

©А.І. Чубатий

**АПОПЛЕКСІЄЯ ЯЄЧНИКА ЯК ПРОЯВ ДИЗГОРМОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ
У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ***Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м.Київ*

АПОПЛЕКСІЄЯ ЯЄЧНИКА ЯК ПРОЯВ ДИЗГОРМОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ. В роботі представлені дані літератури та власні дослідження з питань діагностики і лікування апоплексії яєчника в дівчаток підлітків. Встановлена залежність між об'ємом гемоперитонеуму, що виявляється при трансвагінальному УЗД і тактикою ведення хворих. Описані характерні для внутрішньоєячникових крововиливів дані клінічної картини. В роботі розглянуті проблеми консервативного і хірургічного лікування апоплексії яєчника. Також вказано на подальшу антирецидивну терапію з урахуванням морфологічної структури джерела внутрішньоорганної чи інтраабдомінальної кровотечі.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ. В работе представлены данные литературы и собственные исследования по вопросам диагностики и лечения апоплексии яичника у девушек-подростков. Установлено зависимость между объемом гемоперитонеума, который определяется при трансвагинальном УЗИ и тактикой ведения больных. Описаны характерные для внутрияишниковых кровоизлияний данные клинической картины. В работе рассмотрены проблемы консервативного и хирургического лечения апоплексии яичника. Также, указано на дальнейшую притирецидивную терапию с учетом морфологической структуры источника внутриорганного или внутрибрюшного кровотечения.

OVARIAN APOPLEXY AS A MANIFESTATION OF HORMONAL DISTURBANCES IN ADOLESCENCE. In the robot the given literatures and own researches concerning diagnostics and treatments ovarian apoplexy at girls-teenagers are presented. It is established dependence between volume hemoperitoneum which is defined at TV – ultrasonic and tactics of conducting patients. Data of a clinical picture are described characteristic for inside ovary haemorrhages. In the robot consider problems of conservative and surgical treatment ovarian apoplexy. Also, it is specified the further against recurrence therapy in view of morphological structure of a source внутріорганного or an intrabelly bleeding.

Ключові слова: апоплексія яєчника, гемоперитонеум.

Ключевые слова: апоплексия яичника, гемоперитонеум.

Key words: ovarian apoplexy, hemoperitoneum.

ВСТУП. Одне з провідних місць в гінекології, особливо в підлітковій, займає апоплексія яєчника – крововилив в яєчник, який супроводжується порушенням цілісності тканин яєчника і кровотечею в черевну порожнину. Даний патологічний стан, як правило, настає в період овуляції або в другу половину менструального циклу. Провокуючу роль в цьому відіграє фізичне навантаження, травма, статевий акт і т. інш. [1, 2]. Більшість жінок, які перенесли апоплексію яєчника, знаходяться в репродуктивному віці і середній вік, за даними різних авторів, становить $25,3 \pm 1,2$ роки [3]. Однак останнім часом відмічається значне «помолодшання» даної патології і вона все частіше зустрічається в підлітковому віці, а це, в свою чергу, може впливати на репродуктивну функцію і якість життя в подальшому жіночого населення [4].

Апоплексія яєчника в даний час не може бути віднесена до рідкісних нозологічних форм [3]. Однак, слід відмітити, що хірургічне лікування проводиться не всім хворим з подібним патологічним станом. На це впливає загальний стан хворої і, в деяких випадках, неясність клінічної картини захворювання. Клінічна картина при даному патологічному стані досить варіабельна. Гострий початок спостерігається, за даними літератури, в кожному п'ятому випадку [4]. Больовий синдром зустрічається завжди і його інтенсивність задежить від ступеню внутрічеревної кровотечі. У деяких пацієнток спостерігається вира-

жений больовий синдром під час овуляції, що супроводжується мінімальним гемоперитонеумом. Внутрі-яєчничова кровотеча може самостійно зупинитись, але в деяких випадках, коли виникає порушення цілісності зовнішньої оболонки яєчника, виникає гемоперитонеум, який в деяких випадках може сягати великих розмірів. З іншого боку, деякі хворі на фоні масивного гемоперитонеуму відзначають помірний больовий синдромом, що виходить за межі малого тазу. Симптоми подразнення очеревини і френікусимптом спочатку відсутні, а потім розвиваються по мірі наростання гемоперитонеуму і перевищенні ним об'єму більше 300–400 мл. На практиці дуже часто внаслідок компенсації показники центральної гемодинаміки залишаються не зміненими навіть при масивних кровотечах.

В ургентній гінекології при виникненні больового синдрому практичне значення має виключення еktopічної вагітності. Використання ультразвукової діагностики і лабораторне визначення хоріонічного гонадотропіну допомагає лікарю в даній ситуації так, як больові форми апоплексії яєчника супроводжуються стабільним гемостазом і незначним гемоперитонеумом, при яких можна проводити консервативне лікування. Ця ситуація стає досить актуальною при обстеженні дівчаток-підлітків, які не завжди в присутності батьків можуть надати правдиву інформацію.

Апоплексія яєчника діагностується за допомогою аналізу даних анамнезу, клінічних симптомів, результатів додаткових методів обстеження. Одним із головних інструментальних методів діагностики, які застосовують у пацієнок з апоплексією яєчників є ультразвуковий метод. Сучасні ультразвукові апарати, укомплектовані височастотними вагінальними (ректальними) датчиками, дозволяють не тільки визначити точні розміри і топічну локалізацію кістозного утворення, але й вказати на об'єм і характер інтраперитонеальної рідини. Точність даного методу, за даними різних авторів коливається від 75 до 98 % [5, 6]. Можливість внутрічеревної кровотечі з яєчника полягає у фізіологічних змінах, які проходять протягом всього менструального циклу. Овуляція, підсилена васкуляризація, передменструальна гіперемія – все це може привести до порушення цілісності тканин і кровотечі. Перенесені запальні процеси, деякі ендокринні захворювання, що приводять до склеротичних змін в тканині яєчників, застійна гіперемія, варикозне розширення вен, захворювання крові, тривале застосування антикоагулянтів – ось основні фактори, що сприяють розриву яєчника [7, 8, 9]. З впровадженням нових технологій в діагностиці патологічних станів органів малого тазу за останні роки змінився

підхід до діагностики і лікування апоплексії яєчника, особливо у дівчаток-підлітків з погляду на подальше їх репродуктивне здоров'я. З цієї метою пошуку нових підходів до ведення хворих з апоплексією була проведена дана робота.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Спостереження проведено у 32 пацієнок віком 15–18 років, які були госпіталізовані у відділення дитячої та підліткової гінекології Київського міського пологового будинку № 6 з діагнозом апоплексія яєчника. Всі хворі в залежності від величини внутрічеревної крововтрати були розділені на дві групи: – 1 групу становили 26 (81,3 %) пацієнок, яким використовуючи допоміжні діагностичні методи було встановлено внутрічеревну крововтрату до 250 мл; 2 групу склали 6 (18,7 %) пацієнок, у яких внутрічеревна крововтрата становила більше 250 мл. В подальшому в залежності від величини крововтрати і стану пацієнтки обиралась консервативна чи оперативна тактика.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. Суттєвої вікової різниці у пацієнок обох груп не відмічено. Проведений аналіз характеру скарг хворих при поступленні показав, що пацієнтки пред'являли різні скарги (табл. 1).

Таблиця 1. Скарги хворих 1 та 2 групи з апоплексією яєчника при поступленні в стаціонар (абс,%)

Скарги	1 група	2 група	Всього
Біль в нижніх відділах живота:	26 (81,3 %)	6 (18,7 %)	32
- іррадіація в пряму кишку	18 (78,3 %)	5 (21,7 %)	23
- іррадіація в поперекову ділянку	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	2
- іррадіація в пупкову ділянку	1 (50,0 %)	1 (50,0 %)	2
Слабкість	21 (80,8 %)	5 (19,2 %)	26
Втрата свідомості	–	2 (100,0 %)	2
Підвищення температури тіла до 37,5 °С і вище	17 (77,3 %)	5 (22,7 %)	22
Нудота	12 (85,7 %)	2 (14,3 %)	14
Одноразове блювання	9 (81,8 %)	2 (18,2 %)	11
Сухість в роті	18 (75,0 %)	6 (25,0 %)	24
Міжменструальні кров'яністі виділення	17 (80,9 %)	4 (19,1 %)	21

Вивчення анамнезу у пацієнок показало, що серед обстежених дівчат обох груп у значній долі відмічались порушення менструальної функції в 1 групі – 21 (80,8 %), в 2 групі – 5 (83,3 %). Порушення становлення менархе мали дівчата в 1 групі – 15 (57,7 %), в 2 групі – 3 (50,0 %). Функціональні пухлиноподібні утворення відмічені в анамнезі у 11 (42,3 %) дівчат 1 групи і 4 (66,7 %) – 2 групи. Консервативне лікування даних патологічних станів отримували 9 (34,6 %) пацієнок 1 групи і 2 (33,3 %) – 2 групи.

Для визначення важкості стану при поступленні в стаціонар і тактики ведення всім хворим проводилось вимірювання артеріального тиску, пульсу, температури тіла, загальний аналіз крові з формулою і визначення гематокриту, ультразвукове дослідження з використанням трансвагінального доступу за допомогою апарату ALOKA SSD – 1700. При проведенні сонографії проводилось визначення об'єму рідини в черевній порожнині (внутрічеревної кровотечі) за методом Bruno.

В останні роки від кульдоцентезу, як діагностичної процедури гемоперитонеуму практично відмовляють-

ся і використовують його лише в ургентній ситуації. За наявності спайкового процесу або при наявності згустків крові результат пункції може бути негативним навіть при значному об'ємі крововтрати. У багатьох наукових роботах доведено, що діагностична цінність кульдоцентезу щодо визначення гемоперитонеуму не перевищувала 70 % на відміну від сучасного трансвагінального ультразвукового дослідження, при якому вона наближається майже до 100 % [8, 9]. На сучасному етапі розвитку медицини кульдоцентез слід розглядати як метод резерву в діагностиці причин «гострого живота» у жінок в умовах, де немає можливості виконання ультразвукового дослідження і діагностичної лапароскопії.

У 12 (37,5 %) пацієнок було проведено кульдоцентез. Три з них були прооперовані (лапаротомічним (1 хвора) або лапароскопічним (2 хворих) доступом). Іншим, 20 (62,5 %) хворим діагноз апоплексії був поставлений на основі клінічних симптомів без застосування інвазивних методів дослідження з використанням ехографії.

У більшості хворих при зборі анамнезу були виявлені фактори, які могли б спровокувати виникнен-

ня апоплексії: фізичне навантаження – в 17 хворих (53,1 %), статевий акт – в 4 хворих (12,5 %), а в 11 хворих (34,4 %).

При обстеженні пацієнток 1 групи було встановлено, що загальний стан при поступленні в стаціонар був задовільний. При огляді: блідість шкіри і видимих слизових оболонок відмічалась у 9 (34,6 %) жінки, артеріальний тиск у всіх дівчат був в межах, рівень гемоглобіну при цьому не був нижчим 110 г/л. При пальпації і перкусії живота у 8 (30,8 %) хворих відмічалась болючість в нижніх відділах різної інтенсивності, а у 7 (26,9 %) – явища «перитонізму». У 1 (3,8 %) жінки був виражений больовий синдром і позитивні симптоми подразнення очеревини. При вагінальному чи ректальному дослідженні у 22 (84,6 %) пацієнток було виявлено збільшені і болючі придатки матки з однієї сторони.

У хворих 2-ї групи – загальний стан був середнього ступеню важкості. Шкіра і видимі слизові були блідо-го кольору у 4 (66,7 %) жінок. Відмічалось незначне порушення гемодинаміки: зниження артеріального тиску на 10–15 мм рт.ст. у 3 хворих (50,0 %), збільшення частоти пульсу (але не більше 90 уд/хв) – у 2 (3,3 %), зниження рівня гемоглобіну до 100 г/л – у 5 (35,7 %) хворих. У 4 (66,7 %) жінок були позитивні симптоми подразнення очеревини. При вагінальному дослідженні у 5 (83,3 %) пацієнток було виявлено збільшені і болючі придатки матки з однієї сторони, а також болючі зміщення шийки матки та чутливе заднє склепіння.

Було також встановлено, що 11 (34,4 %) жінок в минулому вже проходили лікування запальних процесів придатків матки, у 25 хворих (78,1 %) був встановлений регулярний менструальний цикл, а 5 (15,6 %) жінок перенесли оперативне втручання з приводу гострого апендициту. Одна дівчинка (3,1 %) в минулому вже була прооперована з приводу апоплексії яєчника.

Як було зазначено вище, всім хворим проводилось при поступленні і в динаміці ультразвукове до-

слідження для підтвердження діагнозу і встановлення об'єму рідини в черевній порожнині, а також визначення тактики подальшого ведення.

Крім цього, обов'язково всім хворим через кожних 2 години проводився контроль артеріального тиску, пульсу, температури, рівня гемоглобіну і періодичне створення гіпотермії в нижніх відділах живота. При погіршенні показників загального стану і гемодинаміки проводилась пункція черевної порожнини через заднє склепіння. Тривалість відтермінованого оперативного втручання склав в середньому 4–6 годин. В інших жінок після проведеної маніпуляції відмічалось зменшення вираженості симптомів подразнення очеревини і нормалізація загального стану.

Середня тривалість спостереження за хворими 1 групи становила $3,7 \pm 1,2$ дні, а за жінками 2 групи, яких не було прооперовано склала – $5,8 \pm 1,3$ дні.

ВИСНОВКИ. Дівчата-підлітки з дизгормональними порушеннями становлять групу ризику по розвитку апоплексії яєчника.

Клінічна картина, ультразвукове дослідження в поєднанні з даними анамнезу і лабораторні методи діагностики дають можливість встановити точний діагноз і вибрати оптимальний метод ведення хворих з поглядом на покращення якості життя жіночого населення.

Тактика ведення хворих і вибір методу лікування повинен ґрунтуватись на виразності клінічної картини данної патології і залежати від об'єму внутрішньої кровотечі

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Визначення факторів ризику виникнення данної патології серед різних вікових груп жіночого населення дозволить своєчасно проводити лікувально-профілактичні заходи щодо попередження данного патологічного стану, а в разі його розвитку обрати оптимальну тактику ведення з поглядом на покращення якості життя жіночого населення.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстренных состояниях в гинекологии – 2-е издание, дополненное, М: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003. – 183 с.
2. Ultrasonography in acute pelvic pain / S. Kupescic, A. Aksamija, N. Vucic et al. // Acta Med. Croatica. – 2002. – Vol. 56 (4-5). – P. 171–180. – (113).
3. Кулаков В.И., Адамян Л.В. // Акуш. и гин. 1995., № 5., С. 3–6.
4. Кулаков В.И., Кузнецова М.Н., Мартыш Н.С. Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1997. 112 с.
5. Gill B.D. // Surg. Clin. North Amer. 1996. Vol. 1. № 1. P. 71–82.
6. Taylor E.W. // Surg. Laparosc. Endoscopy. 1995. № 5 (2). P. 125–128.
7. Ultrasonographik and klinikal Appearance of Hemorrhagic Ovarian Cyst Diagnosed by Transvaginal Scan / N. Yoshihiro, I. Kaisuke, S. Takao et al. // J. Nippon Med. Sch. – 2003. – Vol. 70 (3). – P. 243–248.
8. Hemoperitoneum following ovarian cyst rupture: CT usefulness in the diagnosis / V. Miele, C. Andreoli, A. Cortese et al. // Radiol. Med. (Torino). – 2002. – Oct. – Vol. 104 (4). – P. 316–321.
9. Ультрасонодоплерографія в діагностиці доброякісних кістозних утворень яєчників // О.М. Носенко, О.І. Соловйов, Г.Д. Мусіна // Здоровье женщины. – 2006. – № 1 (25). – С. 230–236.

Отриманто 15.01.12 р.