральных регулирующих механизмов функции яичника в развитии апоплексии у девушек с установившимся и неустановившимся менструальным циклом.

У девушек 13-15 лет в содержании ФСГ и ЛГ выявлены колебания индивидуальных величин от 1,2 до 7,2 МЕ/л. В 6 случаях содержание ЛГ было ниже контрольных значений. Коэффициент соотношения ФСГ/ЛГ составил 0,85, что свидетельствовало о высокой гипофизарной активности. У девушек 16-17 лет при нормальном среднем значении ФСГ ($5,31 \pm 1,13$ МЕ/л), индивидуальные колебания ЛГ менее выражены, чем в возрасте 13-15 лет и соответствовали возрастной норме.

Содержание ПРЛ и ТТГ в сыворотке крови девочек 13-15 лет составило, соответственно, $407,89 \pm 50,01$ и $1,47 \pm 0,45$ мкМЕ/л, у пациенток в возрасте 16-17 лет – $304,66 \pm 41,48$ и $1,72 \pm 0,44$ мкМЕ/л, соответственно.

Полученные значения находились в пределах возрастной нормы.

Содержание ПГ в сыворотке крови, имеющего значение в клинической интерпретации менструального цикла, у девочек 13-15 лет составило $2,35 \pm 1,18$ нмоль/л. Это свидетельствовало об ановуляторных менструальных циклах. Возможными причинами являются несовершенство механизмов регуляции на уровне гипофиз-яичники и снижение чувствительности рецепторов яичника к ФСГ и ЛГ [1]. У девушек-подростков 16-17 лет содержание прогестерона составило $44,65 \pm 9,79$ нмоль/л, что характерно для овуляторного менструального цикла.

При ультразвуковой эхографии размеры тела матки в период рецидива апоплексии яичника и на 5-7 день спонтанного или индуцированного менструального цикла не отличались и были в пределах нормы. М-эхо эндометрия составило $9,35 \pm 1,32$ и $3,64 \pm 1,04$ мм, соответственно ($p < 0,001$). В период рецидива апоплексии объем правого ($16,36 \pm 10,84$ см³) и левого ($19,15 \pm 14,50$ см³) яичников был в 3 раза выше по сравнению со 2 группой ($6,88 \pm 0,27$ см³). В правом и в левом яичниках апоплексия происходила одинаково часто. Ретенционная киста желтого тела яичника визуализировалась в 15, желтое тело – в 7, разрыв фолликула – в 3 случаях. На 5-7 день спонтанного или индуцированного менструального цикла объем яичников уменьшился в 1,5 раза, но оставался выше по сравнению со 2 группой, что свидетельствовало о неполном регрессе кисты яичника.

Хирургическое лечение проведено у 8 пациенток 1 группы. Показаниями к оперативному лечению служили: геморрагическая форма апоплексии и внутрибрюшное кровотечение ($n=2$), сочетание разрыва кисты желтого тела с воспалительным процессом придатков матки ($n=3$) и параовариальной кистой ($n=2$), дифференциальная диагностика с острым аппендицитом ($n=1$). Объем операции был следующим: цистэктомия ($n=4$), резекция яичника ($n=3$), удаление параовариальной кисты ($n=2$) и аднексэктомия ($n=1$). В связи с выявленным спаечным процессом I-II степени у 6 девушек-подростков проведен сальпинговагиолизис.

В результате морфологического исследования операционного материала киста желтого тела с кровоизлиянием диагностирована у 7 больных, параовариальная киста – у 1 пациентки.

На основании этиопатогенетических особенностей рецидива апоплексии яичника предложены профилактические мероприятия, которые у девочек 13-15 лет заключались в проведении циклической витаминотерапии, Су-Джок и иглорефлексотерапии, применении низкодозированных эстроген-гестагенов при риске рецидива. У девушек-подростков 16-17 лет

необходимо лечение хронического сальпингита и оофорита и применение эстроген-гестагенов по контрацептивной схеме не менее трех курсов с эхографическим контролем. У девушек, живущих половой жизнью применение указанной схемы рекомендуется до планируемой беременности.

Выводы

1. У девушек-подростков в возрасте 13-15 лет с рецидивом апоплексии яичника отмечается снижение концентрации ЛГ, ПГ в сыворотке крови и наличие ановуляторных менструальных циклов. У пациенток в возрасте 16-17 лет содержание ФСГ, ЛГ и ПГ соответствует возрастной норме и характеризует овуляторный менструальный цикл.

2. У девушек-подростков в возрасте 16-17 лет чаще происходит разрыв кисты желтого тела, в возрасте 13-15 лет – фолликулярной кисты, при этом увеличивается абсолютное количество лейкоцитов, гранулоцитов и лимфоцитов в периферической крови, которое после лечения остается выше по сравнению с не имеющими гинекологической патологии здоровыми девушками.

3. Профилактика рецидива апоплексии яичника у девушек-подростков в возрасте 13-15 лет заключается в коррекции механизма регуляции на уровне гипофиз-яичники, у девушек в возрасте 16-17 лет – в лечении хронического сальпингита и оофорита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маточное кровотечение пубертатного периода и особенности гормонального статуса / Адамян Л.В. [и др.] // Проблемы репродукции. 2010. Специальный выпуск. С.149–150.
2. Доровских В.А., Быстрицкая Т.С., Коколина В.Ф. Тазовые боли у девочек и девушек-подростков. Ме-дицинская технология. Благовещенск, 2006. 28 с.
3. Кулинич С.И., Чертовских М.М., Чертовских М.Н. Проблемы репродуктивной функции после апоплексии яичника // Материалы XI Всероссийского научного форма «Мать и дитя». М., 2010. С.419–420.
4. Лысяк Д.С. Состояние гемостаза у девочек-подростков с апоплексией яичника // Материалы Дальневосточной научно-практической конференции с международным участием «Проблемы детской и подростковой гинекологии». Благовещенск, 2010. С.40–42.
5. Сирота О.М. Современные подходы к диагностике и лечению апоплексии яичника: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Омск, 2009. 118 с.
6. Содномова Н.В. Апоплексия яичника, обоснование реабилитационной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2008. 115 с.
7. Шойхет Я.Н., Момот А.П. Дефиниция в учении о синдроме диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови // Тромбоз, гемостаз и реология. 2009. №3. С.4–10.

Поступила 09.12.2010

Денис Сергеевич Лысяк, ассистент кафедры акушерства и гинекологии,
675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95;

Denis S. Lysyak,
95, Gorkogo Str., Blagoveshchensk, 675000;

E-mail: denis_lysyak@mail.ru