

3. Devaux I., Kremer K., Heersma H., et al. Clusters of multidrug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* cases, Europe. // *Emerg. Infect. Dis.* — 2009. — Vol. 15, 7. — P. 1052-1060.
4. Edlin B.R., Tokars J.I., Grieco M.N., et al. An outbreak of multidrug-resistant tuberculosis among hospitalized patients with the acquired immunodeficiency syndrome // *N. Engl. J. Med.* — 1992. — Vol. 326. — P. 1514-1521.
5. Glynn J.R., Kremer K., Borgdorff M.W., Rodriguez M.P. Beijing/W genotype *Mycobacterium tuberculosis* and drug resistance. // *Emerg. Infect. Dis.* — 2006. — Vol. 12, N. 5. — P. 736-743.
6. Kong Y., Cave M.D., Zhang L., et al. Association between *Mycobacterium tuberculosis* Beijing/W lineage strain infection and extrathoracic tuberculosis: Insights from epidemiologic and clinical characterization of the three principal genetic groups of *M. tuberculosis* clinical isolates // *J. Clin. Microbiol.* — 2007. — Vol. 45. — P. 409-414.

7. Kurepina N.E., Sreevatsan S., Plikaytis B.B., et al. Characterization of the phylogenetic distribution and chromosomal insertion sites of five IS6110 elements in *Mycobacterium tuberculosis*: non-random integration in the dnaA-dnaN region // *Tuber. Lung Dis.* — 1998. — Vol. 79. — P. 31-42.
8. Li W. M., Wang S.M., Li C.Y., et al. Molecular epidemiology of *Mycobacterium tuberculosis* in China: a nationwide random survey in 2000. // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* — 2005. — Vol. 9, N. 12. — P. 1314-1319.
9. Lopez B., Aguilar D., Orozco H., et al. A marked difference in pathogenesis and immune response induced by different *Mycobacterium tuberculosis* genotypes // *Clin. Exp. Immunol.* — 2003. — Vol. — P. 30-37.
10. Thwaites G., Gaws M., Chau T., et al. Relationship between *Mycobacterium tuberculosis* genotype and the clinical phenotype of pulmonary and meningeal tuberculosis // *J. Clin. Microbiol.* — 2008. — Vol. 46. — P. 1363-1368.

Информация об авторе: 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, Клиническая больница №1 г. Иркутска
Свиштунов Владимир Владимирович — заведующий отделением, к.м.н.

© ЧЕРТОВСКИХ М.М., ЧЕРТОВСКИХ М.Н., КУЛИНИЧ С.И. — 2011
УДК 618.1-02:6.18.39:615.256.55

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОК ПОСЛЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Маргарита Михайловна Чертовских, Михаил Николаевич Чертовских, Светлана Ивановна Кулинич
(Иркутская государственная академия последипломного образования, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах,
кафедра акушерства и гинекологии, зав. — д.м.н., проф. С.И. Кулинич)

Резюме. Представлен анализ проспективных и ретроспективных наблюдений за 211 больными с диагнозом апоплексия яичника (АЯ). Основным звеном патогенеза болевой и геморрагической форм разрыва яичников, является хроническое воспаление, обусловленное специфической и неспецифической инфекцией. Хирургическая санация брюшной полости при апоплексии яичника с кровопотерей 50 мл предпочтительнее консервативного лечения для сохранения репродуктивной функции. Проведение поэтапной комплексной реабилитации у женщин после АЯ, снижает риск рецидивов заболевания и трубно-перитонеального бесплодия в последующем.

Ключевые слова: апоплексия яичника, лапароскопия, репродуктивная функция.

THE PROBLEM OF THE REPRODUCTIVE FUNCTION PRESERVATION IN YOUNG WOMEN AFTER OVARIAN APOPLEXY

M.M. Chertovskikh, M.N. Chertovskikh, S.I. Kulinich
(Irkutsk State Academy for Postgraduate Medical Education)

Summary. The analysis of prospective and retrospective supervision of 211 patients with the diagnosis ovarian apoplexy has been presented. The basic link of the genesis of painful and hemorrhage rupture forms of ovaries, is the chronic inflammation, caused by a specific and nonspecific infection. Surgical sanation of abdominal cavity in ovarian apoplexy with the hemorrhage 50 ml is more preferable than conservative treatment to preserve reproductive function. Carrying out the stage-by-stage complex rehabilitation in women after ovarian apoplexy reduces risk of relapses of disease and tubal sterility in the future.

Key words: ovarian apoplexy, reproductive function, laparoscopy.

Интерес к изучению апоплексии яичника (АЯ) обусловлен увеличением частоты данного заболевания у женщин детородного возраста (17%) и частыми рецидивами заболевания, достигающие 40%. Реализуют репродуктивную функцию после овариальных кровотечений лишь 27% женщин [1,3,6].

В клинической практике при легкой форме заболевания, с кровопотерей не более 150 мл, чаще предпочтение отдаётся консервативному методу лечения. Однако не эвакуированная из брюшной полости кровь приводит к формированию спаечного процесса и трубно-перитонеальной формы бесплодия [4,7,5]. В литературе отсутствуют принципы дифференцированного подхода к выбору метода лечения и объёма оперативного вмешательства, а так же отсутствуют рекомендации по реабилитации больных, перенёвших апоплексию яичника. При хирургическом лечении методом выбора является лапароскопия, при которой возможна адекватная санация малого таза позволяющая минимизировать риск формирования в последующем спаечного процесса. В связи с этим возникает необходимость разработки чётких критериев для выбора метода лечения и комплекса

реабилитационных мероприятий, позволяющих сохранить репродуктивную функцию и избежать рецидива заболевания.

Цель исследования: изучить состояние репродуктивной функции у женщин, перенёвших апоплексию яичника, в зависимости от метода лечения.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели были проведены проспективные и ретроспективные наблюдения у 211 больных с установленным клиническим диагнозом «апоплексия яичника» получивших лечение в Иркутском городском перинатальном центре с 2003 по 2011 г. Из общего числа пациенток, в зависимости от вида лечения — хирургического или консервативного сформировано 2 группы: I (основная) проспективная группа — 32 пациентки с АЯ прооперированные и прошедшие реабилитацию по предложенной нами схеме (антибактериальное, противовирусное, гормональное лечение и диэлектронейростимуляция (ДЭНС-терапия)) и 33 женщины с консервативным лечением и проведён-

ной реабилитацией; II (контрольную) ретроспективную группу составили 71 больная с АЯ прооперированные без реабилитации и 75 пациенток с АЯ пролеченные консервативно, без последующей реабилитации.

В работе учтены этические принципы, представленные в Хельсинской декларации по защите прав человека.

Для сравнительного анализа исследуемых групп мы изучили: возраст менархе, начало половой жизни, наличие в анамнезе специфических и неспецифических воспалительных заболеваний половых органов, нарушений менструальной функции, жалобы при поступлении, паритет, причины бесплодия, способы контрацепции, данные ультразвукового исследования (УЗИ) и эндоскопического исследования, полученные перед и после операций.

Для оценки репродуктивной функции из числа специальных методов в работе использованы: лабораторные, для оценки гормонального статуса путем определения содержания гормонов в сыворотке крови с 2-7 день менструального цикла (пролактина (ПРЛ), фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), прогестерона, кортизола, тестостерона); УЗИ органов малого таза на аппарате «ALOCA-3500» в фолликулиновую и лютеиновую фазы цикла, для изучения состояния эндометрия, наличия желтого тела; проходимость маточных труб и наличие спаечного процесса оценивали по данным гистеросальпингографии (ГСГ), second-look лапароскопии и пельвиоскопии; морфологические методы исследования яичников (биопсии) и эндометрия (Пайпель-биопсия).

В основной группе всем пациентам с апоплексией яичника, независимо от формы заболевания (болевая или геморрагическая), был проведен комплекс реабилитационных мероприятий. Он включал: электроимпульсную терапию в раннем послеоперационном периоде на фоне этиотропного лечения, прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) не менее 3 месяцев с первого дня менструального цикла, исследование мочевого тракта на инфекции, изучение и необходимая коррекция гормонального статуса и менструального цикла.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета программ Statistica for Windows v. 6.0. Сравнительный анализ проводился с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона для упорядоченных градаций (в случае, когда один из двух факторов имеет только две категории, а второй фактор может быть распределен в альтернативных взаимоисключающих градациях, которые в некотором смысле упорядочены). Статистическая значимость различий между группами оценивалась с использованием таблиц сопряженности и критерия χ^2 . Критерий χ^2 (с поправкой Йейтса) и точный критерий Фишера (для малых частот) — являются непараметрическими методами, не требуют никаких предположений относительно параметров совокупности (численность, распределение переменных), из которой извлечены выборки. Критический уровень значимости при проверке гипотез $p=0.05$.

Результаты и обсуждение

Проведенный анализ 211 историй болезни пациенток с диагнозом АЯ 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.

Провоцирующим фактором, вызвавшим кровоизлияние, служил половой акт. При рецидивах апоплексия яичника возникала чаще в состоянии покоя или при незначительной физической нагрузке. АЯ у 82,1% пациенток возникала во вторую фазу менструального цикла, у 17,2% во время овуляции. В фолликулярную фазу АЯ нами не зарегистрирована ни в одном случае, т.е. апо-

плексия яичника — болезнь овулировавшего фолликула.

Факторами риска в возникновении АЯ были: сопутствующая патология (хронический цервицит, пиелонефрит, цистит, тонзиллит и др.); высокая частота гинекологических заболеваний в анамнезе (табл. 1).

Таблица 1

Гинекологические заболевания в анамнезе у больных с апоплексией яичника

Параметры	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=146)		p
	n	%	n	%	
Сальпингофорит	28	43,1	59	40,4	0,83
Заболевания шейки матки	39	60,0	82	56,2	0,71
Миома матки	1	1,5	4	2,7	0,97
АЯ в анамнезе	14	21,5	32	22,0	0,9
Зрелая тератома яичника	1	1,5	3	2,1	0,77
АЯ + Бесплодие I, II	11	17,0	26	17,8	0,968
Сальпингофорит + Заболевания шейки матки	20	30,8	41	28,1	0,816
Хронический эндометрит в анамнезе	4	6,2	9	6,2	0,76
Полипы цервикального канала	3	4,6	6	4,2	0,84

На первом месте были заболевания шейки матки. Это хронические цервициты, ассоциированные с вирусной или другой микрофлорой. Так, в I группе поражения шейки матки были выявлены у 39 (60,0%), во II — у 82 (56,2%) больных.

Воспалительные заболевания придатков матки в анамнезе выявлены в I группе у 28 (43,1%) женщин, во II — у 59 (40,4%) больных. АЯ в анамнезе, при изучении I группы была выявлена — у 14 (21,5%) и во II — у 32 (22,0%) больных.

Наиболее частыми комбинациями гинекологических заболеваний были: сальпингофорит + заболева-

Таблица 2

Структура возбудителей ИППП у пациенток с АЯ в анамнезе

Видовой состав возбудителей	Количество случаев ИППП в группах с АЯ	
	(n=211)	(n=211)
Моноинфекция, в т.ч.:	31	14,7
— хламидии	3	1,4
— микоплазмы	15	7,1
— трихомонады	5	2,4
— гонококки	2	1
— вирус папилломы человека (ВПЧ)	6	2,8
Ассоциации микроорганизмов, в т.ч.:	82	38,9
— мико- и уреаплазмы+ВПЧ	16	7,6
— хламидии+трихомонады	7	3,3
— гонококки+трихомонады	5	2,4
— мико- и уреаплазмы+трихомонады	13	6,2
— мико- и уреаплазмы+трихомонады+ВПЧ	18	8,5
— хламидии+микоплазмы+ВПЧ	6	2,8
— хламидии+мико- и уреаплазмы+трихомонады+ВПЧ	7	3,3
— гонококки+трихомонады+хламидии+ВПЧ	6	2,8
Другие комбинации 2-х, 3-х и более возбудителей	4	1,9
Не обследовались на ИППП	98	46,4

ния шейки матки в I и II группах — у 20 (30,8%) и 41 (28,1%) больных; апоплексия яичника в анамнезе + бесплодие — у 11 (17,0%) в I группе и у 26 (17,8%) пациенток II группы. Хронический эндометрит был выявлен в I группе — у 4 (6,2%) и II — у 9 (6,2%) пациентов. Полип цервикального канала были в I группе — у 3 (4,6%), во II — у 6 (4,2%) пациентов. Полип эндометрия, маркер хронического эндометрита, выявлен в I группе — у 2 (3,1%) пациентов, во II — у 5 (3,4%).

Таким образом, полученные анамнестические данные свидетельствуют о высокой частоте инфицированности половой системы у женщин с апоплексией яичника, что заставляет думать о нарушении кровообращения в яичнике, дистрофических изменениях в структурах — строме, сосудах, нервных окончаниях, наличии лимфоидной инфильтрации фолликулов стромы.

Беременность, закончившаяся родами была в I группе у 21 (32,3%), во II — у 49 (33,6%) больных. Артифициальные аборт в I группе — у 13 (20,0%), во II — у 29 (19,9%) больных. Самопроизвольное прерывание беременности в анамнезе имели в I группе — 8 (12,3%), во II группе — 17 (11,6%) пациентов. Внематочная беременность имела место в анамнезе в I группе — у 3 (4,6%) и во II — у 6 (4,1%) пациентов. Бесплодие выявлено в I группе — у 15 (23,1%), во II группе у 37 (25,3%) больных (табл.3).

Таблица 3

Паритет у пациенток с АЯ в исследуемых группах

Параметры	Основная группа (n=65)		Контрольная группа (n=146)		p
	n	%	n	%	
Роды	21	32,3	49	33,6	0,984
Аборты артифициальные	13	20,0	29	19,9	0,87
Бесплодие I, II	15	23,1	37	25,3	0,875
Аборт самопроизвольный	8	12,3	17	11,6	0,926
Искусственный выкидыш (медицинские показания)	3	4,6	6	4,1	0,84
Внематочная беременность	3	4,6	6	4,1	0,84

Полученные данные наглядно показывают осложнённый гинекологический и акушерский анамнез в исследуемых группах. Высокое число репродуктивных потерь связано как с большим количеством артифициальных абортов, так и с потерей желанной беременности.

Реализация репродуктивной функции после перенесенной АЯ характеризуется снижением общего числа беременностей, повышением числа внематочных беременностей, невынашивания беременности и бесплодием.

Некоторые авторы считают гормональные нарушения основным звеном в патогенезе АЯ [2]. Результаты наших исследований показали, что однозначно высказаться в пользу ведущего значения гормональных нарушений в патогенезе АЯ нельзя, вероятнее всего они возникают вторично, являясь ответом на повреждение структур яичника воспалительным процессом.

По данным ряда авторов, у большого числа больных с АЯ имеются нарушения овариально-менструального цикла. Мы изучили возраст наступления менархе, характер менструаций, наличие нарушений менструальной функции и пришли к выводу, что большая часть пациенток (75%) имели нормальный менструальный цикл.

Одним из серьёзных осложнений АЯ может быть формирование в малом тазу спаечного процесса, который влечёт за собой целый ряд негативных последствий, таких как трубно-перитонеальная форма бесплодия, внематочная беременность и т.д. Следовательно, одним

из критериев, оценивающих эффективность проведённого лечения, будет отсутствие спаечного процесса вообще, либо снижение случаев формирования III-IV степени спаечного процесса.

Известно, что одним из факторов или субстратов способствующих формированию спаек в брюшной полости является кровь. Однако для малого таза попадание малого количества крови не является пусковым механизмом запускающим каскад процессов сращения, поскольку у многих женщин репродуктивного возраста имеется ретроградный заброс менструальной крови по маточным трубам и кровоизлияния во время овуляции. До настоящего времени, нет чётких данных, при каких объёмах кровопотери при апоплексии яичника формируется спаечный процесс в малом тазу. Поэтому, в соответствии с поставленными задачами, мы провели сравнительный анализ формирования степени спаечного процесса в зависимости от величины кровопотери, метода лечения и проведения последующей реабилитации.

Анализ полученных результатов показал, что хирургическое лечение при кровопотере 50 мл, предпочтительнее по всем параметрам, чем консервативное. Умеренной и тяжёлой степени (III-IV) спаечного процесса не было выявлено ни в одной из групп, а спаечного процесса минимальной и средней (I-II) степени было меньше, чем при выборе консервативной тактики ведения.

Следовательно — основное значение в профилактике формирования спаечного процесса после апоплексии яичника, имеет не последующая реабилитационная терапия, а тщательная санация брюшной полости от крови, что возможно только при операции.

Для оценки репродуктивной функции после АЯ мы провели анализ частоты наступления беременности у пациенток основной и контрольной групп (табл. 4).

Таблица 4

Реализация репродуктивной функции в группах с хирургическим ведением

Исходы	С реабилитацией (n=32)		Без реабилитации (n=71)		p
	n	%	n	%	
Роды	24	75	13	18,3	<0,00001
Бесплодие	1	3,1	5	7	0,74
Самопроизвольный аборт	2	6,3	11	15,5	0,32
Неразвивающаяся беременность	1	3,1	8	11,3	0,33
Внематочная беременность	-	-	1	1,4	-
Использовали контрацепцию	4	12,5	33	46,5	<0,00001

В группе с хирургическим лечением и проведённой реабилитацией — у 24 (75%) пациенток беременности закончились нормальными родами. Бесплодие было — у 1 (3,1%) пациентки. Случаев самопроизвольных абортов было — 2 (6,3%), беременность прервалась по типу неразвивающейся беременности — у 1 (3,1%) больной. В группе без реабилитации результаты были хуже, роды были — у 13 (18,3%) женщин, бесплодие было — у 5 (7%) женщин, случаев самопроизвольных абортов — 11 (15,5%), неразвивающаяся беременность — у 8 (11,3%) и внематочная беременность по типу трубного аборта наблюдалась — у 1 (1,4%) пациентки.

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что в группе с хирургическим лечением и проведённой реабилитацией родов больше, чем в группе без реабилитации (p<0,001).

В группе с консервативным лечением и проведённой реабилитацией роды были — у 7 (21,1%), диагноз

Таблица 5

Реализация репродуктивной функции
в группах с консервативным ведением

Исходы	С реабилитацией (n=33)		Без реабилитации (n=75)		p
	n	%	n	%	
Роды	7	21,1	9	12	0,94
Бесплодие	16	48,5	36	48	0,87
Самопроизвольный аборт	3	9,1	11	14,7	0,63
Неразвивающаяся беременность	1	3,1	7	9,3	0,45
Внематочная беременность	3	9,1	5	6,7	0,96
Использовали контрацепцию	3	9,1	7	9,3	0,75

бесплодия установлен — у 16 (48,5%) больных. Случаев самопроизвольных аборт было — у 3 (9,1%), неразвивающаяся беременность — у 1 (3,1%), внематочная беременность наступила — у 3 (9,1%) пациенток.

Таблица 6

Реализация репродуктивной функции
в группах прошедших реабилитацию

Исходы	Хирургическая группа (n=32)		Консервативная группа (n=33)		P
	n	%	n	%	
Роды	24	75	7	21,2	<0,0001
Бесплодие	1	3,1	16	48,5	0,0001
Самопроизвольный аборт	2	6,3	3	9,1	0,97
Неразвивающаяся беременность	1	3,1	1	3	0,48
Внематочная беременность	0	-	3	9,1	-
Использовали контрацепцию	4	12,5	3	9,1	0,96

Таблица 7

Реализация репродуктивной функции
в группах не прошедших реабилитацию

Исходы	Хирургическая группа (n=71)		Консервативная группа (n=75)		P
	n	%	n	%	
Роды	13	18,3	9	12	0,34
Бесплодие	5	7	36	48	<0,0001
Самопроизвольный аборт	11	15,5	11	14,7	0,93
Неразвивающаяся беременность	8	11,3	7	9,3	0,91
Внематочная беременность	1	1,4	5	6,7	0,24
Использовали контрацепцию	33	46,5	7	9,3	0,7

В группе без реабилитации результаты были хуже, у 9 (12%) пациенток беременности закончились нормальными родами, диагноз бесплодие установлен — у 36 (48%), самопроизвольный аборт случился — у 11 (14,7%), неразвивающаяся беременность — у 7 (9,3%) и внематочная — у 5 (6,7%) больных.

точная беременность наступила — у 5 (6,7%) больных.

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что в группе с консервативным лечением пациенток и с проведенной реабилитацией показатели реализации репродуктивной функции лучше, но статистически не значимы, чем в группе, где реабилитация не проводилась вообще.

При сравнении групп хирургической и консервативной, в которых проводилась реабилитация, родов больше было у пациенток с хирургическим лечением, чем с консервативным ($p<0,001$).

В группе с хирургическим лечением диагноз бесплодие установлен — у 1 (3,1%) больной, с консервативным лечением — у 16 (48,5%) пациенток ($p<0,001$).

При сравнении хирургической и консервативной групп без реабилитации, лучше результаты были в группе с хирургическим лечением, так роды наступили — у 13 (18,3%) пациенток, в группе с консервативным лечением результаты были хуже, только — у 9 (12%) были роды.

В группе с консервативным лечением без реабилитации пациенток с бесплодием было больше, чем с хирургическим лечением ($p<0,001$).

Таким образом, анализ полученных результатов показал, что хирургическое лечение с последующей реабилитацией влияет на реализацию репродуктивной функции и количество родов больше, а консервативное ведение способствует развитию трубноперитонеальной формы бесплодия ($p<0,001$).

Проведение реабилитационных мероприятий позволяет санировать инфекционное поражение фолликулов яичника и тем самым снижает риск рецидивов заболевания.

Санационная лапароскопия должна применяться даже при небольших потерях крови и разрывах фолликула на стадии овуляции или желтого тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Азиев О.В., Белопухов В.М. и др. Лапароскопия в гинекологии. — М., 2000. — 325 с.
2. Бреусенко В.Г., Евсеев А.А., Голова Ю.А., Панкова О.Ю. Гормональный статус у больных с апоплексией яичника. // Вестник. Росс. ассоц. акушеров и гинекологов. — 2000. — №1. — С. 33-38.
3. Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. Ургентная гинекология: новый взгляд // Журнал акушерства и жен. болезней. — 2001. — Т. 50. — №3. — С. 15-18.
4. 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.
5. Панькова М.В. Роль специфической и неспецифической урогенитальной инфекции в развитии ургентной негнойной патологии яичника: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Казань, 2007 — 30 с.
6. Тер-Овакимян А.Э., Оразмурадова Л.Д. Репродуктивное здоровье женщин, перенесших апоплексию яичника // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — № 1. — С.14-17.
7. Тер-Овакимян А.Э., Элибекова О.С., Гаспаров А.С., Реркин И.А. Апоплексия яичника: клинические формы, методы и отдаленные результаты лечения // Материалы VIII Российского форума «Мать и дитя». — М., 2006. — С. 531.

Информация об авторах: 664079, Иркутск, м/р Юбилейный, 100, ИГИУВ, e-mail: cmn69@yandex.ru

Чертовских Маргарита Михайловна — аспирант кафедры,

Чертовских Михаил Николаевич — доцент, к.м.н.,

Кулинич Светлана Ивановна — заведующая кафедрой, д.м.н., профессор.