

М.М. Чертовских, М.Н. Чертовских, С.И. Кулинич

**РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН
ПОСЛЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА***Иркутский государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)*

Ретроспективный анализ 190 историй болезни с апоплексией яичников показал, что оптимальным методом лечения является лапароскопия при минимальной кровопотере как профилактика образования спаек и трубного бесплодия.

Ключевые слова: апоплексия яичника, лапароскопия, репродуктивная функция

REPRODUCTIVE FUNCTION OF YOUNG WOMEN AFTER OVARIAN APOPLEXY

M.M. Chertovskikh, M.N. Chertovskikh, S.I. Kulinich

Irkutsk State Institute for Postgraduate Medical Education, Irkutsk

The retrospective analysis of 190 ovarian apoplexy case reports has shown that the optimal method of treatment is laparoscopy due to minimal hemorrhage and prophylaxis of adhesion and tubal sterility.

Key words: ovarian apoplexy, the laparoscopy, the reproductive function

В структуре острых гинекологических заболеваний апоплексия яичника (АЯ) составляет от 9,4 до 17,1 % [2, 3, 10]. Отдаленные результаты исследования репродуктивного здоровья у молодых женщин показали, что частота наступления беременности составляет лишь 27 %, а рецидивы заболевания достигают 40 % [11].

В настоящее время остается до конца не изученным патогенез овариальных кровотечений, нет четкого алгоритма диагностики данной патологии, отсутствуют принципы дифференцированного выбора методов лечения и объема оперативных вмешательств, противоречивы показания к лапароскопии или лапаротомии, не изучено влияние апоплексии яичника на репродуктивную функцию [8].

При консервативном лечении апоплексии яичника, без удаления крови из брюшной полости, возможно, формируется спаечный процесс, который в дальнейшем будет причиной трубно-перитонеальной формы бесплодия. В литературе мало данных по этой проблеме.

Хирургическое лечение лапароскопическим доступом — основной метод лечения [1, 2]. Операции выполняются методом коагуляции кровоточащих сосудов фолликула или вылушением ретенционного образования с гемостазом и проводится санация брюшной полости от крови. При коагуляции на поверхности яичника образуется ожоговая поверхность, что приводит к развитию местной асептической воспалительной реакции, а наличие сопутствующей специфической и неспецифической инфекции при АЯ способствует процессу образования спаек и непроходимости маточных труб. В связи с этим возникает необходимость проведения комплекса реабилитационных мероприятий, независимо от форм заболевания (болевого или геморрагической).

Цель исследования: изучить состояние репродуктивной функции у женщин, перенесших апоплексию яичника.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ 190 историй болезни пациенток с установленным клиническим диагнозом «апоплексия яичника», получавших лечение в МУЗ ГПЦ в 2003–2009 гг. Из них 80 пациенток были прооперированы, 110 — пролечены консервативно. Средний возраст пациенток составил $22,3 \pm 2,8$ года.

Всем пациентам с апоплексией яичника, независимо от форм заболевания (болевого или геморрагической), был рекомендован комплекс реабилитационных мероприятий. Он включал: электроимпульсную терапию в раннем послеоперационном периоде на фоне этиотропного лечения, прием КОК не менее 3 месяцев с первого дня менструального цикла, исследование мочевого тракта на инфекции, изучение и необходимая коррекция гормонального статуса и менструального цикла. Часть пациенток, в силу тех или иных причин, отказались от предложенного реабилитационного лечения или не выполнили его в полном объеме. Состояние репродуктивной функции оценивалось не менее чем через 1 год после окончания реабилитационной терапии при планировании беременности. Функцию яичников изучали по тестам функциональной диагностики (ТФД). Исследовали особенности гормонального статуса путем определения содержания гормонов в сыворотке крови с 5–9 день менструального цикла иммунофлуоресцентным методом: пролактин (ПРЛ), лютеинизирующий (ЛГ), фолликулостимулирующий (ФСГ) гормоны, эстрадиол (Е2), прогестерон (П), кортизол, тестостерон ДГЭА-с. УЗИ органов малого таза проводили на аппарате «АЛОСА — 3500» в лютеиновую фазу цикла. Изучали состояние эндометрия, наличие желтого тела, кровотока в яичнике по ЦДК. Проходимость маточных труб оценивали по ГСГ, second-look при лапароскопии. Неудачным результатом реабилитации мы считали и случаи рецидива заболевания.

Для изучения отдаленных результатов сформированы 4 группы больных.

I группа ($n = 43$) – прооперированные больные, отказавшиеся от реабилитационных мероприятий.

II группа ($n = 37$) – прооперированные пациентки, прошедшие реабилитацию в полном объеме.

III группа ($n = 63$) – пациентки с АЯ после консервативного лечения, не получавшие реабилитацию.

IV группа ($n = 47$) – получили консервативное лечение с последующей реабилитацией.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный анализ 190 историй болезни пациенток с диагнозом апоплексия яичника показал, что основными жалобами при поступлении были: боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, паховую область, слабость, головокружение, нарушения менструального цикла в виде межменструальных кровотечений.

При дебюте заболевания провоцирующим фактором, вызвавшим кровоизлияние, служил половой акт, тогда как при рецидивах, апоплексия яичника возникала чаще в состоянии покоя или при незначительной физической нагрузке. Изучение взаимосвязи между фазами менструального цикла с эпизодами заболевания показало, что у 82,1 % пациенток апоплексия яичника наблюдалась во вторую фазу менструального цикла, у 17,2 % – во время овуляции. В фолликулярную фазу нами не было зарегистрировано ни одного случая. Это подтверждает, что апоплексия яичника – болезнь овулировавшего фолликула.

Факторами риска в возникновении АЯ явились: нарушения менструальной функции по типу дисменореи, олигоменореи; отсутствие использования гормональной контрацепции; высокая частота воспалительных заболеваний женской половой сферы и мочевого тракта в анамнезе; высокая частота

артифициальных абортов в анамнезе; наличие сопутствующей патологии (хронический цервицит, пиелонефрит, цистит, тонзиллит и др.)

У 80 больных I и II групп, прооперированных впервые или повторно с рецидивом разрыва яичника, гистологическое исследование биоптатов показало, что у всех это было желтое тело с нарушением целостности структур на фоне изменений в окружающих тканях, характерных для хронического воспаления (резкое полнокровие сосудов, лейкоцитарная инфильтрация и мелкокистозное перерождение [4]).

Во время операций у 34 (42 %) пациенток был выявлен спаечный процесс в малом тазу различной степени тяжести от I до III, что свидетельствовало о ранее перенесенном воспалительном процессе [5, 6, 7, 9].

Всем женщинам проводилось исследование половых путей на флору и ИППП методом ПЦР-диагностики, бактериологическим и бактериоскопическим методами. Культуральному исследованию подвергались ткань яичника, содержимое кист и Дугласова кармана, полученные во время оперативного вмешательства. Материал помещался в специальный контейнер и отправлялся в бактериологическую лабораторию, где по общепринятой методике, используя дифференциальные диагностические среды с анаэробной технологией, проводилась идентификация микрофлоры.

В группах с хирургическим вмешательством инфекционная оценка оказалась выше, чем в группах, пролеченных консервативно. В исследуемых группах изолированная инфекция практически не встречалась, в основном это была смешанная инфекция. Наиболее частыми оказались сочетание ВПЧ + *U. urealyticum* + *M. hominis* в ассоциации друг с другом или чаще с анаэробными бактериями – *Peptostreptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*

Высокая частота инфицированности ВПЧ оказалась откровением. Тот или иной генотип вируса

Таблица 1

Видовой и количественный состав выделенной микрофлоры у больных с АЯ

Микроорганизмы	I гр. ($n = 43$)	II гр. ($n = 37$)	III гр. ($n = 63$)	IV гр. ($n = 47$)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	6 (13,9 %)	4 (10,8 %)	11 (17,4 %)	9 (19,1 %)
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	4 (9,3 %)	3 (8,1 %)	6 (9,5 %)	4 (8,5 %)
<i>Mycoplasma hominis</i>	8 (18,6 %)	5 (13,5 %)	12 (19,4 %)	8 (17,2 %)
<i>Trichomonas vaginalis</i>	3 (6,9 %)	2 (5,4 %)	4 (6,3 %)	2 (4,2 %)
Дисбиоз влагалища	21 (48,8 %)	15 (40,5 %)	29 (46 %)	20 (42,5 %)
<i>Peptostreptococcus spp</i>	34 (79 %)	26 (70 %)	41 (65 %)	28 (59,5 %)
<i>Prevotella spp</i>	6 (13,9 %)	4 (10,8 %)	8 (12,6 %)	3 (6,3 %)
<i>Bacteroides spp</i>	5 (11,6 %)	4 (10,8 %)	7 (11,1 %)	4 (8,5 %)
<i>Fusobacterium spp</i>	11 (25,5 %)	9 (24,3 %)	14 (22,2 %)	4 (8,5 %)
<i>Staphylococcus spp</i>	25 (58,1 %)	19 (51,3 %)	32 (50,7 %)	17 (36,1 %)
<i>Streptococcus spp</i>	31 (72 %)	23 (62,1 %)	34 (53,9 %)	19 (40,2 %)
Вирус папилломы человека (ВПЧ)	28 (65,1 %)	24 (64,8 %)	41 (65 %)	26 (55,3 %)

выявлялся ранее или был обнаружен во время обследования у 119 (62,6 %) женщин.

Всем пациенткам проводилась расширенная кольпоскопия на цифровом видеокольпоскопе SENSITEK SLC-2000, с последовательным использованием растворов 5% уксусной кислоты и раствора Люголя, с обязательным забором материала с поверхности экзо- и эндоцервикса на цитологическое исследование. Кольпоскопические признаки цервицита, ассоциированные с той или иной выделенной инфекцией, были выявлены у 125 (65,7 %) пациенток с АЯ.

Некоторые авторы считают гормональные нарушения основным звеном в патогенезе АЯ [8]. Результаты наших исследований показали, что однозначно высказаться в пользу ведущего значения гормональных нарушений в патогенезе АЯ нельзя, поскольку они возникают вторично, являясь ответом на повреждение структур яичника воспалением или травмой.

Изучение гормонального профиля при обследовании через 3 – 12 месяцев после выписки показало, что исходные уровни ЛГ и ФСГ были в пределах нормы. А вот среди пациенток, перенесших оперативное вмешательство по поводу АЯ, отмечается статистически значимое ($p < 0,05$) увеличение уровней пролактина ($320,2 \pm 62,7$ МЕ/мл), надпочечниковых гормонов – ДГЭАС и кортизола ($21,1 \pm 4,4$ нмоль/л и $470,2 \pm 48,3$ нмоль/л соответственно). При этом прослеживалась прямая зависимость между величиной внутрибрюшной кровопотери и увеличением ПРЛ, ДГЭАС и кортизола.

Повышение уровней кортизола и ДГЭАС свидетельствует о надпочечниковом генезе андрогении вторичного характера.

При морфологическом исследовании биоптатов яичников, полученных во время операции по поводу АЯ, в ряде случаев имел место начинающийся поликистоз яичников. По-видимому, развивающийся поликистоз, является вторичным на фоне длительного хронического воспаления.

Контроль за восстановлением репродуктивной функции вели в группах женщин, планирующих беременность, т. к. в среднем 17,7 % – не планиро-

вали беременность по причинам молодого возраста и отсутствия семьи.

Невынашивание беременности на ранних сроках после апоплексии яичников во всех изучаемых группах было достаточно высоким: ранний самопроизвольный выкидыш произошел в I группе у 3 (6,9 %) и у 2 (5,4 %) во II группе. В III группе зарегистрировано 3 случая, в IV группе – 2, что составило 4,7 и 4,25 %. Замершая беременность случилась в I группе у 2 пациенток и единичный случай во II группе (4,6 % и 2,7 % соответственно). В III группе неразвивающаяся беременность составила 4,7 %, в IV группе 2,12 % т.е. апоплексия яичника – фактор риска по невынашиванию беременности и требует реабилитационной терапии.

Внематочная беременность наступила у 3 пациенток в I группе и у 2 – во II (6,9 % и 5,4 % соответственно). В III и IV группах внематочная беременность имела место у 4 (6,3 %) и 2 (4,25 %) больных соответственно.

В I группе беременность закончилась родами у 3 пациенток, что составило 6,9 %. Во II группе, после оперативного лечения с полным комплексом реабилитационных мероприятий, родили 10 (27,1 %) женщин. В группах, с проведенным консервативным лечением, результаты оказались несколько хуже. Так, в III группе роды были у 2 (3,17 %), в IV группе – у 8 (17,02 %). Таким образом, беременность, роды благополучно наступали в тех группах, где был проведен весь комплекс реабилитационных мероприятий. Если сравнивать отдаленные результаты между группами с консервативным и оперативным лечением, то восстановление репродуктивной функции оказалось лучше у прооперированных женщин. По-видимому, это связано с тем, что во время операций, устранялся имеющийся к тому моменту спаечный процесс в области придатков матки и проводилась санация брюшной полости от крови.

Таким образом, проведение реабилитационных мероприятий, включающие этиотропное антибактериальное лечение и электроимпульсную терапию позволяют провести эррадикацию микроорганизмов, поражающих фолликул яичника, и тем самым снизить риск рецидивов заболевания, а эндоскопическое вмешательство способствует

Таблица 2

Репродуктивная функция у женщин после АЯ

Исходы наступивших беременностей	I группа (n = 43) Операция без реабилитации	II группа (n = 37) Операция + реабилитация	III группа (n = 63) Консервативное лечение без реабилитации	IV группа (n = 47) Консервативное лечение + реабилитация
Ранний с/п выкидыш	3 (6,9 %)	2 (5,4 %)	3 (4,7 %)	2 (4,25 %)
Неразвивающаяся беременность	2 (4,6 %)	1 (2,7 %)	3 (4,7 %)	1 (2,12 %)
Внематочная беременность	3 (6,9 %)	2 (5,4 %)	4 (6,3 %)	2 (4,25 %)
Беременность, закончившаяся родами	3 (6,9 %)	10 (27,1 %)	2 (3,17 %)	8 (17,02 %)
Всего беременностей	11 (25,5 %)	15 (40,5 %)	12 (19,04 %)	13 (27,7 %)
Бесплодие	12 (27,9 %)	5 (13,51 %)	19 (30,15 %)	15 (31,91 %)
Беременность не планировали	9 (20,9 %)	2 (5,4 %)	20 (31,74 %)	6 (12,76 %)

устранению рубцово-спаечных процессов, приводящих к возникновению внематочной беременности и трубному бесплодию. Лапароскопия должна применяться даже при небольших потерях крови из-за разрывов фолликула на стадии овуляции или желтого тела у молодых женщин, не имеющих детей, как профилактика спаечного процесса и трубного бесплодия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В. и др. Лапароскопия в гинекологии. — М., 2000. — 325 с.
2. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Киселев С.И. Диагностика и хирургическая лапароскопия в гинекологии // Международный конгресс эндоскопии в диагностике и лечении патологии матки (с курсом эндоскопии). — М., 1997. — С. 15.
3. Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. Ургентная гинекология: новый взгляд // Ж. акушерства и жен. болезней. — 2001. — Т. 50, № 3. — С. 15–18.
4. Мальцева Л.И., Панькова М.В., Церетели И.К. Особенности морфологической картины яичников, пораженных хламидийно-уреаплазменной инфекцией // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии : сборник статей междунар. конгресса. — М., 2006. — С. 109.
5. Мальцева Л.И., Панькова М.В., Церетели И.К. Характер инфицирования яичников у женщин репродуктивного возраста с ургентной

негнойной овариальной патологией // Практическая гинекология: от новых возможностей к новой стратегии : сборник статей междунар. конгресса. — М., 2006. — С. 110.

6. Мальцева Л.И., Церетели И.К., Панькова М.В. Роль урогинетальной инфекции в развитии ургентной патологии яичников и трубной беременности // Мать и дитя : материалы I регионального научного форума. — Казань, 2007. — С. 297–298.
7. Оразмурадова Л.Д., Тер-Овакимян А.Э. Отдаленные результаты оперативного и консервативного лечения апоплексии яичника // Вестн. Рос. ун-та дружбы народов. Сер. Мед. — 2008. — № 1. — С. 18–22.
8. Панкова О.Ю. и др. Диагностика и лечение апоплексии яичника // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. — 1998. — № 2. — С. 110–114.
9. Панькова М.В. Роль специфической и неспецифической урогенитальной инфекции в развитии ургентной негнойной патологии яичника : дис. ... канд. мед. наук / Казан. Гос. Мед. акад. — Казань, 2007. — 30 с.
10. Сафронова Н.А. Минимально инвазивные технологии в диагностике и лечении внутрибрюшных кровотечений в гинекологической практике : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Уфа, 2003. — 22 с.
11. Тер-Овакимян А.Э., Оразмурадова Л.Д. Репродуктивное здоровье женщин, перенесших апоплексию яичника // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — № 1. — С. 14–17.

Сведения об авторах

Чертовских Михаил Николаевич – к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии Иркутского государственного института усовершенствования врачей (664079, Иркутск, мкр. Юбилейный, 100; тел.: 8 (3952) 33-57-45; e-mail: smn69@yandex.ru)

Чертовских Маргарита Михайловна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии Иркутского государственного института усовершенствования врачей

Кулинич Светлана Ивановна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии Иркутского государственного института усовершенствования врачей