

УДК 618.11:618.179

## АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ

*Н. А. Жаркин, Л. В. Ткаченко, Т. Г. Кравченко, И. В. Гриценко*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра акушерства и гинекологии*

Проведен анализ современных схем реабилитации и комплексной системы восстановления репродуктивной функции при апоплексии яичника. Показано, что важным моментом в выборе тактики лечения больных с апоплексией яичника является оценка отдаленных результатов лечения и качества жизни больных, перенесших оперативное лечение по данному поводу. Решение этих проблем позволит максимально сохранить репродуктивную функцию женщины, что является основной задачей хирурга, столкнувшегося с проблемой острого живота в гинекологической практике.

*Ключевые слова:* апоплексия яичника, реабилитация, репродуктивная функция.

## OVARIAN APOPLEXY AND ITS IMPACT ON REPRODUCTIVE HEALTH

*N. A. Zharkin, L. V. Tkatchenko, T. G. Kravtchenko, I. V. Gritsenko*

We analyzed the modern patterns of rehabilitation and comprehensive system of repairing the reproductive function in ovarian apoplexy. We demonstrated that the evaluation of long-term treatment outcomes as well as the quality of life of patients with ovarian apoplexy who had undergone surgery for that was crucial when choosing a way of treatment. The solution of these problems will enable the women to preserve their reproductive function which is a major concern of surgeons facing the problem of acute abdomen in the gynecological practice.

*Key words:* ovarian apoplexy, rehabilitation, reproductive function.

Апоплексия яичника — заболевание женщин репродуктивного возраста, на долю которого среди причин внутрибрюшного кровотечения приходится 0,5—2,5 %. Заболевание имеет резкую тенденцию к росту с 1997 по 2009 г. с 3 до 17 % [7]. По данным разных авторов, частота встречаемости резекции яичника как операции, травмирующей орган, при апоплексии достигает 59 % [8]. Рецидивы данного заболевания отмечены в 21,6—69,0 % случаев [17].

Несмотря на то что изучаемая ургентная патология не может быть отнесена к редко встречающейся, в современной литературе имеется ограниченное количество сообщений, касающихся ее этиопатогенетических аспектов. Известно, что вышеуказанная овариальная патология является генетически детерминированной, в частности, по гену GPIIIa нозологической единицей. По данным К. Aalto-Setälä, наличие аллеля PL-All приводит к высокому риску тромбоза коронарных сосудов, а исследования S. R. Steinhilb, D. J. Moliterno демонстрируют связь между носительством аллеля PL-All и повышенной адгезией и агрегацией тромбоцитов в артериальных сосудах [22, 23]. Особое внимание уделяется аллелю PL-All, наличие которого приводит к нарушениям имплантации в виде недостаточной инвазии трофобласта поверхностными

слоями. При изучаемой овариальной патологии увеличение частоты носительства аллеля PL-All способствует нарушению целостности яичниковой ткани за счет слабых межклеточных контактов в ней и повышенного тромбообразования в мелких овариальных сосудах, реализующегося в кровоизлияние [17].

Мнение большинства ученых едино в том, что половой акт, чрезмерная физическая нагрузка и стресс являются главными провоцирующими факторами данного ургентного состояния [1, 9, 10, 14, 15, 16, 18, 19]. Однако они не могут быть непосредственной причиной кровоизлияния в яичник. Действуя на фоне гормонального дисбаланса при наличии овариальных анатомических изменений в виде кистозного желтого тела, мультифолликулярной структуры, персистирующего фолликула и при наличии склерозированно измененных сосудов, провоцирующие факторы приводят к повышению давления в сосудах вследствие кровонаполнения тазовых органов и вызывают нарушение их целостности [15].

Гормональный дисбаланс в генезе апоплексии яичника, по мнению А. С. Гаспарова, А. Э. Тер-Овакяна, обусловлен стрессорным фактором, приводящим к гиперкортицизму и гиперпролактинемии. Гиперпродукция указанных гормонов является причиной возникновения мультифолликулярного типа строения яичников

с последующей реализацией апоплексии яичника. Данные нарушения лежат в основе эндогенной овариальной гиперстимуляции. Выявляемая гиперпролактинемия свидетельствует о дефиците дофаминергической активности базального гипоталамуса как патогенетического фактора разрыва яичника. У пациенток с апоплексией яичника значимое повышение кортизола и ДГЭА, по всей видимости, свидетельствует о надпочечниковом генезе гиперандрогении [17]. Кроме того, достаточно высокая частота абдоминальных оперативных вмешательств в анамнезе у них является свидетельством уже имеющегося спаечного процесса в брюшной полости.

Новые данные о состоянии иммунной системы в аспекте патогенеза изучаемой нозологии получены А. С. Гаспаровым, А. Э. Тер-Овакимяном. Определение эмбриоспецифических антител как маркера состояния иммунной системы позволило выделить два состояния при апоплексии яичника: гиперреактивность при первичной острой овариальной патологии и абсолютная гипореактивность при ее повторном появлении [1, 17].

Нереализованная детородная функция у женщин с апоплексией яичника обусловлена высокой частотой встречаемости искусственного аборта у данной группы пациенток [1, 17]. Прерывание беременности на фоне имеющихся гормональных нарушений и воспалительных изменений яичников при невыполненной репродуктивной функции приводит к патологическим изменениям гомеостаза женщины [4, 13].

В классификацию апоплексии яичника внесены некоторые изменения за последнее десятилетие. Долгое время было принято выделять болевую, анемическую (геморрагическую) и смешанную форму апоплексии яичника в зависимости от клинической формы. Поскольку различную степень кровотечения наблюдают во всех случаях апоплексии яичника, то разделение на вышеуказанные формы не совсем правомерно. В связи с этим в современной литературе геморрагическую форму указанной ургентной патологии стали также классифицировать по величине кровопотери на легкую (кровопотеря 100—150 мл), среднюю (кровопотеря 150—500 мл) и тяжелую (более 500 мл) апоплексию яичника [7, 12]. Однако о выборе тактики ведения пациенток в зависимости от объема кровопотери мнения различных ученых расходятся. Наиболее дискуссионными являются вопросы метода оперативного вмешательства и показаний для консервативного лечения.

Прогрессивное внедрение эндоскопической хирургии в область гинекологии способствовало ее активному использованию при ургентных состояниях. Это минимизирует вероятность диагностических ошибок. Вопросы о показаниях и противопоказаниях к оперативному лечению при апоплексии яичника, в том числе и лапароскопическим доступом, остаются до конца нерешенными. Л. В. Адамян, А. С. Гаспаров считают, что лапароскопия является основным лечебным методом любой формы апоплексии яичника, поскольку позволяет профилактировать спайкообразова-

ние в органах малого таза, рецидив заболевания и патологию в репродуктивной системе [1]. Другой точки зрения придерживается О. С. Элибекова, полагающая, что консервативное лечение апоплексии яичника возможно и при легкой форме с кровопотерей до 150 мл. Однако в данной группе повышается риск развития спаечного процесса III—IV степени в 3,5 раза, эндометриоза органов малого таза — в 1,4 раза [21]. По мнению С. В. Штырова, только наличие массивной кровопотери и геморрагического шока может быть абсолютным противопоказанием к лапароскопии при изучаемой ургентной патологии [20].

Проблема сохранения репродуктивной функции женщин после оперативного лечения апоплексии яичника за последние несколько лет приобрела все большую социальную и медицинскую значимость. Это обусловлено неуклонным ростом количества пациенток, находящихся под амбулаторным наблюдением после оперативных вмешательств на яичниках, и высоким процентом нарушений репродуктивного здоровья в данной группе, что во многом определяет и ухудшение качества жизни, особенно в молодом возрасте.

Вопросы влияния оперативного вмешательства на репродуктивный потенциал женщины после апоплексии яичника широко обсуждаются. Так, Е. А. Калинина считает, что любое оперативное вмешательство на яичниках приводит к снижению фертильности женщины не только в естественных циклах, но и при проведении процедуры ЭКО. Так, 10 % пациенток после клиновидной резекции яичников с яичниковой формой синдрома поликистозных яичников (СПКЯ) не отвечают на стимуляцию суперовуляции, что связано с уменьшением объема яичников, а также истощением фолликулярного аппарата [4]. Однако, по мнению К. В. Краснопольской, резекция яичников не всегда сказывается на их функциональном резерве и в основном предопределяется характером предшествовавших патологических изменений в них, а не собственно оперативным вмешательством. Ею установлено, что наиболее негативное влияние на фертильность оказывают предсуществующие эндометриозные и воспалительные изменения яичников. Кроме того, автор отмечает, что в результате оперативного вмешательства на яичнике/яичниках в совокупности с исходно существующим патологическим процессом, формируется приобретенное нарушение в сосудистом русле яичников, что ведет к перераспределению циркулирующих гонадотропинов из-за ослабления микроциркуляции вокруг доминантных фолликулов, что предопределяет слабый ответ на стимуляцию суперовуляции в рамках программы ЭКО [54]. О. С. Элибекова считает, что частота овуляторных циклов после хирургического лечения по поводу острых гинекологических заболеваний зависит не столько от доступа, сколько от объема оперативного вмешательства [140].

В настоящее время в доступной медицинской литературе нам встретились единичные работы о влиянии перенесенной апоплексии яичника и проведенного

как консервативного, так и хирургического лечения на фертильность женщин, а также течение беременности и родов [1]. Однако любое оперативное вмешательство на яичниках приводит к проблемам в выполнении женской репродуктивной функции не только в естественных циклах, но и при применении процедуры экстракорпорального оплодотворения [4]. В результате хирургического лечения изучаемой овариальной патологии происходит изменение концентрации гонадотропных гормонов в связи с ухудшением микроциркуляторного кровообращения вокруг доминантного фолликула, причиной которого является изначально имеющийся патологический процесс и приобретенное нарушение в овариальном сосудистом бассейне [4, 6]. Следствием этих процессов правомочно ожидать нарушения функции яичника.

Так, по данным Н. Г. Литвинцевой, в отдаленном послеоперационном периоде наблюдается высокая частота ановуляторных циклов с образованием фолликулярных кист или лютеинизации неовулированных фолликулов с развитием рецидивов апоплексии яичника. Морфологическое исследование овариальной ткани подтвердило полученные исследователем результаты о наличии лютеинизированного неовулированного фолликула при данной патологии [9]. Н. В. Содномова также указывала на преобладание ановуляторных менструальных циклов: гормональный дисбаланс по типу гиперэстрогенной ановуляции у пациенток с геморрагической формой апоплексии яичника и дисфункцией яичников — с болевой формой. Кроме того, определялся высокорезистентный кровоток в ранее пораженном яичнике, незначительные функциональные проявления энцефалопатии, гемодинамические нарушения в виде повышенных показателей церебральной перфузии [15].

Результаты работ А. Э. Тер-Овакимяна свидетельствуют о том, что одним из основных гинекологических нарушений, выявленных у пациенток после перенесенной апоплексии яичника, является снижение функциональной активности желтого тела — недостаточность лютеиновой фазы. Пациенткам, перенесшим апоплексию яичника, автор рекомендует реализовать репродуктивную функцию до 2 лет после хирургического лечения, так как свыше 2 лет наступает резкое снижение вероятности деторождения, что может послужить поводом для обращения к экстракорпоральному оплодотворению [17].

Изучение распространенности infertility среди прооперированных пациенток показало достоверное ее возрастание. Проблемы в выполнении репродуктивной функции диагностированы у каждой десятой женщины, что в 4 раза чаще при сравнении с аналогичным показателем до операции. Обращает на себя внимание тот факт, что низкий процент наступления маточной беременности наблюдался среди пациенток после консервативного метода лечения в отличие от больных после оперативного вмешательства [21].

О структуре осложнений течения беременности и родов у пациенток с апоплексией яичника в анамнезе

имеются единичные сведения. По данным некоторых авторов, у беременных этой группы преобладают осложнения в ранние сроки гестации преимущественно в виде самопроизвольного аборта и неразвивающейся беременности. При этом частота осложнений в поздние сроки гестации и в родах была сопоставимой со среднепопуляционной [17].

По нашим данным (Жаркин Н. А., Кравченко Т. Г., 2014), апоплексия яичника достоверно чаще приводит к невынашиванию беременности, преэклампсии, преждевременному излитию околоплодных вод, быстрому течению родов и гипотоническому кровотечению в раннем послеродовом периоде. Так, на основании ретроспективного анализа сплошной выборки 6635 историй родов частота встречаемости в популяции родильниц с апоплексией яичника в анамнезе составила 0,94 %. Установлено, что главным осложнением в первом триместре являлись репродуктивные потери преимущественно в виде неразвивающейся беременности (OR = 2,66). В ранние сроки гестации угроза прерывания в основной группе также встречалась в 3 раза чаще, чем в контрольной (OR = 4,86). Развитие преэклампсии у беременных с апоплексией яичника в анамнезе происходило в 2 раза чаще, чем в группе без изучаемой нозологии (OR = 2,52). У родильниц с апоплексией в анамнезе кровопотеря в послеродовом периоде была достоверно больше, чем в группе контроля — 380 мл против 280 мл ( $p < 0,05$ ). Кроме того, в 8,5 раз чаще гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде встречались у женщин с апоплексией яичника в анамнезе [3].

Основными принципами ведения пациенток после апоплексии яичника являются мероприятия, направленные на профилактику спаечного процесса и временное подавление овуляции путем назначения комбинированных оральных контрацептивов.

В раннем послеоперационном периоде рекомендуются различные методы физиотерапевтического лечения: магнитотерапия, квантовая терапия, электрофорез с лонгидазой, цинком, озонотерапия [10, 15, 16, 17, 18].

В отдаленном послеоперационном периоде широко распространены рекомендации по назначению комбинированных оральных контрацептивов (КОК) в целях профилактики рецидивов апоплексии яичника [5, 11, 15, 16, 17, 21]. В то же время, по мнению М. М. Чертовских, прием КОК не влияет на рецидивы заболевания, а лишь дает временный клинический эффект. При восстановлении овуляторного цикла вновь могут возникать рецидивы апоплексии яичника [19]. В соответствии с этим О. М. Сирота рекомендует дифференцированный подход при назначении гормональной терапии, учитывая тромбофилические сдвиги в системе гемостаза в острый период апоплексии яичника [14]. Дополнением к терапии низко- и микродозированными эстроген-гестагенными препаратами являются лекарственные средства, улучшающие церебральную перфузию, транквилизаторы, диуретики, а также физио-

терапевтическое лечение в виде комбинированного электро-лазеро-магнитного воздействия [2, 11].

Как альтернатива КОК в некоторых научных исследованиях обосновывается применение циклической витаминотерапии в сочетании с гестагенами [15, 18]. Кроме того, необходимым, по мнению ряда авторов, является воздействие на центральные звенья репродуктивной системы женщины: назначение препаратов, улучшающих гемодинамику головного мозга, или воздействие преформированными факторами, например, транскраниальной электростимуляцией на эндорфинные структуры головного мозга [11, 15, 18]. Указанная реабилитационная терапия приводила к нормализации показателей кровообращения головного мозга, индекса резистентности в ранее пораженных овариальных сосудов, а также восстановлению физиологического двухфазного менструального цикла более чем у 90 % женщин и снижению частоты рецидива апоплексии яичника до 4 % [15, 18]. Беременность наступила у 40 % женщин из 52 % планирующих беременность после проведенной реабилитации. В то же время авторы отмечали у пациенток наличие таких осложнений беременности, как угроза ее прерывания, ранний токсикоз, гестационная анемия легкой и средней степени [18].

Учитывая данные о воспалительном процессе как одного из этиопатогенетических факторов апоплексии яичника, в современной литературе считается необходимой этиотропная антибактериальная терапия с последующей коррекцией микробиоценоза влагалища как одного из этапов послеоперационной реабилитации [16, 19]. Проведенные исследования доказывают зависимость тяжести болезненной овуляции от степени инфицированности мочевого тракта. По мнению ряда авторов, хирургическая санация брюшной полости с последующей элиминацией инфекционного агента и устранением очагов инфекции может способствовать реализации репродуктивной функции у 75 % пациенток [16].

Анализ современных научных данных показал фрагментарность имеющихся схем реабилитации и отсутствие комплексной системы восстановления репродуктивной функции от острого периода апоплексии яичника до периода прекоцепционной подготовки, воздействующей на все патогенетические звенья, включая систему гемостаза.

Таким образом, рост частоты встречаемости апоплексии яичника за последние десятилетия актуализировал изучение указанной патологии. Это способствовало изменению научных взглядов об этиопатогенезе, классификации и тактике ведения женщин с апоплексией яичника. Однако нерешенность и спорность многих аспектов диагностики, лечения и реабилитации делают насущными современные научные исследования в данном направлении.

Важным моментом в выборе тактики лечения больных с апоплексией яичника является оценка отдаленных результатов лечения и качества жизни больных,

перенесших оперативное лечение по этому поводу. Решение этих проблем позволит максимально сохранить репродуктивную функцию женщины, что является основной задачей хирурга, столкнувшегося с проблемой острого живота в гинекологической практике.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Гаспаров А. С.* Апоплексия яичника и разрывы кист яичников / А. С. Гаспаров, А. Э. Тер-Овакимян, Е. Г. Хилькевич, А. Г. Косаченко. — М.: МИА, 2009. — 176 с.
2. *Жаркин Н. А.* Вагинальная рефлексотерапия: метод. пособие / Н. А. Жаркин, В. П. Гончаренко, Н. А. Бурова, И. В. Захаров, П. В. Краморенко, С. Кен-Амоа. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2007. — 22 с.
3. *Жаркин Н. А.* Апоплексия яичника как фактор риска развития осложненного течения беременности и родов / Н. А. Жаркин, Т. Г. Кравченко // Медицинский альманах. — 2011. — № 6 (19). — С. 70—72.
4. *Калинина Е. А.* Резервы повышения эффективности экстракорпорального оплодотворения при лечении бесплодия у женщин с гинекологическими заболеваниями: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01. — СПб., 2005. — 45 с.
5. *Кох Л. И.* Морфологические аспекты различных форм апоплексии яичников / Л. И. Кох, Н. В. Содномова // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии: сб. науч. тр. межрегион. науч.-практ. конф. — Красноярск, 2008. — С. 55—59.
6. *Краснопольская К. В.* Экстракорпоральное оплодотворение в комплексном лечении женского бесплодия: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01. — М., 2005. — 34 с.
7. *Кулаков В. И.* Гинекология: национальное руководство / под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1088 с.
8. *Кулинич С. И.* Оптимизация обследования и лечения больных с ретенционными кистами яичников / С. И. Кулинич, И. Н. Николаева, С. С. Голубев // Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. — 2006. — № 13. — С. 354—363.
9. *Литвинцева Н. Г.* Апоплексия яичника в клинике неотложной гинекологии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. — М., 2005. — 24 с.
10. *Пахуридзе Р. Ф.* Эффективность квантовой терапии в профилактике послеоперационных осложнений у больных с острыми заболеваниями придатков: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. — Волгоград, 2012. — 24 с.
11. *Пивоварова О. Ю.* Применение новинета и кавинтона в комплексной реабилитационной терапии пациенток, перенесших апоплексию яичника / О. Ю. Пивоварова, А. А. Евсеев, Ю. А. Голова, В. Г. Бреусенко, И. А. Альбицкий // Гинекология. — 2006. — № 3. — С. 126—130.
12. *Савельева Г. М.* Гинекология: учебник / Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2011. — 432 с.
13. *Сидельникова В. М.* Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: метод. пособия и клинические протоколы. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. — 224 с.
14. *Сирота О. М.* Современные подходы к диагностике и лечению апоплексии яичника: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. — Омск, 2008. — 24 с.

15. Содномова Н. В. Апоплексия яичника, обоснование реабилитационной терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. — Томск, 2008. — 19 с.

16. Страховецкий В. С. Репродуктивное здоровье женщин, перенесших апоплексию яичника: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. — Киев, 2010. — 20 с.

17. Тер-Овакимян А. Э. Современная концепция оказания помощи больным при апоплексии яичника и разрывах доброкачественных кист яичника: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01. — М., 2007. — 36 с.

18. Ткаченко Л. В. Системный подход к восстановлению репродуктивного потенциала у женщин после хирургического снижения овариального резерва / Л. В. Ткаченко, И. А. Гриценко // Лечение и профилактика. — 2013. — № 2 (6). — С. 18—23.

19. Чертовских М. М. Клинико-морфологические подходы к сохранению репродуктивной функции при болезнях овуляции: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. — Пермь, 2012. — 23 с.

20. Штыров С. В. Лапароскопия при неотложных состояниях в гинекологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01. — М., 2005. — 46 с.

21. Элибекова О. С. Отдаленные результаты лечения острых гинекологических заболеваний: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.01. — М., 2006. — 24 с.

22. Koivisto U. M. The familial hypercholesterolemia (FH)-North Karelia mutation of the low density lipoprotein receptor gene deletes seven nucleotides of exon 6 and is a common cause of FH in Finland [Электронный ресурс] / U. M. Koivisto, H. Turtola, K. Aalto-Setälä, et al. // J. Clin Invest. — 2005. — № 90 (1). — URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC443084/>

23. Steinhubl S. R. The role of the platelet in the pathogenesis of atherothrombosis / S. R. Steinhubl, D. J. Moliterno // Am. J. Cardiovasc. Drugs. — 2005. — Vol. 5, № 6. — P. 399—408.

## Контактная информация

**Жаркин Николай Александрович** — д. м. н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: [zharkin55@mail.ru](mailto:zharkin55@mail.ru)