**Научно-исследовательская работа**

**Авторы:**

**Садриева А.М. -** преподаватель

акушерства и гинекологии

**г. Набережные Челны**

**2015 г.**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ…………………………………………………………………………3

ВВЕДЕНИЕ………………………………………………………………………………………….4

Глава 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

* 1. Понятие «Апоплексия яичника». Эпидемиология. Классификация. …………..………...6
  2. Этиология и патогенез ……………………………………………………………………….6
  3. Клиническая картина ………………………………………………………………………...8
  4. Осложнения …………………………………………………………………………………10
  5. Лабораторно-инструментальные исследования …………………………………………..10
  6. Дифференциальная диагностика …………………………………………………………..11
  7. Лечение ……………………………………………………………………………………...14
  8. Реабилитационные и профилактические мероприятия…………………………………...16
  9. Изученность проблемы……….………………...…………………………………………..19

Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ……….……………………………..21

Глава 3. РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ…………………………………………………22

ВЫВОДЫ…………………………………………………………………………………………..48

РЕКОМЕНДАЦИИ………………………………………………………………………………...51

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ……………………………………………….52

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

**АЯ –** Апоплексия яичника

**ВМ –** Внематочная беременность

**ОА** – Острый аппендицит

**ДМК** – Дисфункциональные маточные кровотечения

**ХГЧ** – Хорионический гонадотропин

**УЗИ** – Ультразвуковое исследование

**ВМК** – Внутриматочная контрацепция

**ПЗС** – Пункция заднего свода влагалища

**МЦ** – Менструальный цикл

**ЖК** – Женская консультация

**ЗОЖ** – Здоровый образ жизни

**ВВЕДЕНИЕ**

Проблема сохранения репродуктивной функции женщин, а также улучшение качества жизни после произведенных гинекологических операций приобрела в настоящее время большую социальную и медицинскую значимость, что обусловлено отсутствием четких представлений о реабилитации в послеоперационном периоде.

В структуре гинекологических заболеваний особое место занимают патологические состояния, требующие оказания неотложной медицинской помощи. Частота острых гинекологических заболеваний среди общего числа больных гинекологического стационара составляет от 1 до 56%, в том числе на апоплексию яичника (АЯ) приходится 17 % .

Апоплексию яичника называют «молодѐжной» патологией, поскольку в 75% она происходит у женщин в возрасте до 30 лет, а у девушек от 14 до 18 лет - в 11,5% случаев. В этом периоде функциональной асинхронизации синтеза релизинг-гормонов и гонадотропинов на фоне незавершенного развития репродуктивной системы происходят ановуляторные нейроэндокринные синдромы, способствующие апоплексии яичника [1].

Апоплексия яичника (АЯ) характеризуется кровоизлиянием в полость яичника с разрывом капсулы и внутрибрюшным кровотечением. Этиология данной патологии считается недостаточно изученной. Наблюдается она чаще в возрасте 20-35 лет, т.е. в пик репродуктивной функции организма женщины. Рецидив заболевания происходит в 40-70% случаев. Наиболее опасными осложнениями являются геморрагический шок и летальный исход. Также АЯ является причиной развития спаечного процесса в малом тазу (85%) и бесплодия (43%) [2]. При необходимости хирургического вмешательства может производиться резекция яичника.

Апоплексия яичника является одной из актуальных проблем гинекологии и заслуживает пристального внимания, так как может угрожать жизни женщины и зачастую требует экстренного хирургического вмешательства. Апоплексия яичника занимает второе место (после внематочной беременности) среди причин внутрибрюшных кровотечений гинекологического происхождения и третье место в структуре острых гинекологических заболеваний (17,1%) [3].

Таким образом, изучение факторов риска апоплексии яичника и выработка эффективных методов первичной и вторичной профилактики данного заболевания, является важным звеном в сохранении репродуктивного здоровья населения.

**Цель исследования:**

* Выявить наиболее значимые факторы риска апоплексии яичника среди женщин репродуктивного возраста, а также разработать рекомендации по первичной и вторичной профилактике данного заболевания.

**Задачи исследования:**

* Выявить частоту апоплексии яичника среди женщин детородного возраста
* Изучить состояние репродуктивного и соматического здоровья женщин с апоплексией яичника
* Выявить причины и факторы риска апоплексии яичника среди женщин детородного возраста
* Изучить методы диагностики и лечения апоплексии яичника
* Разработать рекомендации по профилактике апоплексии яичника для женщин репродуктивного возраста

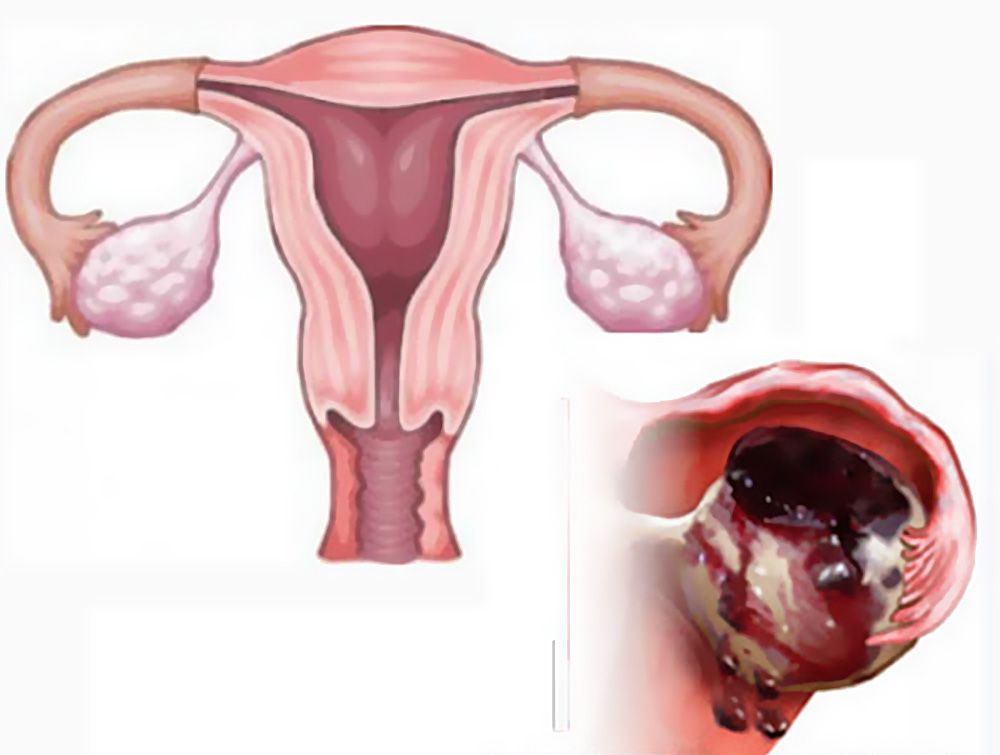
**Объект исследования:**

* Женщины детородного возраста с апоплексией яичника

**Практическая значимость:** полученные материалы данной работы могут быть использованы для профилактики развития апоплексии яичника.

# ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

* 1. **Понятие «Апоплексия яичника». Эпидемиологические данные. Классификация.**

***Апоплексия яичника (АЯ)*** – это внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением его ткани и возможным кровотечением в брюшную полость.

Среди причин внутрибрюшного кровотечения на долю апоплексии приходится 0,5-2,5%.

***Классификация***

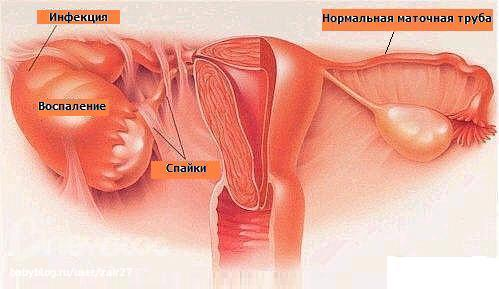
В зависимости от клинической картины, различают следующие формы апоплексии яичника:

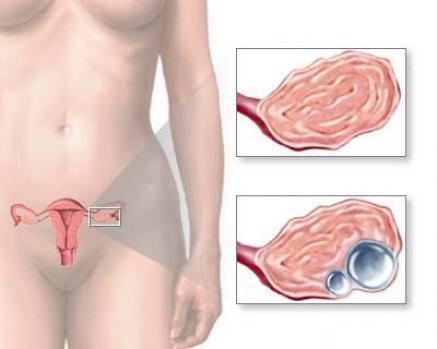
* Болевая (псевдоаппендикулярная), для которой характерен болевой синдром, сопровождающийся тошнотой и повышением температуры тела.
* Анемическая, напоминающая разрыв трубы при внематочной беременности, при которой ведущим симптомом является внутреннее кровотечение.
* Смешанная, когда симптомы двух предыдущих форм выражены в равной степени.

В зависимости от величины кровопотери и выраженности патологических симптомов апоплексию яичника классифицируют как:

* Легкую (кровопотеря составляет 100-150 мл).
* Среднюю (кровопотеря составляет 150-500 мл).
* Тяжелую (кровопотеря более 500 мл) [4].
  1. **Этиология и патогенез**

Возможность кровотечения из яичника заключена уже в физиологических изменениях, происходящих в нем на протяжении менструального цикла. Овуляция, мощная васкуляризация хрупких тканей желтого тела, предменструальная гиперемия яичника – все это может обусловить образование гематомы, нарушение целостности ткани и кровотечение в брюшную полость, объем которого разнообразен – от 50 мл до 2-3 л. К предрасполагающим факторам относят перенесенные воспалительные процессы, локализованные в малом тазе, приведшие к склеротическим изменениям ткани яичника и сосудов, к застойной гиперемии и варикозному расширению вен. Кровотечению из яичника могут способствовать заболевания крови с нарушением ее свертывания [5].



Апоплексия яичника также связывается с нейроэндокринными нарушениями, приводящими в конечном итоге к изменениям сосудистого тонуса и реологических свойств крови. Система регуляции менструального цикла определяет циклические изменения кровенаполнения органов малого таза, в том числе и яичников, а также проницаемости сосудистой стенки. Этому звену придается важная роль в патогенезе разрывов яичников. Вторым фактором патогенеза считаются циклические морфологические изменения в этих органах – эпителиальной ткани, строме и сосудистой системе. Благодаря им происходит «физиологические повреждения» - кровоизлияния в фолликулы и желтое тело. При определенных экзо- или эндогенных воздействиях они из физиологических превращаются в патологические, именуемые уже как разрыв яичника. Эндогенными факторами считают различные гормональные нарушения, воспалительные процессы, аномалии положения половых органов, опухоли и др.

К экзогенным причинам относят травмы живота, подъем тяжестей, влагалищные исследования, бурные половые сношения. Также есть зависимость разрывов яичника от изменений свертывающей системы крови, которые у женщин также носят циклический характер и обусловлены гормональными факторами.

Таким образом, все отмеченные механизмы, способствующие разрывам яичников, определяется нейрогормональными циклическими колебаниями, которые наблюдаются в течение менструального цикла.

Наиболее часто апоплексия яичника происходит в середине цикла, т.е. в периовуляторный период, а также во вторую фазу цикла, в период созревания и функционирования желтого тела.

Отдельная роль в патогенезе апоплексии яичника отводится нервно-психическим стрессам, т.к. имеет значение общее состояние организма, его реактивность, адаптационные возможности.

Более высока частота разрывов правого яичника (в 2-5 раз). Это объясняется его более обильным кровоснабжением (правая яичниковая артерия отходит непосредственно от аорты, а левая – от почечной артерии) [6].

Причины, которые могут привести к апоплексии яичника:

* овуляция;
* выраженная васкуляризация желтого тела;
* перенесенные воспалительные процессы;
* склеротические изменения сосудов и тканей яичника;
* застойная гиперемия и варикозное расширение вен малого таза;
* эндокринные нарушения;
* болезни крови с нарушением ее свертывания;
* длительный прием антикоагулянтов;
* травма;
* физическое напряжение;
* половой акт [7].
  1. **Клиническая картина**

Апоплексия яичника чаще поражает женщин репродуктивного возраста с двухфазным менструальным циклом [8].

Клиническая картина заболевания обусловлена характером внутреннего кровотечения и сопутствующими заболеваниями. Если кровотечение связано с разрывом фолликула, симптомы заболевания обычно возникают между 12-ым и 16-ым днем менструального цикла. В это время происходит овуляция, которая и является непосредственной причиной возникновения кровотечения. При разрыве желтого тела, симптомы появляются в последнюю неделю менструального цикла или даже во время менструации. Наиболее характерными для АЯ являются боли и признаки внутреннего кровотечения. В связи с преобладанием того или иного симптома условно различают анемическую и болевую форму заболевания; при одинаковой выраженности этих симптомов выделяют смешанную форму яичниковой апоплексии.

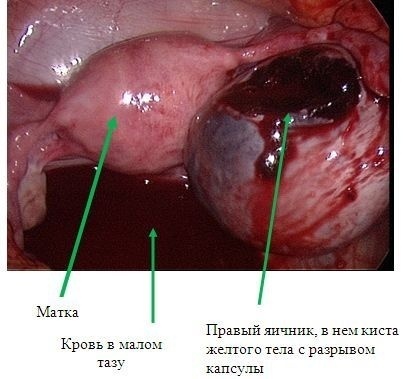
Заболевание часто начинается внезапно среди полного здоровья. Появляются резкие боли внизу живота или в одной из подвздошных областей, иррадиирующие в ногу или в задний проход. Анемическая форма заболевания часто принимается за трубную беременность, а болевая – за аппендицит. Окончательный диагноз, как правило, устанавливается во время операции. Обычно при яичниковых кровотечениях нет задержки менструации. Отсутствуют такие признаки беременности, как тошнота, рвота, нагрубание молочных желез, выделение из них молозива и др. Если кровотечение в брюшную полость массивное, то развиваются симптомы вторичной анемии, коллапса, шока. Кожа и слизистые оболочки становятся бледными, пульс частый, артериальное давление снижено. Пальпация живота болезненна, иногда можно определить напряжение передней брюшной стенки на стороне поражения и симптомы раздражения брюшины. При гинекологическом исследовании вероятных признаков беременности не обнаруживается (отсутствие цианоза слизистых оболочек, нормальные размеры матки и пр.). Пальпация придатков матки на стороне поражения резко болезненна[9]. Осмотр в зеркалах дает обычную картину: нормального цвета или бледная слизистая оболочка влагалища и экзацервикса, геморрагические выделения из шеечного канала отсутствуют. При бимануальном исследовании (довольно болезненном) определяют нормальных размеров матку, иногда – увеличенный шаровидный болезненный яичник. При значительном кровотечении находят нависание заднего и/или бокового сводов влагалища [10]. Если у больных имеется выраженная картина внутреннего кровотечения или шока, то дифференциальный диагноз между яичниковым кровотечением и внематочной беременностью не имеет практического значения, так как в обоих случаях показано срочное чревосечение. Если же симптомы апоплексии яичника выражены менее остро, то дифференциальный диагноз между этими двумя заболеваниями должен быть проведен. Это связано с тем, что при внематочной беременности чревосечение является абсолютно показанным. При яичниковых кровотечениях, если симптомы выражены слабо, можно вначале применить консервативную терапию, внимательно наблюдая за состоянием больной в условиях стационара. Уточнению диагноза очень помогает определение иммунологической или биологической реакции на беременность. При положительной реакции речь обычно идет о внематочной беременности, а не о яичниковом кровотечении.

Небольшие кровотечения из правого яичника клинически могут напоминать приступ острого аппендицита. При аппендиците точка наибольшей болезненности во время пальпации определяется чаще всего на середине прямой линии, соединяющей пупок с передне-верхней остью правой подвздошной кости. При возникновении апоплексии яичника наибольшая болезненность при пальпации обнаруживается ниже этой точки. Отраженные боли при аппендиците концентрируются в основном в области пупка и эпигастрия, а при острых яичниковых кровотечениях они иррадиируют в ногу или задний проход. Для дифференциальной диагностики между аппендицитом и кровотечением из яичника имеет значение признак Промптова: при аппендиците исследование через прямую кишку вызывает резкую боль в области прямокишечно-маточного углубления, перемещение матки болезненно; при апоплексии болезненность дня прямокишечно-маточного углубления незначительна, в то время как поднимание матки вызывает резкую боль. Иногда с целью установления диагноза приходится прибегать к лапароскопии. Немаловажное значение имеет исследование крови в динамике: увеличение количества лейкоцитов и СОЭ более характерно для аппендицита [11].

* 1. **Осложнения**

При значительной кровопотере и несвоевременном оказании медицинской помощи возможно развитие геморрагического шока, что требует выполнения радикальной операции. В отдаленном периоде возможны нарушения менструального цикла и бесплодие.

* 1. **Лабораторно-инструментальные исследования**

Диагноз апоплексии яичника устанавливают на основании анамнеза и данных осмотра больной. Наиболее информативны методы в диагностике – УЗИ и лапароскопия. Точность лапароскопии составляет 90%. Ошибки в определении этой патологии (при эндоскопии) объясняют наличием ряда признаков, сходных с внематочной беременностью. К ним относят визуализацию крови в малом тазу и образование багрового цвета в области придатков матки. Кроме того, обе патологии нередко сочетаются с хроническим воспалительным процессом придатков матки, сопровождающимся образованием обширных сращений в малом тазу, что существенно затрудняет осмотр внутренних половых органов.

* 1. **Дифференциальная диагностика**

Апоплексию яичника необходимо дифференцировать с:

* нарушенной трубной беременностью;
* острым аппендицитом;
* перекрутом ножки кисты и/или опухоли яичника;
* острой кишечной непроходимостью;
* перфоративной язвой желудка;
* острым панкреатитом;
* почечной коликой;
* пиосальпинксом [12].

*Таблица 1*

***Дифференциальная диагностика апоплексии яичника [13]***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Диагностические мероприятия | АЯ | | ВБ | Нарушенная маточная беременность | Острый аднексит | Перекрут ножки цистаденомы или фиброматозного узла | Острый аппендицит | Мочекаменная болезнь |
| **Анемическая форма** | **Болевая форма** |
| Анамнез, жалобы | Обмороки, слабость, головокружение, позывы на дефекацию. | Острая боль внизу живота, тошнота, рвота. | Аменорея 6-8 недель, субъективные признаки беременности, мажущие кровянистые выделения из половых путей. | Аменорея различной длительности, признаки беременности.Кровотечения из половых путей различной интенсивности, часто со сгустками. | Подострое начало, нарастающая боль, часто после внутриматочных вмешательств, при менструации. | Внезапная боль в нижней части живота (в анамнезе цистаденома или субсерозная миома матки). | Постепенно начинающаяся боль в правой подвздошной области. | Острая боль в пояснице, внизу живота с иррадацией в половые органы. |
| Температура тела | Нормальная или субфебрильная | Нормальная или субфебрильная | Нормальная или субфебрильная | Нормальная или субфебрильная | Субфебрильная, иногда выше 39°С | Субфебрильная | Ректальная температура выше аксилярной | Нормальная или субфебрильная |
| Данные наружной пальпации живота | Вздутие и умеренная болезненность | Признаки острого живота | Признаки острого живота, особенно при разрыве трубы | Возможна незначительная боль в нижней части живота, отсутствие признаков раздражения брюшины | Чаще двусторонняя боль, усиливающаяся при глубокой пальпации | Прогрессирующая боль и напряжение передней брюшной стенки, часто обнаруживается опухоль внизу живота | Выраженное напряжение мышц и резкая болезненность в правой подвздошной области | Односторонняя боль при давлении, иррадиирующая в наружные половые органы |
| Вагинальное и ректальное исследование | Матка нормальных размеров, пальпация придатков резко болезненна | Исследование затруднено ввиду резкой болевой реакции на смещение шейки матки | Матка меньше предполагаемого срока беременности, сбоку от нее вытянутое образование; в случае разрыва трубы – резкая болезненность при смещении и/или в заднем своде | Матка увеличена соответственно сроку задержки менструации, имеет шаровидную форму | Матка не изменена, определяются резко болезненные придатки, чаще с обеих сторон | Резко болезненное сбоку от матки или в заднем своде | Боль при ректальном исследовании, внутренние половые органы безболезненны | Изменений в половых органах не выявляется |
| Исследование гемоглобина, гематокрита | Степень анемизации соответствует количеству крови, излившейся в брюшную полость | Степень анемизации соответствует количеству крови, излившейся в брюшную полость | Снижены или быстро снижаются в динамике | Степень малокровия соответствует количеству крови, излившейся наружу | В норме | В норме | В норме | В норме |
| Тесты на беременность | Отрицательные | Отрицательные | Положительные или сомнительные | Положительные | Отрицательные | Отрицательные | Отрицательные | Отрицательные |
| Лейкоцитарная формула | В норме | В норме | В норме или незначительный лейкоцитоз | В норме | Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево | Вначале в норме, в динамике лейкоцитоз | Выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево | В норме |
| УЗИ | Наличие свободной жидкости в брюшной полости | Наличие свободной жидкости в брюшной полости | Не всегда убедительно, определяется свободная жидкость в брюшной полости (кровь) | Наличие плодного яйца в матке или его остатков | Увеличенные придатки, в просвете трубы иногда гной | Опухоль сбоку от матки | - | - |
| Пункция заднего свода влагалища | Кровь со сгустками | Кровь или серозно-геморрагическая жидкость | Кровь со сгустками | - | Гной или серозная жидкость | Незначительное количество серозной жидкости | - | - |
| Диагностическое выскабливание стенок полости матки | - | - | Децидуальная ткань без элементов хориона | Остатки плодного яйца | Неизмененный эндометрий | Неизмененный эндометрий | Неизмененный эндометрий | - |

* 1. **Лечение**

Необходим дифференцированный подход при выборе метода лечения. При легкой форме апоплексии яичника, сопровождающейся незначительным внутрибрюшным кровотечением, возможно применение консервативного лечения. Следует отметить, что медикаментозное лечение больных с легкой формой болезни приводит к развитию спаечного процесса органов малого таза в 86,7% случаев, бесплодия – в 42,8% случаев и рецидива апоплексии яичника – в 16,3% случаев. Это происходит вследствие невозможности удаления сгустков крови и промывания брюшной полости (т.е. всего того, что возможно во время лапароскопии) при таком способе лечения больных. В настоящее время при легкой форме данной патологии пересматривают вопросы тактики лечения в пользу лапароскопии в тех случаях, когда женщина заинтересована в сохранении репродуктивной функции.

Цель лечения состоит в остановке кровотечения из яичника, восстановление его целостности и ликвидации последствий кровопотери. Необходим дифференцированный подход при выборе метода лечения. Важный момент в терапии больных с апоплексией яичника – максимально щадящая тактика, которая во многом зависит от степени внутрибрюшного кровотечения.

У гемодинамически стабильных пациенток, при исчезновении симптомов раздражения брюшины и в присутствии небольшого объема жидкости в малом тазу, достаточно консервативного лечения с дальнейшим наблюдением.

Этот вид лечения включает покой, холод на низ живота (способствующий спазму сосудов), препараты гемостатического действия, спазмолитики, витамины: этамзилат (дицинон), 2 мл внутримышечно 2-4 раза в сутки; дротаверин (но-шпа) 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки; 5% раствор аскорбиновой кислоты – 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки или внутривенно в разведении с 40% раствором декстрозы – 10 мл; тиамин 1 мл внутримышечно (1 раз в день чередовать через день); пиридоксин 1 мл внутримышечно 1 раз в день (чередовать через день с тиамином); цианокобаламин 200 мкг внутримышечно 1 раз в день через день.

У пациенток, страдающих заболеваниями крови с дефектами гемостаза (аутоиммунная тромбоцитопения, болезнь Виллебранда), лечение следует проводить консервативно. После консультации специалиста-гематолога назначают специфическую терапию основного заболевания: кортикостероиды, иммунодепрессанты (при аутоиммунной тромбоцитопении), инфузии фактора свертывания крови VIII (криопреципитата) или антигемофильной плазмы (при болезни Виллебранда), этамзилат (дицинон) – в обоих случаях. Однако при массивном внутрибрюшном кровотечении и кровоизлиянии в яичник для надежного гемостаза приходится прибегать к удалению яичника.

Консервативное лечение следует проводить в стационаре под круглосуточным наблюдением медицинского персонала. Ухудшение общего состояния и появление объективных признаков внутреннего кровотечения или нарастание анемии – показание к оперативному лечению.

**Хирургическая тактика**

Показания к экстренному проведению лапароскопии:

* жалобы на боль в низу живота различной интенсивности;
* наличие жидкости, видимой при УЗИ.

Хирургическая картина апоплексии яичника характеризуется наличием ряда критериев:

* в малом тазу отмечают кровь в различном объеме, возможно, со сгустками;
* матка при отсутствии беременности не увеличена, ее серозный покров розовый;
* в маточных трубах нередко определяют признаки хронического воспалительного процесса в виде перитубарных спаек. Спаечный процесс в некоторых случаях может быть выраженным;
* поврежденный яичник визуализируют либо нормальных размеров, либо увеличенным за счет образования (кисты), не превышающего 7-10 см в диаметре багрового цвета;
* по краю яичника или кисты обнаруживают разрыв размером не более 1,5 см. Область повреждения на момент осмотра либо кровоточит, либо прикрыта сгустками.

В редких случаях диагноз апоплексии яичника не устанавливают даже во время операции. Это происходит чаще при проведении аппендэктомии, когда измененный червеобразный отросток удаляют без предварительного осмотра придатков матки.

Нередко апоплексия яичника сочетается с внематочной беременностью и острым аппендицитом. Рассматриваемая патология может быть двусторонней. В связи с этим во время операции обязателен осмотр обоих яичников, маточных труб и аппендикса.

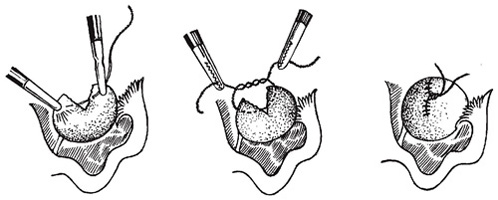
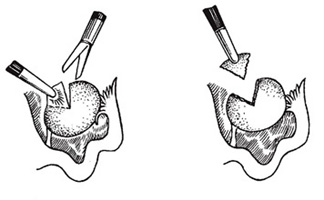
Операцию следует выполнять максимально консервативно. Яичник следует удалять только при массивном кровоизлиянии, полностью поражающем ткань яичника. В случае разрыва желтого тела беременности следует ушить его, не производя резекцию, во избежание прерывания беременности. Аднексэктомия возможна при сочетании с другой патологией придатков матки (перекрутом ножки кисты яичника и/или маточной трубы с выраженным нарушением кровообращения).

Рекомендуют следующие этапы эндоскопической операции при апоплексии яичника:

* I этап – остановка кровотечения из разрыва яичника;
* II этап – удаление сгустков крови из брюшной полости;
* III этап – осмотр яичника после промывания брюшной полости санирующими растворами;
* IV этап – ушивание (коагуляция) или резекция яичника.

При разрыве белочной оболочки необходимо выполнить коагуляцию кровоточащих сосудов с помощью биполярного коагулятора. При диффузном кровотечении из разрыва желтого тела используют эндотермию или длительную аппликацию электрокоагулятором. Необходимо аккуратно и бережно проводить коагуляцию, так как возможно усиление кровотечения при ее использовании. Недопустимо применение вазоконстрикторов в ходе операции, в связи с возможным рецидивом кровотечения после окончания их действия.

*Резекция яичника*

**

* 1. **Реабилитационные и профилактические мероприятия**

Для реабилитационных мероприятий характерна большая их нацеленность на нормализацию гемостаза организма в целом. Первичная профилактика состоит в соблюдении общегигиенических мер и применении общеукрепляющих средств, а также мероприятий, направленных на устранение условий, способствующих возникновению патологии [6].

Профилактическая направленность лечения апоплексии яичника предполагает осуществление раннего и точного распознавания болезни и рациональной ее терапии. Данные требования достигаются путем организации и методически правильного проведения массовых профилактических осмотров женского населения, осуществления сплошной диспансеризации женщин обслуживаемого района, обеспечения эффективной консультативной и специализированной лечебной помощи.

Медицинская реабилитация делится на раннюю и позднюю. Ранняя реабилитация представляет собой комплекс лечебно-профилактических мероприятий, направленных на выявление, локализацию и быстрейшее устранение доклинических и ранних клинических форм заболевания. Поздняя медицинская реабилитация состоит в комплексном долечивании женщин после выписки из стационара. Она имеет целью предупреждение обострений и рецидивов заболевания, а также ликвидацию ее резидуальных проявлений.

Эффективная реабилитация зависит от следующих условий:

* четкой организации диспансерного наблюдения, что позволяет оказывать профилактическую помощь планово и активно с учетом влияния средовых факторов и индивидуальных особенностей организма (факторов риска);
* совершенства диагностики, которая должна обеспечивать своевременность и полноту распознавания заболевания;
* рациональности терапевтических воздействий, программа которых должна отвечать требованиям индивидуализации, профилактической направленности и комплексности лечения с учетом единства психоэмоциональных и эндокринно-соматических функций организма. Степень реабилитационного эффекта тесно связана со степенью физиологической адекватности терапевтических мероприятий и щадящего отношения к структуре и функциям организма.

В состав реабилитации в обязательном порядке должны включаться психологические и педагогические воздействия, целью которых является преодоление психической травмы и обучение пациентки правильному поведению с учетом изменяющихся состояний менструальной и генеративной функций организма.

Основными организационно-методическими принципами реализации реабилитации являются: единство биологических и психотерапевтических методов воздействия; физиологичность и профилактическая направленность лечебно-диагностической работы; комплексность реабилитационных мероприятий; непрерывность, последовательность, преемственность и индивидуальный характер программ реабилитации [6].

Реабилитационные мероприятия также направлены на восстановление репродуктивной функции после операции. К таковым относятся:

* предупреждение спаечного процесса;
* контрацепция;
* нормализация гормональных изменений в организме.

Для предупреждения спаечного процесса широко используют физиотерапевтические методы:

* переменное импульсное магнитное поле низкой частоты;
* низкочастотный ультразвук;
* токи надтональной частоты (ультратонотерапия);
* низкоинтенсивную лазерную терапию;
* электростимуляцию маточных труб;
* электрофорез цинка, лидазы;
* ультразвук в импульсном режиме.

На время курса противовоспалительной терапии и еще в течение 1 месяца после окончания рекомендуется контрацепция, причем вопрос о ее длительности решается индивидуально, в зависимости от возраста пациентки и особенностей ее репродуктивной функции. Безусловно, следует учитывать желание женщины сохранить репродуктивную функцию. Длительность [гормональной контрацепции](http://www.vidal.ru/patsientam/entsiklopediya/gynecology/hormone-contraception.html) также сугубо индивидуальна, но обычно она не должна быть менее 6 месяцев после операции [6].

После окончания реабилитационных мероприятий, прежде чем рекомендовать пациентке планировать следующую беременность, целесообразно выполнить диагностическую лапароскопию, позволяющую оценить состояние маточной трубы и других органов малого таза. Если при контрольной лапароскопии не выявлено патологических изменений, то пациентке разрешают [планировать беременност](http://www.vidal.ru/patsientam/entsiklopediya/gynecology/gynecology_189.html)ь в следующий менструальный цикл [15].

В связи с большим количеством случаев предшествования апоплексии кистозных заболеваний яичников, большое значение имеет профилактика кровоизлияния в уже имеющуюся кисту яичника. Клиницисты предлагают трёхэтапное ведение больных с кистами яичников:

* динамическое наблюдение в течение 3-х месяцев;
* противовоспалительная (рассасывающая) терапия;
* по показаниям применение гормональных препаратов;
* пункция кистозного образования под контролем трансвагинальной эхографии.

Также показано УЗИ органов малого таза 1 раз в 4-6 месяцев для своевременного диагностирования ретенционных образований яичника [3].

* 1. **Изученность проблемы**

В работе Л.И. Коха «Факторы риска апоплексии яичников», опубликованной в 2007 году, представлены материалы исследования 100 пациенток в возрасте от 16 до 36 лет с апоплексией яичника. Пациентки были разделены на две группы: I группа – болевая форма АЯ, которая наблюдалась в 60% случаев, II группа – геморрагическая форма, которая наблюдалась в 40% случаев.

В I группе поражение правого яичника наблюдалось в 68,3% случаев, левого – 31,7%, во II соответственно в 62,5% и в 37,5% случаях. Экстрагенитальные заболевания выявлены у 61,7% женщин I группы и у 60% - II. Нарушения менструального цикла чаще наблюдались у женщин с геморрагической формой апоплексии яичника. Различные гинекологические заболевания имели место у 60% пациенток I группы и 70% - II. Рецидив заболевания был у 20,8% женщин.

Таким образом, в данном исследовании выявлены следующие факторы риска АЯ:

* преждевременные роды;
* наличие ОАГА (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез);
* ЧМТ;
* экстрагенитальные патологии;
* оперативные вмешательства на органах малого таза.

Также в другом его исследовании под названием «Клинико-морфологические особенности различных форм апоплексии яичников» опубликованной в 2008-м году представлены материалы исследования 303 историй болезней женщин в возрасте от 15 до 44 лет с диагнозом апоплексия яичника. В результате исследования болевая форма апоплексии яичника составила 63,4%, а геморрагическая – 36,6%. Патология чаще всего встречалась у женщин в возрасте до 25-ти лет. По локализации поражался чаще правый яичник.

Выявлены факторы риска апоплексии яичника:

* наличие различной гинекологической патологии;
* наличие спаечного процесса после различных оперативных вмешательств на органах малого таза [16].

В работе М.М. Чертовских «Репродуктивная функция молодых женщин после апоплексии яичника» опубликованной в 2010 году, представлены материалы исследования 190 историй болезней женщин детородного возраста с апоплексией яичника. В 82,1% случаях АЯ наблюдалась во 2-ю фазу менструального цикла и в 17,2% случаях – во время овуляции. Выявлены факторы риска:

* нарушение менструальной функции по типу дисменореи, олигоменореи;
* отсутствие использования гормональной контрацепции;
* высокая частота воспалительных заболеваний органов малого таза в анамнезе;
* высокая частота абортов в анамнезе [17].

В диссертации Содномовой Н.В., написанной в 2008 году, приведены следующие факторы риска:

* возраст до 25 лет (66,7%);
* рождение от преждевременных родов (31,0%);
* ЧМТ (51,0%);
* оперативные вмешательства на органах брюшной полости (47,3%);
* воспалительные процессы в придатках матки (44,9%);
* функциональные образования яичника (28,4%);
* инфекции из группы ИППП (27,9%);
* ранняя половая жизнь (57,8%);
* частая смена половых партнеров (60,5%).

# МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В процессе проведенного исследования нами проанализировано 286 историй болезней пациенток с апоплексией яичника, прошедших через гинекологические отделения ГАУЗ «Городская больница №5» за период с 2012 по 2014 годы.

Всего в гинекологических отделениях этого лечебного учреждения прошло лечение за три года 21357 женщин, 12217 из которых составила хирургическую патологию. В результате анализа мы определили динамику показателей заболеваемости апоплексией яичника в зависимости от возраста, выявили сопутствующие заболевания и факторы риска развития апоплексии яичника.

Также было проведено анкетирование 100 женщин клиенток магазина «Торговый центр». В результате анкетирования была выявлена информированность женщин об апоплексии яичника.

Представляем Вашему вниманию результаты проведенных исследований.

# РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

**Распространенность случаев апоплексии яичника за 2012-2014 годы**

**в резерве ЛПУ**

*Таблица 2*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Года | Количество госпитализированных с гинекологической патологией | В том числе | | |
| **С АЯ** | **%** | |
| 2012 | **7609** | **95** | | **0,8** |
| 2013 | **6979** | **93** | | **0,7** |
| 2014 | **6769** | **98** | | **0,6** |
| Итого за 3 года: | **21357** | **286** | | **0,7** |

*Диаграмма 1*

Как видно из приведенной таблицы и диаграммы, количество случаев апоплексии яичника за период 2012-2014 годы в динамике имеет тенденцию к снижению, что объясняется снижением количества общих больных с гинекологической патологией. Частота апоплексия яичника остается стабильным и в среднем составляет 0,7%.

**Частота апоплексии яичника в структуре хирургических патологий гинекологического профиля за 3 года**

*Таблица 3*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Год | Количество хир. больных гинекологического профиля | С АЯ | |
| **Количество** | **%** |
| 2012 | **4536** | **68** | **1,4** |
| 2013 | **3960** | **63** | **1,5** |
| 2014 | **3721** | **65** | **1,7** |
| Итого за 3 года: | **12217** | **196** | **1,6** |

*Диаграмма 2*

Среди гинекологических патологий, требующих хирургического вмешательства, апоплексия яичника в среднем составляет 1,6%. Наши данные совпадают с литературными [3].

**Частота встречаемости апоплексии яичника в зависимости от возраста**

*Таблица 4*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст | С АЯ | |
| **Количество больных** | **%** |
| 18-25 | **85** | **30** |
| 26-35 | **150** | **52** |
| 36-45 | **51** | **18** |
| Итого: | **286** | **100** |

*Диаграмма 3*

В подавляющем большинстве случаев (82%), апоплексия яичника поражает женщин в возрасте от 18 до 35-ти лет, что соответствует литературным данным [1]. В этом возрасте многие женщины уже имеют различные гинекологические заболевания, в том числе воспалительные, что увеличивает риск развития апоплексии яичника. Кроме того, данный возраст является наиболее активным репродуктивным и встречаемость апоплексии именно в этом возрасте представляет собой проблему, так как значительно снижает репродуктивное здоровье женщины.

**Частота ошибочной диагностики апоплексии яичника на догоспитальном этапе**

*Таблица 5*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ошибочный диагноз | Количество случаев | % |
| Внематочная беременность | **87** | **77** |
| Острый эндометрит | **8** | **7** |
| Острый аднексит | **13** | **11** |
| Острый метрит | **3** | **3** |
| Почечная колика | **2** | **2** |
| Итого: | **113** | **100** |

*Диаграмма 4*

Среди всех случаев апоплексии яичника предварительный диагноз был выставлен неправильно в 39,5 % случаях. Это объясняется тем, что начальные клинические симптомы апоплексии яичника схожи с клиникой прервавшейся внематочной (трубной) беременности и острого аднексита. Сложнее всего дифференцировать апоплексию яичника от прервавшейся внематочной (трубной) беременности, что объясняет наиболее высокий ошибочный диагноз именно ВБ. Высокий показатель ошибочной диагностики также связан с недостаточным сбором анамнеза и стертой клинической картиной.

**Наличие кистозных образований в яичниках у женщин с апоплексией яичника**

*Таблица 6*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наличие кистозных образований | Количество | % |
| Отсутствие | **65** | **29** |
| Наличие | **154** | **71** |
| Итого: | **218** | **100** |

*Диаграмма 5*

В 71% случаев в ходе оперативного вмешательства или УЗИ органов малого таза у женщин с апоплексией яичника обнаруживались кистозные образования яичника. Производились гистологические исследования ткани яичника, в ходе которого выявлялись серозные, эндометриоидные кисты яичника и желтого тела. Данный высокий показатель свидетельствует о том, что кистозные образования яичника, поражая структуру его ткани, являются фактором риска развития апоплексии яичника.

**Результаты гистологических исследований**

*Таблица 7*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Результат | Количество | % |
| Серозная киста | **111** | **72** |
| Эндометриоидная киста | **43** | **28** |
| Итого: | **154** | **100** |

*Диаграмма 6*

В ходе гистологического исследования биоптата ткани яичника определялись виды кист, в частности для исключения злокачественности образований. В 72% случаев кисты были серозного характера, в 28% - эндометриоидного.

**Использованные методы диагностики**

*Таблица 8*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Метод диагностики | Количество | % |
| Кульдоцентез | **286** | **100** |
| УЗИ | **286** | **100** |
| Лапароскопия | **40** | **14** |

*Диаграмма 7*

В 100% случаев пациенткам с апоплексией яичника проводили кульдоцентез (пункция заднего свода влагалища) и УЗИ органов малого таза, так как эти методы являются скрининговыми. Лишь в 14% случаев использовалась лапароскопия. Низкий показатель лапороскопического исследования связан с тем, что, скорее всего, в этих случаях была необходима более тщательная дифференциальная диагностика.

**Формы апоплексии яичника**

*Таблица 9*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Формы АЯ | Количество | % | |
| Болевая | **179** | **62,5** | |
| Анемическая | **36** | **12,5** | |
| Смешанная | **71** | **24,8** | |
| Итого: | **286** | | **100** |

*Диаграмма 8*

По данным проведенного исследования мы выявили, что наиболее часто встречаемая форма апоплексии яичника (62,5%) – болевая. Наши данные совпадают с данными предыдущих исследований (см. раздел 1.9)

**Провоцирующий фактор апоплексии и разрыва кисты яичника**

*Таблица 10*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Провоцирующий фактор | Количество | % |
| Заболела в состоянии покоя | **112** | **39** |
| Физическая нагрузка | **96** | **34** |
| Половой контакт | **78** | **27** |
| Итого: | **286** | **100** |

*Диаграмма 9*

В 39% случаях апоплексия яичника наступила в состоянии покоя. Высок также показатель наступления апоплексии яичника после физической нагрузки (34%). Чаще всего это был подъем тяжести. В 27% случае половой акт был непосредственной причиной развития АЯ. В результате подъема тяжести или полового акта повышается внутрибрюшное давление, что провоцирует АЯ.

**Фаза менструального цикла**

**на момент наступления апоплексии яичника**

*Таблица 11*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фаза МЦ | АЯ | |
| **Количество** | **%** |
| Фолликулиновая фаза | **26** | **9** |
| Фаза овуляции | **84** | **29** |
| Лютеиновая фаза | **176** | **62** |
| Итого: | **286** | **100** |

*Диаграмма 10*

В подавляющем большинстве случаев (62%) апоплексия яичника наступила в лютеиновую фазу менструального цикла. В этот период в организме физиологически меньше вырабатывается прогестерона, а при наличии какой-либо сопутствующей патологии в яичниках, недостаточность прогестерона становится фактором риска развития АЯ [2]. В 29% случаев разрыв яичника произошел в фазу овуляции. Как известно, в овуляцию происходит микроразрыв яичниковой ткани, что при сопутствующей патологии также становится фактором риска АЯ.

**Частота поражения яичника по локализации**

*Таблица 12*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Яичник | Количество | % |
| Правый | **185** | **64,6** |
| Левый | **101** | **35,4** |
| Итого: | **286** | **100** |

*Диаграмма 11*

Как видно из данных диаграммы и таблицы, чаще всего (64,6%) поражается правый яичник, что можно объяснить его анатомо-физиологическими особенностями. Правый яичник более обильно снабжается кровью. Наши данные совпадают с литературными [2], а также с данными предыдущих исследований (см. раздел 1.9).

**Наличие апоплексии яичника в анамнезе**

*Таблица 13*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| АЯ в анамнезе | Количество | % |
| Присутствует | **87** | **30,5** |
| Отсутствует | **199** | **69,5** |
| Итого: | **286** | **100** |

*Диаграмма 12*

Как видно из данных диаграммы, рецидив заболевания произошел у 30,5% женщин, что совпадает с литературными данными [2]. Данный высокий показатель можно объяснить недостаточностью проводимых профилактических мероприятий по предотвращению повторного разрыва яичника.

**Сроки рецидива**

*Таблица 14*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Срок рецидива | Количество | % |
| До 2-х лет | **12** | **14** |
| 2-5 лет | **68** | **78** |
| 5-10 лет | **7** | **8** |
| Итого: | **87** | **100** |

*Диаграмма 13*

В подавляющем большинстве случаев (78%) рецидив заболевания произошел в сроке от 2-х до 5-ти лет. Это указывает на то, что профилактические мероприятия должны проводиться систематически длительное время.

**Методы лечения апоплексии яичника**

*Таблица 15*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Резекция яичника | | Ушивание яичника | | Консервативное лечение | |
| Количество | **%** | **Количество** | **%** | **Количество** | **%** |
| 152 | **53** | **44** | **15** | **90** | **32** |
| Итого: 286/100% | | | | | |

*Диаграмма 14*

Как видно из диаграммы, в подавляющем большинстве случаев (68%) прибегают к хирургическому лечению, что крайне отрицательно влияет на репродуктивное здоровье женщины и грозит своими осложнениями. Консервативным лечением обходятся лишь в 32% случаев. Данные показатели свидетельствуют, что в большинстве случаев апоплексия яичника имеет тяжелое течение и требует экстренного хирургического вмешательства.

**Количество проведенных дней в стационаре**

*Таблица 16*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Койко-дней | АЯ | |
| **Количество** | **%** |
| До 7 | **54** | **19** |
| 8-10 | **197** | **69** |
| 11-14 | **35** | **12** |
| Итого: | **286** | **100** |

*Диаграмма 15*

В основном (69%) женщины с апоплексией яичника пребывают в стационаре до 10 дней. При легкой форме заболевания они выписываются на 5-6 день (19%), при осложненном течении заболевания или же при длительном восстановлении организма после операции, пребывание в стационаре продолжается до 14 дней (12%).

**Наличие экстрагенитальной патологии у женщин с апоплексией яичника**

*Таблица 17*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заболевания | Кол-во | % |
| Заболевания ССС | **43** | **18,1** |
| Заболевания мочевыделительной системы | **76** | **32,0** |
| Заболевания нервной системы | **65** | **27,4** |
| Эндокринные заболевания | **34** | **14,3** |

*Диаграмма 16*

Среди экстрагенитальных патологий у женщин с апоплексией яичника преобладают заболевания мочевыделительной системы (32%). Чаще всего это хронический цистит и мочекаменная болезнь. Хронические воспалительные заболевания мочевыделительной системы оказывают негативное влияние и на здоровье половых органов. Высок также показатель заболеваний нервной системы (27,4%), которые представлены постоянными стрессами и нестабильностью психики. Известно, что эмоциональный фон оказывает высокое влияние на состояние организма в целом, и в частности на состояние репродуктивной системы. Заболевания ССС (18,1%) представлены в основном гипертонической болезнью, что свидетельствует о патологии со стороны сосудов, что, в свою очередь, является риском развития АЯ.

**Наличие в анамнезе оперативных вмешательств на органах малого таза у женщин с апоплексией яичника**

*Таблица 18*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Хирургическое вмешательство на органы малого таза | Кол-во | % |
| Производилось | **124** | **43,3** |
| Не производилось | **162** | **56,6** |
| Итого | **286** | **100** |

*Диаграмма 17*

Из данных таблицы и диаграммы видно, что 43,3 % женщин с апоплексией яичника перенесли хирургическое вмешательство на органах малого таза. Чаще всего производился медицинский аборт и операция по поводу внематочной беременности.

После хирургических вмешательств на органах малого таза в полости часто развиваются спаечные процессы, что является фактором риска развития многих гинекологических заболеваний, а отсюда и АЯ.

**Состояние репродуктивной системы женщин с апоплексией яичника**

**Акушерский анамнез женщин с апоплексией яичника**

*Таблица 19*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Акушерский анамнез | Количество | % |
| Медицинские аборты | **103** | **36** |
| Самопроизвольные выкидыши | **27** | **9** |
| ВБ | **57** | **20** |
| Всего: | **286** | **65** |

*Диаграмма 18*

Как видно из диаграммы, 65% женщин имеют отягощенный акушерский анамнез, который представлен медицинскими абортами (36%), ВБ в анамнезе и самопроизвольными выкидышами (9%). Медицинские аборты приводят к воспалительным заболеваниям половых органов, в частности придатков матки, что сопровождается нарушением их деятельности, а отсюда – риском развития АЯ.

**Гинекологические заболевания**

**у женщин с апоплексией яичника**

*Таблица 20*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Гинекологические заболевания | Количество | % |
| Хр. аднексит | **103** | **36** |
| Пиосальпинкс | **6** | **2** |
| ВМК | **66** | **23** |
| Эктопия шейки матки | **127** | **44** |
| Нарушения менструального цикла | **84** | **29** |
| Всего: | **286** | **100** |

*Диаграмма 19*

У всех женщин с апоплексией яичника гинекологический анамнез отягощен. Высок показатель хронического аднексита (36%) и эктопии шейки матки (44%), который также может свидетельствовать о воспалительных процессах в половых органах. Нарушения менструального цикла (29%) представлены в основном альгодисменореей.

**Влияние социальных факторов на развитие апоплексии яичника**

*Таблица 21*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Социальные факторы | Количество | % |
| Раннее начало половой жизни | **83** | **29** |
| Курение | **87** | **30** |
| Прием алкоголя | **72** | **25** |
| Итого: 286/100% | | |

*Диаграмма 20*

Из данных таблицы и диаграммы видно, что раннее начало половой жизни (до 18 лет), курение и прием алкоголя можно отнести к факторам риска развития апоплексии яичника, так как эти явления негативно влияют на состояние репродуктивной системы женщины.

**Реабилитация женщин с апоплексией яичника**

Реабилитационные мероприятия проводятся как при стационарном лечении, так и после выписки в ЖК.

В стационаре назначаются препараты для восстановления после оперативного вмешательства, такие как антибиотики, антикоагулянты, противовоспалительные, обезболивающие. Также реабилитационные мероприятия включают в себя профилактику анемии, восстановление эубиоза генитального тракта, повышение общего иммунитета, предотвращение развития спаечного процесса. Назначается половой покой в течение 3-х месяцев и дальнейшая индивидуальная гормональная контрацепция в течение 6-9-ти месяцев. Из физиотерапии используется СМТ-форез с 2-х процентным раствором сульфата цинка.

*Диаграмма 21*

**Результаты анкетирования**

Нами было проведено анкетирование женщин детородного возраста. Всего в анкетировании приняли участие 100 женщин случайных прохожих магазина «Торговый центр». Респондентам было предложено ответить на следующие вопросы с вариантами ответов (см. приложение 1).

Предоставляем результаты полученных данных.

***Укажите Ваш возраст***

*Таблица 22*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст | Количество | % |
| 18-25 | **37** | **37** |
| 26-30 | **31** | **31** |
| 31-35 | **24** | **24** |
| 36-40 | **8** | **8** |
| Итого: | **100** | **100** |

*Диаграмма 22*

Так как нас интересовала информированность женщин разного возраста о таком заболевании, как апоплексия яичника, то и в анкетировании приняли участие респонденты разного возраста.

***Знаете ли Вы, что такое апоплексия яичника?***

*Таблица 23*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ответ | Количество | % |
| Да | **23** | **23** |
| Нет | **77** | **77** |
| Итого: | **100** | **100** |

***Знаете ли Вы, что такое «кровотечение из яичника» или «разрыв яичника»?***

*Таблица 23*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ответ | Количество | % |
| Да | **43** | **43** |
| Нет | **57** | **57** |
| Итого: | **100** | **100** |

*Диаграмма 23 Диаграмма 24*

При использовании термина «апоплексия яичника», процент неинформированных респондентов об этом заболевании составил 77%. При изменении формулировки вопроса, на термин «кровотечение из яичника» или «разрыв яичника», понимание возросло только на 20% и составило 43%. Однако даже при упрощении формулировки вопроса, процент неинформированности остается высоким (57%).

***Есть ли у Вас хронические гинекологические заболевания? Какие?***

*Таблица 24*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заболевания | Количество | % |
| Считаю себя здоровой | **57** | **57** |
| Воспалительные заболевания | **21** | **21** |
| Поликистоз яичников | **4** | **4** |
| Болезненная менструация | **11** | **11** |
| Другое | **7** | **7** |
| Итого: | **100** | **100** |

*Диаграмма 25*

Большинство респондентов (57%) считают себя здоровыми. В 43% случаев наши респонденты имеют гинекологические заболевания. Из них 21% - воспалительные, 11% - болезненные менструации и 4% - поликистоз яичников. Среди других заболеваний имеются метриты, эктопия шейки матки, кандидоз влагалища.

***Как Вы думаете, могут ли Ваши заболевания привести к апоплексии (разрыву/кровотечению) яичника?***

*Таблица 25*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ответ | Количество | % |
| Да | **9** | **21** |
| Нет | **12** | **28** |
| Не знаю | **22** | **51** |
| Итого: | **43** | **100** |

*Диаграмма 26*

51% респондентов, знающих о понятии «апоплексия яичника» не знают, могут ли имеющиеся у них заболевания привести к данной патологии, а следовательно, не проводится должная профилактика.

***Как Вы думаете, что может спровоцировать апоплексию (разрыв/кровотечение) яичника?***

*Таблица 26*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ответ | Количество | % |
| Подъем тяжести | **5** | **12** |
| Травма | **4** | **9** |
| Киста яичника | **7** | **16** |
| Не знаю | **27** | **63** |
| Итого: | **43** | **100** |

*Диаграмма 27*

63% респондентов, знающих о понятии «апоплексия яичника» не знают, что может привести к развитию апоплексии яичника. 16% респондентов считают, что киста яичника является непосредственной причиной апоплексии яичника. 12% думают, что это подъем тяжести и 9% назвали травму. Процент неинформированности о причинах развития апоплексии яичника свидетельствует о недостаточной просветительской работе среди населения по данному заболеванию.

***Как часто Вы посещаете гинеколога?***

*Таблица 27*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Причина | Количество | % |
| При наличии жалоб | **48** | **48** |
| При медосмотрах | **65** | **65** |
| Раз в год | **3** | **3** |
| Не посещаю | **11** | **11** |
| Итого: | **-** | **100** |

*Диаграмма 28*

65% респондентов посещают гинеколога при медосмотрах, однако это не является достаточно информативным способом оценки репродуктивного здоровья женщины. 48% респондентов ответили, что посещают гинеколога только при наличии жалоб. 11% не посещают его вообще.

В настоящее время многие гинекологические заболевания имеют латентное течение, и к моменту появления симптомов, патологический процесс бывает запущенным, что негативно отражается на состоянии репродуктивного здоровья женщины. Такие заболевания, как сальпингоофорит и кистозные образования придатков являются мощными факторами риска развития апоплексии яичника, и при отсутствии систематического наблюдения и профилактического лечения могут привести к его развитию.

**ВЫВОДЫ**

1. Количество госпитализированных пациенток с апоплексией яичника в течении 3-х лет остается стабильным и составляет в среднем 0,7% от общего числа гинекологических больных.
2. Частота апоплексии яичника в структуре гинекологических патологий, требующих хирургического вмешательства, составляет 1,6%.
3. Апоплексия яичника чаще встречается в возрасте 26-35 лет (52%). Также высок показатель заболеваемости в возрасте 18-25 лет (30%).
4. Частота ошибочной диагностики апоплексии яичника на догоспитальном уровне оказания помощи составляет 39,5%, что связано с трудностью дифференциальной диагностики и недостаточным сбором анамнеза.
5. Основными методами диагностики апоплексии яичника являются кульдоцентез и УЗИ органов малого таза.
6. У 71% женщин с апоплексией яичника были обнаружены кистозные образования в яичниках.
7. Болевая форма апоплексии яичника встречается в 3 раза чаще остальных форм и составляет 62,5%.
8. Чаще всего (39%) заболевание возникало в состоянии покоя, без провоцирующего фактора.
9. На момент заболевания 62% пациенток находились в лютеиновой фазе менструального цикла.
10. В 64,6% случаев поражался правый яичник, что соответствует литературным данным.
11. Рецидив заболевания произошел в 30,5% случаев и чаще всего (78%) в течение 2-5 лет.
12. Основными методами терапии являются резекция и ушивание яичника (53,1 – 15,3% соответственно).
13. Средняя продолжительность стационарного лечения апоплексии яичника составляет 8-9 дней.
14. Среди экстрагенитальной патологии наиболее часто встречаются заболевания мочевыделительной системы (32%), а также нервные расстройства (27,4%).
15. 43,3% женщин с апоплексии яичника имели в анамнезе оперативные вмешательства на органах малого таза.
16. Практически у каждой женщины акушерско-гинекологический анамнез отягощен. Наиболее часто в анамнезе встречаются медицинские аборты (36%), воспалительные заболевания придатков (36%), нарушения менструального цикла в виде дисменореи (29%) и ВМК (23%).
17. Среди социальных факторов развития апоплексии яичника доминируют курение (30%) и раннее начало половой жизни (29%). Высок также показатель приема алкоголя – 25%.
18. В результате анкетирования выявлена низкая информированность населения об апоплексии яичника (43%), а также низкий уровень регулярного профилактического посещения гинеколога.

**Таким образом, мы выявили следующие факторы риска развития апоплексии яичника:**

* возраст до 35 лет;
* наличие АЯ в анамнезе;
* кистозные образования придатков матки;
* воспалительные заболевания придатков матки;
* эктопия шейки матки;
* оперативные вмешательства на органах малого таза в анамнезе;
* нарушение менструального цикла в виде дисменореи;
* физическая нагрузка и половой контакт;
* лютеиновая фаза и фаза овуляции менструального цикла при сопутствующей патологии в яичниках;
* медицинские аборты и ВБ в анамнезе;
* заболевания мочевыделительной и нервной систем;
* использование ВМК;
* раннее начало половой жизни;
* курение.

В результате нашего исследования, был выявлен высокий процент рецидивов апоплексии яичника и наличие в анамнезе заболеваний, являющихся непосредственными, модифицируемыми факторами риска его развития. Наряду с низкой информированностью женщин о таком заболевании, как апоплексия яичника и отсутствия знаний о заболеваниях, являющихся факторами риска его, следует, что проводится недостаточная профилактика этого заболевания.

**РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В связи с крайне низкой информированностью населения об апоплексии яичника совместно со средствами массовой информации и ведущими специалистами (акушер-гинекологами) разработать социальные короткометражные программы по данной проблеме для информирования населения через телевидение. Данные программы следует транслировать хотя бы один раз в день, причем транслирование должно осуществляться систематически для лучшего усвоения информации и побуждения населения к соответствующим действиям.
2. Женщин, с выявленными факторами риска развития апоплексии яичника или другими гинекологическими заболеваниями, являющимися непосредственными причинами развития данной патологии, необходимо активно приглашать в школы здоровья для тщательного разъяснения возможных осложнений и обучению самопомощи при развитии неотложного состояния.
3. Женщин, уже имеющих в анамнезе разрыв яичника, следует приглашать в школы пациентов, где им будут разъяснены меры профилактики рецидивов заболевания.
4. С целью повышения мотивации женщин к здоровому образу жизни, отказу от вредных привычек, а также внимательного и заботливого отношения к своему здоровью, особенно репродуктивному, мы рекомендуем разработать специализированные бюллетени (буклеты), которые будут предоставляться женщинам в поликлиниках и женских консультациях.
5. После любого оперативного вмешательства на органах малого таза, острого воспалительного процесса половых органов женщинам необходимо соблюдение всех рекомендаций врача с целью реабилитации репродуктивной системы.
6. В связи с высоким показателем раннего начала половой жизни (до 18 лет) в целях профилактики данного поведения среди подростков, мы рекомендуем школьным психологам совместно с гинекологами организовывать классные часы либо индивидуальные беседы, посвященные данной проблеме. Также должны привлекаться родители подростков для обучения правильному поведению с ребенком.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ткаченко Л.В. Метод немедикаментозной реабелитации женщин после апоплексии яичника / Л.В. Ткаченко, И.А. Гриценко // 2012. – С. 137
2. Дуда В.И. Гинекология / В.И. Дуда, В.И. Дуда, И.В. Дуда // АСТ, Харвест. – 2008. – С. 113-114
3. Кулаков В. И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве / под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Прилепской, В. Е. Радзинского // ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – С. (глава 109).
4. Кулавков, Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве, глава 109
5. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева // НГМА. – 2000. – С. 30-31
6. Дуда В.И. Гинекология / В.И. Дуда, В.И. Дуда, И.В. Дуда // АСТ, Харвест. – 2008. – С. 113-114
7. Адамян Л. В. Гинекологическая патология у детей и подростков как причина абдоминального синдрома / Л.В. Адамян, Е. А. Богданова и соав. // акад. РАМН. – 2011. – С. 30.
8. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева // НГМА. – 2000. – С. 30-31
9. Василевская Л.Н. Гинекология / Л.Н. Василевская и соав. // Феникс. – 2007. – С. 488-490.
10. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева // НГМА. – 2000. – С. 30-31.
11. Василевская Л.Н. Гинекология / Л.Н. Василевская и соав. // Феникс. – 2007. – С. 488-490.
12. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова 2-е издание // Гэотар-Медиа. – 2008 – С. 218-223.
13. Ссылка: http://urgent.com.ua/article/69.html
14. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова 2-е издание // Гэотар-Медиа. – 2008 – С. 218-223.
15. Ссылка: Электронный справочник лекарственных средств «Видаль» http://www.vidal.ru/encyclopedia/gynecology/apopleksiya-yaichnika
16. Кох Л.И. Факторы риска апоплексии яичников / Л.И. Кох и соав. // Сибирский медицинский журнал. – 2007. – Выпуск №4 том 22
17. Чертовских М.М. Репродуктивная функция молодых женщин после апоплексии яичника / М.М. Чертовских и соав. // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра со РАМН. – 2010. – Выпуск № 6-2

***Приложение 1***

***«Анкета для женщин детородного возраста»***

1. **Укажите, пожалуйста, Ваш возраст**

* 18-25
* 26-30
* 31-35
* 36-40

1. **Знаете ли Вы, что такое «апоплексия яичника»?**

* Да
* Нет

1. **Знаете ли Вы, что такое «кровотечение из яичника» или «разрыв яичника»?**

* Да
* Нет

1. **Есть ли у Вас хронические гинекологические заболевания? Какие?**

* Считаю себя здоровой
* Воспалительные заболевания
* Поликистоз яичников
* Болезненная менструация
* Другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Как Вы думаете, могут ли ваши заболевания привести к апоплексии (разрыву/кровотечению) яичника?**

* Да
* Нет
* Не знаю

1. **Как Вы думаете, что может спровоцировать апоплексию (разрыв/кровотечение) яичника?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Как часто Вы посещаете гинеколога?**

* При наличии жалоб
* При медосмотрах
* Раз в год
* Не посещаю