

---

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

**Л.Д. Оразмурадова**

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии  
ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов»  
*Медицинский факультет,*  
*ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198*

**А.Э. Тер-Овакимян**

ФГУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
*ул. Опарина, 4, Москва, Россия, 117998*

В статье представлена оценка состояния репродуктивного здоровья женщин, перенесших апоплексию яичника. Разработан комплекс реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление репродуктивной функции женщин, основанный на восстановлении двухфазного менструального цикла, лечении хронических персистирующих воспалительных заболеваний, иммунокоррекции, восстановлении эубиоза генитального тракта и рациональной контрацепции.

За последние 5 лет выросли показатели заболеваемости на 100 тыс. женского населения: эндометриозом — на 46%, воспалительными заболеваниями — на 30,5%, женским бесплодием — на 3,2% [3]. Все это обуславливает чрезвычайную актуальность восстановления фертильности женщин, подвергнутых хирургическому лечению по поводу гинекологических заболеваний, для увеличения рождаемости в стране, а главное — для полноценной жизни тысячи супружеских пар. По данным А.О. Духина [1], в послеоперационном периоде отмечается усугубление нарушенного репродуктивного здоровья, характеризующегося прогрессивным ухудшением гормонального гомеостаза на фоне персистирующего воспалительного процесса и развитием спаечного процесса, особенно после консервативной миомэктомии, операции по поводу гнойных tuboовариальных образований и трубной беременности. Апоплексия яичника (АЯ) занимает второе место после внематочной беременности среди причин внутрибрюшного кровотечения. Несмотря на кажущуюся простоту и достаточно подробную изученность клинической картины АЯ, частота диагностических ошибок при данной патологии достаточно высока и составляет 2,1—24% [2]. Проблема сохранения репродуктивной функции женщин, а также улучшения качества жизни, приобрела в настоящее время большую социальную и медицинскую значимость, что обусловлено отсутствием четких представлений о состоянии здоровья после произведенных гинекологических операций, особенно в молодом возрасте. В настоящее время, несмотря на колоссальный прогресс в познании тонких механизмов репродукции, отсутствуют сведения о влиянии перенесенной АЯ и проведенного лечения (консервативного и хирургического) на фертильность.

**Цель исследования:** оценить состояние репродуктивного здоровья после консервативного и оперативного лечения АЯ, а также оценить эффективность предложенного комплекса послеоперационных реабилитационных мероприятий после АЯ.

**Материал исследования.** Было обследовано 320 женщин, перенесших АЯ, в том числе 90 пациенток после консервативного лечения АЯ (I группа) и 230 — после оперативного лечения АЯ (II группа). Пациентки обеих групп в свою очередь были разделены на две подгруппы, в зависимости от объема проводимой реабилитационной терапии. Так, в группе женщин после консервативного лечения АЯ 28 пациенток не получали комплекса реабилитационных мероприятий, а среди прооперированных по поводу АЯ число таковых составило 74.

**Результаты исследования и обсуждение.** Главным аспектом работы мы считали разработку комплекса лечебно-профилактических мероприятий после АЯ у женщин, направленных на улучшение состояния репродуктивного здоровья, в том числе и снижение частоты повторных случаев АЯ.

Комплекс реабилитационных мероприятий включал:

- раннюю активизацию пациентки, лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику;
- физиотерапию — магнитотерапия, СМТ (диадинамические токи), электрофорез с цинком;
- комплексную противовоспалительную терапию;
- гормональную контрацепцию, подразумевающую применение низкодозированных оральных контрацептивов (ОК) на протяжении не менее 6—9 менструальных циклов после перенесенной АЯ;
- коррекцию микробиоценоза половых путей;
- иммунокоррекцию.

Оценка менструальной функции после перенесенного оперативного вмешательства в первые 6—9 месяцев после оперативного вмешательства была проведена среди прооперированных, не получавших комплекса реабилитационных мероприятий. Установлено отсутствие статистически значимых различий в длительности менструаций и продолжительности менструального цикла. Оценка характера нарушений менструального цикла после операции в первые 6—9 месяцев выявила, что среди женщин после консервативного лечения АЯ достоверно возросла ( $p < 0,05$ ) частота дисменореи, а именно — в 1,5 раза (до АЯ — 39,3%, после — 57,1%).

Оценка менструальной функции через год после перенесенного оперативного вмешательства в зависимости от объема проводимой реабилитационной терапии показала, что среди пациенток, получавших комплекс реабилитационных мероприятий, во всех группах отмечается статистически значимое снижение частоты дисменореи. Так, дисменорея среди женщин с АЯ, пролеченных консервативно, снижалась в 1,7 раза (без терапии — 64,2%, после терапии — 38,7%); с АЯ, пролеченных оперативно, — в 2,1 раза (без терапии — 48,6%, после терапии — 23,7%).

Изучение репродуктивной функции у пациенток после АЯ показало, что до 6—9 месяцев отмечались единичные случаи наступления маточной беременности, поскольку большинство пациенток в реабилитационном периоде использовали ОК.

Оценка контрацептивного поведения женщин, не получавших ОК в первые 6—9 месяцев после операции, показала, что после консервативного лечения АЯ от беременности не предохранялась практически каждая третья (32,1%), что достоверно чаще по сравнению с прооперированными (16,2%). Обращает на себя внимание то, что практически каждая третья (32,4%) прооперированная пациентка в качестве контрацептива выбирала презерватив, более чем каждая пятая (22,9%), прооперированная по поводу АЯ и после консервативного лечения АЯ (25%), — прерванный половой акт.

Изучение контрацептивного поведения женщин, в том числе получавших рекомендованную терапию, по истечении 6—9 месяцев показало, что от беременности не предохранялась практически каждая вторая после консервативного лечения АЯ и 41,3% — после оперативного лечения АЯ.

Обращает на себя внимание статистически значимое увеличение числа пользователей ОК в послеоперационном периоде по сравнению с данными до оперативного лечения. Так, если до операции ОК не использовала ни одна из обследованных с АЯ, то после комплекса рекомендованных мероприятий ОК продолжало принимать 15,3% прооперированных.

Оценка частоты наступления беременности у женщин, не предохраняющихся от беременности в первые 6—9 месяцев после перенесенной АЯ, показала, что из 9 женщин после консервативного лечения АЯ, не предохранявшихся от беременности, беременность наступила лишь у одной (11,1%), в то время как среди прооперированных число таковых составило 4 (33,3%). Таким образом можно констатировать, что после консервативного лечения АЯ частота наступления беременности ниже по сравнению с таковой после оперативного лечения АЯ.

Частота наступления беременности в сроки до 3 лет после операции среди женщин, не получавших терапию, представлена в табл. 1.

Таблица 1

**Беременности у пациенток, не получавших предложенную терапию**

Сроки наблюдения	АЯ			
	консервативное лечение, $n = 9$		оперативное лечение, $n = 12$	
	абс.	%	абс.	%
До 1 года	—	—	1	8,3*
До 1,5 лет	1	11,1	2	16,7
До 2 лет	—	—	—	—
До 3 лет	—	—	—	—
Всего	1 (11,1%)		3 (25%)*	

Примечание:  $p < 0,05$  — достоверность различий установлена.

Все наступившие беременности имели место в сроки до двух лет после операции. Наиболее благоприятная ситуация складывалась среди прооперированных по поводу АЯ.

Среди женщин после оперативного лечения АЯ, получавших реабилитационную терапию (табл. 2), беременность наступала у подавляющего большинства (84,2%).

Таблица 2

**Наступление беременности в зависимости от послеоперационных сроков**

Сроки наблюдения	АЯ			
	консервативное лечение, n = 44		оперативное лечение, n = 95	
	абс.	%	абс.	%
До 1 года	9	20,4	25	26,3*
До 1,5 лет	11	25	32	33,7*
До 2 лет	7	15,9	20	21,0
До 3 лет	0	0	3	3,2*
Всего	27 (61,4%)		80 (84,2%)*	

Примечание: \*p < 0,05 — достоверность различий установлена.

Обращает на себя внимание тот факт, что частота наступивших беременностей достоверно ниже ( $p < 0,05$ ) среди женщин с АЯ, пролеченных консервативно по сравнению с таковыми, пролеченными оперативно (61,4% против 84,2%), а именно — в 1,4 раза. Большинство наступивших беременностей наблюдалось в сроки до двух лет после операции. В сроки от 2 до 3 лет число наступивших беременностей единичное. Так, после консервативного лечения АЯ в сроки от 2 до 3 лет после операции не было диагностировано ни одной беременности, а после оперативного лечения АЯ данный показатель не превышал 3,2%. Среди пациенток с АЯ, пролеченных консервативно и получавших комплекс реабилитационных мероприятий, беременность наступала в 2,7 раза чаще по сравнению с не получавшими предложенную терапию (61,4% и 22,2% соответственно).

Среди пациенток после оперативного лечения АЯ наибольшее число наступивших беременностей прослеживалось после электрокоагуляции яичниковой ткани — более чем у каждой третьей с наступившей беременностью.

Практически все электрокоагуляции были выполнены во время лапароскопии. Практически у каждой третьей женщины с наступившей беременностью было выполнено ушивание яичника (в среднем в 29,8%), при этом статистически значимых различий между лапароскопией и лапаротомией выявлено не было. Случаи наступления беременности после резекции яичника не превышали 7,1%, причем также не было выявлено статистически значимых различий в доступе оперативного вмешательства. После односторонней аднексэктомии беременность наступила у двух женщин с АЯ.

Таким образом, представленное исследование демонстрирует, что:

— ранняя реабилитация репродуктивной системы женщин, перенесших АЯ и разрывы кист яичника, основанная на восстановлении двухфазного мен-

струального цикла, лечении хронических персистирующих воспалительных заболеваний, иммунокоррекции, восстановлении эубиоза генитального тракта и рациональной контрацепции, позволяет восстановить фертильность в 61,4% после консервативного лечения АЯ; в 84,2% — после оперативного лечения АЯ;

— АЯ — показание для эндоскопической органосохраняющей операции. Предпочтительный объем оперативного вмешательства — ушивание и коагуляция яичника, удаление сгустков крови и санация брюшной полости;

— пациенткам, перенесшим АЯ, необходимо рекомендовать реализовывать репродуктивную функцию в сроки до 2 лет после оперативного вмешательства. В сроки свыше 2 лет после оперативного лечения резко снижается вероятность наступления беременности, что может послужить поводом для обращения пациенток к вспомогательным репродуктивным технологиям.

#### ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Духин А.О.* Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний: Автореф. дис. ... док. мед. наук. — М., 2005. 46 с.
- [2] *Кулаков В.И., Аскольская С.И.* Лечение доброкачественных опухолей и опухолевидных образований яичников // Новые технологии в гинекологии. — М.: Пантори, 2003. С. 82—84.
- [3] *Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. и др.* Современная концепция оказания помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями // Акуш. и гинек. — 2006. — № 2. — С. 45—48.

## REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMAN AFTER OPERATIVE AND CONSERVATIVE TREATMENT OF OVARIAN HEMORRHAGE

**L.D. Orazmuradova**

Department of obstetric and gynecology with course of perinatology  
People's Friendship University of Russia  
*Medical faculty,*  
8, Miklukho-Maklaya st., Moscow, Russia, 117198

**A.E. Ter-Ovakimyan**

Scientific center of obstetric and gynecology MSAR  
4, Oparina st., Moscow, Russia, 117998

The article represents the evaluation of the reproductive health of women after ovarian hemorrhage. A complex of rehabilitation measures is developed aimed at recovery of women's reproductive function which is based on recovery of two-phase menstrual cycle, treatment of chronic long-lasting inflammatory diseases, immune correction, restoration of eubiosis of genital tract and efficient contraception.