



УДК 618.11-005.1-02:618.1-002.2]-091

І. З. Гладчук, В. О. Ситнікова, О. Я. Назаренко, Т. О. Ліщиновська

МОРФОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АПОПЛЕКСІЇ ЯЄЧНИКА ПРИ ХРОНІЧНИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ У ЖІНОК

Одеський державний медичний університет,
Військово-медичний клінічний центр Південного регіону, Одеса

Апоплексія яєчника — це раптовий крововилив у яєчник, що супроводжується порушенням цілісності його тканини й у деяких випадках кровотечею в черевну порожнину. Найчастішою причиною апоплексії яєчника є розрив судин зрілого граафоваго фолікула, строми яєчника, жовтого тіла, кісти жовтого тіла, фолікулярної кісти [1]. У загальній структурі гінекологічних захворювань апоплексія яєчника становить від 0,3 до 0,7 %, проте займає третє місце серед причин «гострого живота» у жінок, поступаючись лише гострим запальним процесам органів малого таза і порушеній позаматковій вагітності [1; 3].

Більшість хворих знаходяться у віці найбільшої репродуктивної активності — 20–35 років [4]. Про можливу роль запальних захворювань органів малого таза в розвитку апоплексії яєчника та гемоперитонеума йшлося і раніше. Вони характеризувалися змінами як у тканині яєчника, так і в його судинах (склероз, гіаліноз, варикозне розширення оваріальних вен), застійна гіперемія [1; 3; 6].

Мета роботи — визначити роль запальних захворювань органів малого таза у жінок у розвитку апоплексії яєчника.

Матеріали та методи дослідження

Було проаналізовано 63 клінічних випадки апоплексії яєчника у жінок, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в клініці гінекології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону з 2004 до 2008 рр. Вік спостережуваних хворих варіював від 18 до 35 років ($25,7 \pm 2,1$) року). Всім пацієнткам ургентно було виконано лапароскопічне оперативне втручання за загальноприйнятою методикою під ендотрахеальним наркозом із використанням моно- та біполярної електрохірургічної техніки [2]. Патоморфологічному дослідженню підлягали шматочки тканини яєчників, видалені під час операції. Матеріал фіксували в 10%-му нейтральному формаліні, заливали у парафін. Для морфологічного дослідження з кожного блока робили не менше 5–7 ступінчастих зрізів. Депарафіновані зрізи завтовшки 5 мкм забарвлювали гематоксилін-еозином і пікнофуксином за ван Гізон.

Результати дослідження та їх обговорення

Розлади менструального циклу виявлялися у вигляді мено-

рагії у 8 (13,4 %) пацієнток, ациклічних маткових кровотеч — у 4 (6,8 %), альгодисменореї — у 5 (11,3 %) хворих, опсоменореї — у 4 (6,8 %). Не було статевих стосунків у 6 (9,5 %) пацієнток. Регулярні статеві стосунки були у 20 (31,7 %) хворих, більшість жінок мали нерегулярні статеві стосунки — 37 (58,7 %). Серед них скарги з приводу первинної або вторинної безплідності мали 14 (24,5 %) пацієнток.

Таким чином, серед жінок, які перенесли апоплексію яєчника, розлади менструального циклу відмічалися у кожному третьому випадку, а кожна четверта жінка лікувалася з приводу первинної або вторинної безплідності.

У спостережуваних пацієнток в анамнезі відмічалася значна частота стаціонарного лікування запальних захворювань внутрішніх статевих органів — 16 (25,2 %), а також операцій на органах малого таза та черевній порожнині — 14 (22,2 %). Найчастішими були: резекція яєчників — 8 (12,6 %), тубектомія — 5 (7,9 %), аднексектомія — 5 (7,9 %), апендектомія — 12 (19,0 %). Усі перенесені в минулому оперативні втручання виконувалися шляхом череворозтину. Амбулаторне лікуван-



ня з приводу захворювань шийки матки і статевих інфекцій зафіксовано у 11 (17,4 %) жінок з апоплексією яєчника.

У прооперованих хворих з приводу апоплексії яєчника середній об'єм внутрішньочеревної кровотечі становив $(317,4 \pm 41,5)$ мл, що, згідно з запропонованою класифікацією апоплексії яєчника, залежно від об'єму внутрішньочеревної кровотечі зараховують до середнього рівня крововтрати, який становить від 150 до 500 мл [6].

Під час проведення оперативного втручання була виявлена така супровідна патологія: запальні захворювання органів малого таза у 24 (38,0 %) випадках, спайковий процес органів малого таза був виявлений у 19 (30,4 %) пацієнток.

Усім хворим, незалежно від обсягу крововтрати, була виконана сегментарна резекція яєчника. У 3 (4,7 %) випадках виконували двобічну сегментарну резекцію яєчників; у 4 (6,3 %) — видалення придатків матки з боку ураження у зв'язку зі значним руйнуванням яєчничкової тканини патологічним процесом; у 6 (9,5 %) випадках — сальпінгооваріолізис; у 5 (8,4 %) хворих — діатермокаутеризація яєчників; у 5 (7,9 %) пацієнток — високочастотна каутеризація й ексцизія осередків ендометріозу. У 3 (4,7 %) хворих апоплексія яєчника супроводжувалася розвитком гнійного запального процесу в гематомі яєчника, що захоплювала практично всю тканину органа.

При морфологічному дослідженні встановлено, що в 43 (68,2 %) випадках джерелом апоплексії яєчника були кісти жовтого тіла, у 6 (9,5 %) — стигми овуляції, у 14 (22,2 %) — апоплексія фолікулярної кісти.

Таким чином, у більшості випадків джерелом апоплексії яєчника були кісти жовтого тіла.

У 31 (49,2 %) випадку при гістологічному дослідженні було встановлено діагноз — хронічний оофорит, у 6 (9,5 %) — хронічний сальпінгоофорит.

Таким чином, хронічний оофорит переважав серед інших хронічних запальних захворювань органів малого таза у жінок з апоплексією яєчників. Хронічний оофорит характеризувався вираженими склеротичними та дистрофічними змінами у тканині яєчника, осередками текаматозу, ангиоматозу, наявністю фіброзних тіл і атрезованих кістозно-змінених фолікулів, гістіолімфоцитарною інфільтрацією строми яєчника.

При хронічному сальпінгоофориті в стінках маткових труб, як результат хронічного запалення, визначалися дистрофічні, склеротичні, рубцево-спайкові зміни.

Макроскопічно поверхня яєчників у всіх випадках була гладкою, з дрібними субкапсулярними порожнинами, діаметром від 0,2 до 0,5 см, з прозорим жовтуватим вмістом. На поверхні білкової оболонки чіткий судинний рисунок.

Стигма овуляції мала вигляд підійнятої над поверхнею жовтого тіла плями діаметром 0,3–0,5 мм, з ознаками кровотечі або у вигляді лінійного розриву, завдовжки 0,3–0,7 мм, з ознаками кровотечі. Гістологічно жовте тіло було у стадії васкуляризації та проліферації. Одночасно спостерігалися дифузний крововилив у зовнішню сполучнотканинну оболонку жовтого тіла і в прилеглу до неї строму яєчника та крововилив у жовте тіло. У сполучнотканинній капсулі та сполучнотканинних тяжках жовтого тіла у 3 (4,7 %) випадках спостерігалися варикозно змінені судини, переповнені кров'ю, обсяг крововтрати у цих жінок становив від 80 до 150 мл.

Діаметр кісти жовтого тіла варіював від 35,0 до 45,0 мм і становив $(40,7 \pm 5,3)$ мм. Внутрішня поверхня кісти вохряно-жовтого кольору, складчаста, в просвіті — геморагічний вміст. Характерна наявність внутрішнього фіброзного шару, за яким розташовані гранульозо-текалютеїнові клітини. Білкова обо-

лонка була нерівномірної товщини, містила різко повнокровні судини з потовщеною стінкою. Обсяг крововтрати у жінок з апоплексією кіст жовтого тіла становив від 300,0 до 2000,0 мл.

Фолікулярні кісти макроскопічно мали вигляд однокамерних гладкостінних і тонкостінних утворень з рожевою рідиною, діаметром від 4,0 до 6,0 см. Їх стінка утворена внутрішнім шаром округлих гранульозних клітин і зовнішнім сполучнотканинним шаром, який містив колагенові волокна, поодинокі кровоносні судини. Збільшення діаметра фолікулярних кіст супроводжувалось атрофією клітин їхньої внутрішньої стінки, позбавлених будь-яких ознак функціональної або проліферативної активності. Об'єм гемоперитонеума у жінок з апоплексією фолікулярних кіст становив від 350,0 до 700,0 мл.

Таким чином, найбільший об'єм гемоперитонеума відмічався при апоплексії кіст жовтого тіла яєчника, про що зазначалось і в роботах інших авторів [5; 7–10]. У наших дослідженнях привернули до себе увагу фолікулярні кісти яєчника, які, згідно з нашими дослідженнями, посідали друге місце за кількістю виникнення апоплексій і за об'ємом гемоперитонеума.

Висновки

1. Хронічний оофорит посідав перше місце серед хронічних запальних захворювань органів малого таза у жінок з апоплексією яєчників.

2. Серед жінок, які перенесли апоплексію яєчника, розлади менструального циклу відмічалися у кожному третьому випадку.

Кожна четверта жінка лікувалася з приводу первинної або вторинної безплідності.

3. У 35,4 % випадків жінки з апоплексією яєчника страждали від спайкового процесу органів малого таза різного ступеня вираженості.



4. У переважній більшості випадків джерелом апоплексії яєчника були кісти жовтого тіла. Найбільший об'єм гемоперитонеума відмічався при апоплексії кіст жовтого тіла яєчника. Друге місце за об'ємом гемоперитонеума та частотою виникнення апоплексії посідали фолікулярні кісти яєчника.

ЛІТЕРАТУРА

1. Айлмазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э. К. Айлмазян, И. Т. Рябцева. — М. : Медицинская книга, 2003. — 183 с.

2. Оперативна лапароскопія та штучне запліднення в лікуванні хворих з неплідністю трубного походження / О. М. Юзько, Т. А. Юзько, С. П. Польова, С. Г. Приймак // Педіатрія,

акушерство та гінекологія. — 2003. — № 6. — С. 111-114.

3. *Гладчук І. З.* Апоплексія яєчника в сучасній гінекології / І. З. Гладчук, В. Л. Кожаків, О. В. Якименко // Репродуктивное здоровье женщины. — 2005. — № 4. — С. 56-58.

4. *Коколина В. Ф.* Острый живот в детской гинекологии / В. Ф. Коколина // Медицинская помощь. — 1994. — № 3. — С. 25-27.

5. *Носенко О. М.* Сучасні методи діагностики та лікування функціональних ретенційних кістозних пухлиноподібних утворень яєчників у жінок репродуктивного віку / О. М. Носенко // Медико-соціальні проблеми сім'ї. — 2002. — № 7. — С. 15-20.

6. *Краснопольский В. И.* Гнойные воспалительные заболевания придатков матки / В. И. Краснопольский, С. Н. Буянов, Н. А. Щукина. — М. : МЕДпресс, 1999. — 317 с.

7. *Диагностика и лечение апоплексии яичника* / О. Ю. Панкова, А. А. Евсеева, В. Г. Бреусенко [и др.] // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1998. — № 2. — С. 110-114.

8. *Серов В. Н.* Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования яичников / В. Н. Серов, Л. И. Кудрявцева. — М. : Триада-Х, 1999. — 152 с.

9. *Кудрявцева Л. И.* Современные методы диагностики и лечения жидкостных образований малого таза / Л. И. Кудрявцева, Л. К. Рязанова, Н. А. Якимова // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2001. — № 2. — С. 50-54.

10. *Диагностика и лечение острых гинекологических заболеваний. Современные тенденции* / О. С. Элибекова, А. С. Гаспаров, А. С. Косаченко, Е. Л. Стрекалова // Журнал российского общества акушеров-гинекологов. — 2005. — № 2. — С. 3-6.

УДК [616.12.-005.4-008.331.1]:612.176

І. П. Кудря

СТРЕС ЯК ТРИГЕР КОГНІТИВНИХ ЗРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», Полтава

Вступ

Відомо, що стрес є важливою життєвою реакцією, що супроводжує людину в процесі її діяльності [1–3]. Постійно діючий стрес, когнітивні порушення є факторами росту захворюваності та смертності населення розвинутих країн від серцево-судинних захворювань, що супроводжуються змінами активності вегетативної та нейроендокринної систем, можуть призвести до раптової смерті [3–7]. Патогенез запобігання стресових, ішемічних ушкоджень серця та когнітивних порушень відіграють важливу роль у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) у поєднанні з гіпертонічною хворобою (ГХ) і становлять одну з актуальних проблем кардіології.

Метою дослідження було визначення впливу стресу на когнітивні зрушення у хворих на ішемічну хворобу серця у поєднанні з гіпертонічною хворобою.

Матеріали та методи дослідження

Об'єктом дослідження були 52 хворих на ІХС у поєднанні з ГХ. Клінічна характеристика цих хворих: 40 (76,9 %) хворих із 52 мали стабільну стенокардію напруження, у тому числі 14 (26,9 %) — II функціонального класу (ФК), 26 (50 %) — III ФК, 12 (23,1 %) — ІХС у вигляді кардіосклерозу атеросклеротичного з серцевою недостатністю, у тому числі 7 (13,5 %) у поєднанні з порушенням ритму. Супровідним захворюванням ГХ II ст. була у 26 (50 %) із

52 пацієнтів, ГХ III ст., постінфарктний кардіосклероз — у 26 (50 %). Пароксизмальну фібриляцію передсердь мали 5 (31,25 %) із 52 хворих, постійну фібриляцію передсердь — 2 (12,5 %), надшлуночкову екстрасистолію — 3 (18,75 %), шлуночкову екстрасистолію — 1 (6,25 %), шлуночкову бігемінію — 1 (6,25 %), поєднання політопної шлуночкової та надшлуночкової екстрасистолії — 4 (25 %). Серцева недостатність I ст. за М. Д. Стражеском, В. Х. Василенком, II ФК за класифікацією Нью-Йоркської асоціації кардіологів (НУНА, 1964) була у 27 (51,9 %) хворих із 52; СН II А, III ФК — у 20 (38,5 %); СН II Б, III ФК — у 2 (3,8 %); СН III, IV ФК — у 3 (5,8 %). Вік досліджуваних 44–81 рік (61,25±1,15; 8,3; (58,94–63,56)). За статтю хво-

