

DOI: 10.26693/jmbs03.02.139

УДК 618.14-002-08:615.849

Чубатий А. І.

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ВЕДЕННЯ ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ З АПОПЛЕКСІЄЮ ЯЄЧНИКА

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

cai_oi@ukr.net

Апоплексія яєчника – один з найбільш частих патологічних станів, який зустрічається в сучасній гінекології, особливо в підлітковому віці, що в свою чергу, може впливати на подальші репродуктивні плани та якість життя жінки.

Під спостереженням було 67 пацієнок віком 14–18 років, в яких було діагностовано апоплексію яєчника. В залежності від об'єму гемоперитонеуму і клінічної картини проводився диференційний підхід до тактики ведення пацієнок. Всім хворим проводилось при поступленні і в динаміці ультразвукове дослідження, контроль артеріального тиску, пульсу, температури, рівня гемоглобіну і періодичне створення гіпотермії в нижніх відділах живота.

Клінічна картина, ультразвукове дослідження в поєднанні з даними анамнезу, і лабораторні методи діагностики дають можливість встановити точний діагноз і вибрати оптимальну тактику ведення хворих та вибрати метод лікування, що ґрунтується на клінічній картині, яка залежить також від об'єму внутрішньочеревної кровотечі.

Ключові слова: апоплексія яєчника, гемоперитонеум, хірургічне лікування.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дана робота є фрагментом НДР «Визначити клінічні та молекулярно-генетичні предиктори реалізації ускладнень вагітності (невиношування, синдрому затримки розвитку плода, прееклампсії) у жінок, які проживають в зонах підвищеного аерогенного ризику і мають порушення репродуктивного здоров'я», № держ. реєстрації О114U001356.

Вступ. Апоплексія яєчника – крововилив в яєчник, один з найбільш частих патологічних станів, який зустрічається в сучасній гінекології, особливо в підлітковому віці, і супроводжується порушенням цілісності тканин яєчника та 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 $24,3 \pm 1,1$ 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 жінки в подальшому [3].

Враховуючи частоту апоплексії яєчника, в даний час її не можна віднести до нозологічних форм, що зустрічаються рідко [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, і може маскуватись за гострою нирковою колікою, гострим апендицитом, гострою вертеброгенною люмбагою тощо. Гострий початок спостерігається, за даними літератури, в кожному п'ятому випадку [3]. Больовий синдром зустрічається завжди, і його інтенсивність залежить від ступеню внутрішньочеревної кровотечі. У деяких пацієнок спостерігається виражений больовий синдром під час овуляції, що супроводжується мінімальним гемоперитонеумом. Внутрішньо-яєчникова кровотеча може самостійно зупинитись, але в деяких випадках, коли виникає значне порушення цілісності зовнішньої оболонки яєчника, виникає гемоперитонеум, який 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 френікус-симптом спочатку відсутні, а потім розвиваються в міру наростання гемоперитонеуму і перевищенням об'єму більше 300–400 мл. В 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 ектопічної вагітності. Використання ультразвукової

діагностики і лабораторне визначення β -субодиниці 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 про початок статевого життя.

Діагностувати апоплексію яєчника можна за допомогою аналізу даних анамнезу, клінічних симптомів, результатів додаткових методів обстеження. Одним із головних інструментальних методів діагностики, які застосовують у пацієнток з апоплексією яєчників, є ультразвуковий метод. Сучасні ультразвукові апарати, укомплектовані високочастотними 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% [4, 5]. Можливість внутрішньочеревної 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 призводять до склеротичних змін в тканині яєчників, застійна гіперемія, варикозне розширення вен, захворювання крові, тривале застосування антикоагулянтів – ось основні фактори, що сприяються розриву яєчника [6–9]. З впровадженням нових технологій в діагностиці патологічних станів органів малого тазу за останні роки змінився підхід до діагностики і ліку-

вання апоплексії яєчника, особливо у дівчаток-підлітків з погляду на подальше їх репродуктивне здоров'я.

Мета дослідження. Пошук нових підходів до ведення хворих з апоплексією.

Матеріал і методи дослідження. Спостереження проведено у 67 пацієнток віком 14-18 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 внутрішньочеревної крововтрати, були розділені на дві групи: 1 групу становили 58 (86,6%) пацієнток, яким за даними допоміжних діагностичних методів було встановлено внутрішньочеревну крововтрату до 250 мл; 2 групу склали 9 (13,4%) пацієнток, у яких внутрішньочеревна крововтрата становила більше 250 мл. В подальшому, в залежності від величини крововтрати і стану пацієнтки, обиралась консервативна чи оперативна тактика.

Дослідження виконані з дотриманням основних положень «Правил етичних принципів проведення наукових медичних досліджень за участю людини», затверджених Гельсінською декларацією (1964–2013 рр.), ІСН GCP (1996 р.), Директиви ЄС № 609 (від 24.11.1986 р.), наказів МОЗ України № 690 від 23.09.2009 р., № 944 від 14.12.2009 р., № 616 від 03.08.2012 р. Письмова інформована згода була отримана від батьків кожної учасниці дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. Суттєвої вікової різниці у пацієнток обох груп не відмічено. Проведений аналіз характеру скарг хворих при поступленні показав, що пацієнтки пред'являли різні скарги (**табл. 1**).

Вивчення анамнезу пацієнток показало, що серед обстежених дівчат обох груп у значній долі відмічались порушення менструальної функції: в 1 групі – 47 (81,0%), в 2 групі – 5 (83,3%). Порушення становлення менархе мали дівчата в 1-групі – 33 (56,9%), в 2-групі – 6 (66,7%). Функціональні пухлиноподібні утворення відмічені в анамнезі у 24 (41,4%) дівчат 1 групи, і 7 (77,8%) – 2 групи. Консервативне лікування даних патологічних станів отримували 21 (36,2%) пацієнток 1 групи, і 3 (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

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:	58 (86,6%)	9 (13,4%)	67
– ірадіація в пряму кишку	48 (77,4%)	12 (22,6%)	62
– ірадіація в поперекову ділянку	2 (50,0%)	2 (50,0%)	4
– ірадіація в пупкову ділянку	2 (66,7%)	1 (3,3%)	3
Слабкість	47 (73,4%)	17 (26,6%)	64
Втрата свідомості	–	2 (100,0%)	2
Підвищення температури тіла до 37,5 °C і вище	34 (77,3%)	10 (22,7%)	44
Нудота	24 (82,8%)	5 (17,2%)	29
Одноразове блювання	18 (81,8%)	4 (18,2%)	22
Сухість в роті	31 (73,8%)	11 (26,2%)	42
Міжменструальні кров'янисті виділення	27 (65,9%)	14 (34,1%)	41

за допомогою апарату ALOKA SSD – 1700. При проведенні сонографії проводилось визначення об'єму рідини в черевній порожнині (внутрішньочеревної кровотечі) за методом Bruno. Всі перераховані обстеження проводились в динаміці через 2–6 годин в залежності від виду обстеження та клінічного стану хворих.

В останні роки від кульдоцентезу як діагностичної процедури гемоперитонеуму практично відмовляються, 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 (трансректального) чи абдомінального 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 26 (38,8%) пацієнок було проведено кульдоцентез. Три з них були прооперовані (лапаротомічним (1 хвора) або лапароскопічним (2 хворих) доступом). Іншим, 41 (61,2%) 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 виникнення апоплексії: фізичне навантаження – в 37 хворих (55,2%), статевий акт – в 9 хворих (13,4%), а в 10 хворих (14,9%) апоплексія яєчника була спровокована порушенням актом дефекації (закреп).

При обстеженні пацієнок 1 групи було встановлено, що загальний стан при поступленні в стаціонар був задовільний. При огляді: блідість шкіри і видимих слизових оболонок відмічалась у 20 (34,5%) пацієнок, артеріальний тиск у всіх дівчат був в межах, рівень гемоглобіну при цьому не був нижчим 100 г/л. При пальпації і перкусії живота у 18 (31,0%) хворих відмічалась болючість в нижніх відділах різної інтенсивності, а у 15 (25,8%) – явища «перитонізму». У 2 (3,4%) пацієнок був виражений больовий синдром і позитивні симптоми подразнення очеревини. При вагінальному чи ректальному дослідженні у 49 (84,5%) пацієнок було виявлено збільшені і болючі придатки матки з однієї сторони за рахунок ретенційних кіст в яєчниках.

У хворих 2-ї групи – загальний стан був середнього ступеню важкості. Шкіра і видимі слизові були блідою кольору у 7 (77,8%) пацієнок. Відмічалось незначне порушення гемодинаміки: зниження систолічного артеріального тиску більше ніж на 15–20 мм рт.ст. (від так званого «робочого») у 6 хворих (66,7%), збільшення частоти пульсу (але не

більше 100 уд/хв) – у 2 (22,2%), зниження рівня гемоглобіну до 95 г/л – у 3 (33,3%) хворих. У 4 (44,4%) пацієнок були позитивні симптоми подразнення очеревини. При вагінальному дослідженні у 7 (77,8%) пацієнок було виявлено збільшені і болючі придатки матки з однієї сторони, а також болючі зміщення шийки матки та «чутливе» заднє склепіння піхви.

Було також встановлено, що 23 (34,3%) пацієнки в минулому вже проходили лікування запальних процесів придатків матки, у 48 хворих (71,6%) був встановлений регулярний менструальний цикл, а 9 (13,4%) пацієнок перенесли оперативне втручання з приводу гострого апендициту. Одна пацієнтка (1,5%) в минулому вже була прооперована з приводу апоплексії яєчника.

Як було зазначено вище, всім хворим проводилось при поступленні і в динаміці ультразвукове дослідження для підтвердження діагнозу і встановлення об'єму рідини в черевній порожнині, а також визначення тактики подальшого ведення.

Крім цього, обов'язково всім хворим через кожні 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 4–8 годин. В інших пацієнок після проведених заходів відмічалось зменшення вираженості симптомів подразнення очеревини і нормалізація загального стану.

Середня тривалість спостереження за хворими 1 групи становила $3,5 \pm 1,2$ дні, а за пацієнтками 2 групи, яких не було прооперовано, склала $5,4 \pm 1,2$ дні.

Висновки та перспективи подальших досліджень. 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 погляду на покращення якості життя жіночого населення.

Тактика ведення хворих і вибір методу лікування повинні ґрунтуватись на виразності клінічної картини даної патології і залежати від об'єму внутрішньочеревної кровотечі. Визначення факторів ризику виникнення даної патології серед різних вікових груп жіночого населення дозволить своєчасно проводити лікувально-профілактичні заходи щодо попередження даного патологічного стану, а в разі його розвитку обрати оптимальну тактику ведення з погляду на покращення якості життя жіночого населення.

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

References

1. Ajlamazjan JeK, Rjabceva IT. *Neotlozhnaja pomoshh pri jekstrennyh sostojanijah v ginekologii*. 2-e izdanie, dop. M: Medicinskaja kniga, 2003. 183 s. [Russian].
2. Demidov VN. *Ul'trazvukovaja diagnostika v ginekologii*. M, 2012. 120 s. [Russian].
3. Zykin BI. *Ul'trazvukovaja diagnostika v ginekologii*. Atlas. M, 2014. 150 s. [Russian].
4. Strahoveckij VS. Klinicheskie aspekty apopleksii jaichnika. *Zb nauk prac spivrob NMAPO im PL Shupika*. 2007; 16 (5): 289–92. [Russian].
5. Strahoveckij VS. Obosnovanie neobходимosti reabilitacii zhenshin, perenessih apopleksiju jaichnika. *Aktual'ni problemi akusherstva i ginekologii, klinichnoj imunologii ta medichnoj genetiki: zb nauk prac*. Kiiv-Lugans'k. 2009; 16: 154–60. [Russian].
6. Gladchuk IZ. Laparoskopicheskie ginekologicheskie operacii na sovremennom etape. *Prakticheskaja medicina*. 2012; 3: 21–9. [Russian].
7. Miele V, Andreoli C, Cortese A, De Cicco ML, Luzietti M, Stasolla A, David V. Hemoperitoneum following ovarian cyst rupture: CT usefulness in the diagnosis. *Radiol Med. (Torino)*. 2009; 104 (4): 316-21. PMID: 12569312.
8. Pykova MI, ed. *Detskaja ul'trazvukovaja diagnostika: uchebnik*. Vol 4. Ginekologija. Moskva: Izdatel'skij dom Vidar; 2016. 472 s. [Russian].
9. Kozub NI, Vovk IB. Voprosy operativnogo i konservativnogo lechenija pacientok s patologiej jaichnikov. *Obzor konferencii. Medicinskie aspekty zdorov'ja zhenshhiny*. 2013; 5: 21–7. [Russian].

УДК 618.14-002-08: 615.849

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ВЕДЕНИЯ
ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С АПОПЛЕКСИЕЙ ЯИЧНИКА**
Чубатый А. И.

Резюме. Апоплексия яичника – один из наиболее частых патологических состояний, который встречается в современной гинекологии, особенно в подростковом возрасте, что в свою очередь может влиять на дальнейшие репродуктивные планы и качество жизни женщины.

Под наблюдением было 67 пациенток в возрасте 14–18 лет, у которых было диагностировано апоплексию яичника. В зависимости от объема гемоперитонеума и клинической картины проводился дифференцированный подход к тактике ведения пациенток. Всем больным проводилось при поступлении ультразвуковое исследование, контроль артериального давления, пульса, температуры, уровня гемоглобина и периодическое создание гипотермии в нижних отделах живота в динамике.

Клиническая картина, ультразвуковое исследование в сочетании с данными анамнеза и лабораторные методы диагностики дают возможность установить точный диагноз и выбрать оптимальную тактику ведения больных и выбрать метод лечения, основанный на клинической картине, зависит от объема внутреннего кровотечения.

Ключевые слова: апоплексия яичника, гемоперитонеум, хирургическое лечение.

UDC 618.14-002-08: 615.849

Differential Approach of Ovarian Apoplexy Treatment in Teenagers
Chubatiy A.

Abstract. Ovarian apoplexy is one of the most common pathological conditions in modern gynecology, especially in teenagers. Ovarian apoplexy can affect further reproductive plans and woman's life quality.

Materials and Methods. 67 patients 14–18 years old with ovarian apoplexy took part in study. Depending on a hemoperitoneum and a clinical picture, we conducted a differential approach of ovarian apoplexy treatment. All patients went through ultrasound examination, blood pressure, pulse, temperature, hemoglobin level control in dynamics. A periodic hypothermia was created in the lower abdomen.

Results and discussion. In the majority of patients we found factors that could provoke apoplexy in the collection of anamnesis. Among them are: physical activity – in 37 patients (55.2%), sexual intercourse – in 9 patients (13.4%), and in 10 patients (14, 9%), the ovarian apoplexy was provoked by the broken act of defecation (fastening).

In the examination of patients in group 1 it was established that the general condition at admission to the hospital was satisfactory. At examination: pale skin and visible mucous membranes were observed in 20 (34.5%) teenagers, the blood pressure in all girls was within the norm, the hemoglobin level was not lower than 100 g/l. At palpation and percussion of the abdomen, 18 (31.0%) patients noted pain in the lower parts of different intensities, and in 15 (25.8%) – the phenomenon of "peritonism". In 2 (3.4%) teenagers had severe pain

syndrome and positive symptoms of peritoneal irritation. In a vaginal or rectal study, 49 (84.5%) patients showed enlarged and painful appendages of the uterus on the one hand due to retinal cysts in the ovaries.

The 2nd group patients had the general condition of average severity. The skin and visible mucous membranes were pale in 7 (77.8%) women. There was a slight violation of hemodynamics: a decrease in systolic blood pressure of more than 15-20 mmHg (from the so-called "working") in 6 patients (66.7%), an increase in the pulse rate (but not more than 100 beats/min) in 2 (22.2%), a decrease in hemoglobin to 95 g/l – in 3 (33.3%) patients. In 4 (44.4%) women, there were positive symptoms of peritoneal irritation. In a vaginal study in 7 (77.8%) patients, enlarged and painful appendages of the uterus on one side, as well as painful displacements of the cervix and "sensitive" posterior vagina were found.

It was also found out that 23 (34.3%) women in the past had undergone treatment for inflammatory processes of the appendages of the uterus, 48 patients (71.6%) had a regular menstrual cycle, and 9 (13.4%) teenagers had undergone surgical intervention about acute appendicitis. One girl (1.5%) in the past has already been operated on ovarian apoplexy.

Conclusion. A clinical picture, an ultrasound examination in combination with anamnesis data and laboratory diagnostic methods provided an opportunity to establish an exact diagnosis and to choose an optimal tactics for patient's management. Methods of treatment were chosen based on the clinical picture, which is also related to an intrahepatic bleeding.

Keywords: ovarian apoplexy, hemoperitoneum, surgical treatment.

Стаття надійшла 11.01.2017 р.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування