

# Реабілітація жінок після апоплексії яєчника

Г. В. Колесник<sup>1</sup>, П. М. Патей<sup>1</sup>, Ю. Б. Моцюк<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Академія рекреаційних технологій і права, м. Луцьк

<sup>2</sup>Івано-Франківський національний медичний університет

**Мета дослідження:** розробити патогенетично обґрунтований комплекс реабілітаційних заходів, направлених на поліпшення репродуктивного здоров'я жінок після перенесеної апоплексії яєчника і зниження частоти рецидиву захворювання.

**Матеріали та методи.** Нами вивчено 450 випадків апоплексії яєчника, з них 303 – ретроспективно за історіями хвороб жінок, пролікованих в гінекологічному відділенні і 147 – проспективно, пацієнток обстежено і проліковано. Залежно від клінічного перебігу захворювання були сформовані дві групи: I група – 175 жінок з геморагічною формою, II група – 275 жінок з больовою формою.

У всіх випадках детально вивчений анамнез життя пацієнток, захворювання, дані об'єктивного і бімануального дослідження. Кількісний аналіз гормонів крові проводили методом електрохемілюмінесценції за загальноприйнятими методиками. Під час госпіталізації до стаціонару у 40 пацієнток I групи і 40 жінок II групи вивчені концентрації фолікулостимулюючого гормону, лютеїнізуючого гормону, пролактину, прогестерону, естрадіолу; через 1 міс після виписки зі стаціонару – відповідно у 40 і 40 (на 7–8-й день менструального циклу – фолікулостимулюючий гормон, пролактин, естрадіол, на 14–15-й день – лютеїнізуючий гормон, естрадіол і на 21–24-й – прогестерон, естрадіол); через 12 міс – у 30 і 30 (на 7–8-й день менструального циклу – фолікулостимулюючий гормон, пролактин, естрадіол і 21–24-й день – прогестерон, естрадіол). Оцінку функції яєчників (оцінка базальної температури, феномену зіниці, ступеня налягнення шийчного слизу, кольпоцитологія) проводили на 7–8, 14–15, 21–24-й дні менструального циклу через 3, 6, 12 міс після виписки зі стаціонару у 40 жінок I групи і 40 пацієнток II групи, через 18 міс – у 30 і 30 пацієнток відповідно. **Результати.** За результатами оцінки функції яєчників було відзначено, що через 3–6 міс після апоплексії яєчника більше 50,0% жінок мали ановуляторний менструальний цикл, через 12 міс – 18,8%, 18 міс – 8,3%.

Статистично значимих відмінностей між групами I і II не було виявлено. Гормональний фон пацієнток через 12 міс після апоплексії яєчника достовірно не відрізнявся від показників здорових жінок. Дані випереджальної гемодинаміки на тлі проведеної терапії характеризувалися нормалізацією всіх параметрів, за винятком індексу пульсового кровонаповнення, який зберігався підвищеним в II фазу менструального циклу в обстежених обох груп захворювання у фронто-мастоїдальному відведенні. У 27,2% жінок настала бажана вагітність, останні – запобігали настанню вагітності. Рецидив захворювання був виявлений через 6 міс у 2,9% обстежених II групи і через 12 міс в 1,2% жінок I групи (усього 3,9%).

**Перинатологія та репродуктологія:** від наукових досліджень до практики | **Perinatology and reproductology:** from research to practice

**Висновки.** Проведення двох курсів патогенетично обґрунтованої реабілітаційної терапії протягом 12 міс привело до нормалізації майже всіх вивчених показників церебральної гемодинаміки, індексу резистентності судинного опору в раніше ураженому яєчнику, а також відновленню двофазного менструального циклу у 91,6% жінок і зниженню частоти рецидиву апоплексії яєчника до 3,9%.

**Ключові слова:** апоплексія яєчника, реабілітація, репродуктивне здоров'я.

**Ч**астота виявлення апоплексії яєчника (АЯ) у структурі ургентної гінекології посідає третє місце і коливається в межах від 9,4% до 17,1% [1–3].

Певні труднощі викликає діагностика захворювання, що пояснюється відсутністю патогномонічних ознак для яєчникового крововиливу. Так, за даними низки авторів, АЯ припадає на частку до 85,7% оперативних втручань з приводу гострого апендициту, а в 30–50% випадків захворювання діагностується як позаматкова вагітність [4–6].

У доступній літературі практично не вивчені питання диспансерного спостереження і реабілітаційної терапії пацієнток, що перенесли АЯ. Водночас відомо, що травма яєчника веде до глибоких розладів кровопостачання, іннервації органа і загибелі частини генеративних елементів [7–9]. Так, низка авторів зазначають, що в 41,9% випадків після захворювання спостерігається безпліддя, яке обумовлене не лише травмою яєчника, але і виникненням спайкового процесу в органах малого таза у 99,8%, а в 87% формуються ретенційні кісти яєчника [10–12].

У більшості випадків автори єдині в думці, що єдиним методом лікування будь-яких форм АЯ є вживання комбінованих оральних контрацептивів. Проте пригнічення функції яєчників не забезпечує повного одужання жінки і не запобігає рецидиву захворювання після відміни препарату, яке може досягати 40%, оскільки патогенетична ланка, причини, що призвели до захворювання, залишаються не з'ясованими [13–15].

Отже, важливе соціальне значення проблеми, а також тенденція до збільшення частоти АЯ і зростання його ролі в структурі гінекологічної захворюваності визначило актуальність проблеми і стало підставою для проведення справжнього дослідження.

**Мета дослідження:** розроблення патогенетично обґрунтованого комплексу реабілітаційних заходів, направлених на поліпшення репродуктивного здоров'я жінок після перенесеної АЯ і зниження частоти рецидиву захворювання.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Вивчено 450 випадків АЯ, з них 303 – ретроспективно за історіями хвороб жінок, які були проліковані в гінекологічному відділенні, і 147 – проспективно, пацієнток обстежено і проліковано.

Залежно від клінічного перебігу захворювання були сформовані дві групи:

- I група – 175 жінок з геморагічною формою
- II група – 275 жінок з больовою формою.

З метою відбору пацієнток для дослідження були розроблені критерії включення в групи і критерії виключення.

**Критерії включення у дослідження:**

- наявність АЯ;
- згода пацієнтки в клінічному дослідженні (у проспективному дослідженні).

*Критерії виключення з дослідження:*

- наявність позаматкової вагітності;
- підкрут кісти і кістоми яєчника;
- некроз пухлини яєчника;
- відмова від участі у дослідженні.

У всіх випадках детально вивчений анамнез життя пацієнток, захворювання, дані об'єктивного і бімануального дослідження.

Кількісний аналіз гормонів крові проводили методом електрохемілюмінесценції за загальноприйнятими методиками.

Під час госпіталізації до стаціонару у 40 пацієнток I групи і 40 жінок II групи вивчені концентрації фолікулостимулювального гормону (ФСГ), лютеїнізуючого (ЛГ), пролактину (Прл), прогестерону (ПГ), естрадіолу (Е2); через 1 міс після виписки із стаціонару – відповідно у 40 і 40 (на 7–8-й день менструального циклу – ФСГ, Прл, Е2, на 14–15-й – ЛГ, Е2 і 21–24-й – ПГ, Е2); через 12 міс – у 30 і 30 (на 7–8-й день менструального циклу – ФСГ, Прл, Е2 і 21–24-й день – ПГ, Е2).

Оцінювання функції яєчників (оцінка базальної температури, феномену зіниці, ступеня натягнення шийного слизу, кольпоцитологія) проводили на 7–8, 14–15, 21–24-й дні менструального циклу через 3, 6, 12 міс після виписки із стаціонару у 40 жінок I групи і 40 – II групи, через 18 міс – у 30 і 30 жінок відповідно.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Через 1 міс після АЯ клінічних проявів у жінок не було виявлено. Проте дані додаткових методів дослідження виявили низку змін, які були наявні у пацієнток обох груп захворювання впродовж всього менструального циклу:

- гормональний дисбаланс за типом гіперестрогенної ановуляції в I групі і дисфункції яєчників у II групі,
- високорезистентний кровотік в раніше ураженому яєчнику,
- загальноомозкові прояви функціонального характеру легкого ступеня,
- підвищені показники церебральної гемодинаміки.

Усе перелічене вище було підставою для проведення комплексу реабілітаційної терапії.

Диспансерне спостереження за 46 жінками I групи та 57 – II групи після виписки із стаціонару становило від 1 до 18 міс.

Реабілітацію пацієнток проводили двома курсами протягом першого року після виписки зі стаціонару.

Перший курс реабілітаційної терапії проводили через 1 міс після виписки зі стаціонару. На підставі оцінки об'єктивних, бімануальних даних, результатів дослідження гормонів крові, ехографії органів малого таза з доплерометрією яєчникових артерій він включав:

- гормональне лікування тривалістю 3 міс: при дисфункції яєчників – монофазні низько дозовані оральні контрацептиви у поєднанні з циклічною вітамінотерапією;
- місцеве лікування курсом 12 днів у I фазу менструального циклу: тампони, свічки, фізіотерапія;
- препарати, поліпшуючу гемодинаміку і перфузію головного мозку протягом 3 міс.

Другий курс реабілітаційної терапії проводили через 6 міс після виписки зі стаціонару. На підставі об'єктивних, бімануальних даних, результатів ехографії органів малого таза з доплерометрією яєчникових артерій, оцінки функції яєчників він включав:

- циклічну вітамінотерапію тривалістю 3 міс;
- місцеве лікування курсом 12 днів у I фазу менструального циклу: тампони, свічки, фізіотерапія;

- препарати для поліпшення гемодинаміки та перфузію головного мозку протягом 3 міс.

За час спостереження пацієнтки активно скарг не пред'являли. При об'єктивному, бімануальному обстеженні патологічних змін виявлено не було.

За даними УЗД органів малого таза у пацієнток обох груп дослідження товщини наростання м-ехо-камери і об'єму яєчників відповідали фазам менструального циклу.

При кольоровому картуванні яєчникових артерій зміни в інтраоваріальному стромальному кровотоку у пацієнток, що перенесли АЯ, були виявлені лише в II фазу менструального циклу в раніше ураженому яєчнику. Так, в обстежених II групи впродовж 3 міс після захворювання було зафіксовано підвищені показники індексу резистентності опору судин, тоді як у I групі він мав тенденцію до нормалізації і достовірно не відрізнявся від контрольної групи (лише до 12 міс). Максимальна швидкість систоли артеріального кровотоку в обох групах захворювання протягом всього часу спостереження залишалася зниженою.

За результатами оцінки функції яєчників було відзначено, що через 3–6 міс після АЯ понад 50,0% жінок мали ановуляторний менструальний цикл, через 12 міс – 18,8%, 18 міс – 8,3%. Статистично значущих відмінностей між групами I і II виявлено не було.

Гормональний фон пацієнток через 12 міс після АЯ достовірно не відрізнявся від показників здорових жінок.

Дані церебральної гемодинаміки на тлі проведеної терапії характеризувалися нормалізацією всіх параметрів, за винятком індексу пульсового кровонаповнення, який зберігався підвищеним у II фазі менструального циклу в обстежених обох груп захворювання у фронтомастоїдальному відведенні.

У 27,2% жінок настала бажана вагітність, інші запобігали настанню вагітності.

Рецидив захворювання був виявлений через 6 міс у 2,9% обстежених II групи і через 12 міс в 1,2% жінок I групи (всього 3,9%).

## ВИСНОВКИ

Отже, проведення двох курсів патогенетично обгрунтованої реабілітаційної терапії протягом 12 міс привело до нормалізації майже всіх вивчених показників церебральної гемодинаміки, індексу резистентності судинного опору в раніше ураженому яєчнику, а також відновленню двофазного менструального циклу у 91,6% жінок і зниженню частоти рецидиву АЯ до 3,9%.

### **A rehabilitation of women is after the ovarian apoplexy**

**G. V. Kolesnik, P. M. Patiei, Yu. B. Motsyuk**

**The objective:** to develop the nosotropic grounded complex of rehabilitation measures, directed on the improvement of reproductive health of women after the carried ovarian apoplexy decline of frequency of relapse of disease.

**Materials and methods.** We are study 450 cases of ovarian apoplexy, from them 303 – retrospectively on case history of women, treated in the gynaecological department and 147, charts – prospectively patients are inspected and treated. Depending on clinical motion diseases were formed two groups: I – 175 women with a hemorrhagic form, II – 275 women with a pain form. In all cases the anamnesis of life of patients, disease studied in detail, information objective and bimanual research. The quantitative analysis of hormones of blood was conducted by the method of electrochemiluminescence after the generally accepted methods. At a receipt in permanent

establishment in 40 patients of I of group and 40 – II studied concentrations of follicle-stimulating hormone, luteinizing hormone, prolactin, progesterone, estradiol; in 1 month after an extract from permanent establishment respectively in 40 and 40 (on the 7–8th day of menstrual cycle - follicle-stimulating hormone, prolactin, estradiol, on 14–15 is a luteinizing hormone, estradiol and 21–24 is progesterone, estradiol); in 12 months - in 30 and 30 (on the 7–8 day of menstrual cycle – follicle-stimulating hormone, prolactin, estradiol and 21–24 day is progesterone, estradiol). The estimation of function of ovaries (estimation of basale temperature, phenomenon of pupil, degree of tension of the cervical mucus, colpocytology) was conducted on 7–8, 14–15, 21–24 days of menstrual cycle through 3, 6, 12 months after an extract from permanent establishment in 40 women of I of group and 40 – II, in 18 months – in 30 and 30.

**Results.** As a result of estimation the functions of ovaries were marked, that in 3–6 months after ovarian apoplexy more than 50,0% women had an anovulatory menstrual cycle, in 12 months – 18,8%, 18 months – 8,3%.

Statistically meaningful differences between the groups of I and II it was not discovered. Hormonal background of patients in 12 months after ovarian apoplexy for certain did not differ from the indexes of healthy women. Information cerebral hemodynamics on a background the conducted therapy characterized by normalization of all parameters, except for the index of pulse of blood supply, which was saved by enhanceable in the II phase of menstrual cycle at inspected both groups of disease in the fronto-mastoidal extension. The desired pregnancy came in 27,2% women, last – used protection. The relapse of disease was found out in 6 months in 2,9% inspected the II groups and in 12 months in 1,2% – I of group (in all 3,9%).

**Conclusions.** The conduct of two courses of the nosotropic grounded rehabilitation therapy during 12 months resulted in normalization of almost all studied indexes of cerebral hemodynamics, index of resistance of vascular resistance in before to the staggered ovary, and also proceeding in a diphasic menstrual cycle in 91,6% women and decline of frequency of relapse of ovarian apoplexy to 3,9%.

**Keywords:** *ovarian apoplexy, rehabilitation, reproductive health.*

### Інформація про авторів

**Колесник Ганна Василівна** – Академія рекреаційних технологій і права, м. Луцьк  
ORCID: 0000-0001-5046-862X; e-mail: [a.kolesnuk5@gmail.com](mailto:a.kolesnuk5@gmail.com)

**Патей Петро Миколайович** – Академія рекреаційних технологій і права, м. Луцьк  
ORCID: 0000-0001-5622-9590

**Моцюк Юлія Богданівна** – Івано-Франківський національний медичний університет  
ORCID: 0000-0001-7681-4455; e-mail: [yulia\\_m87@ukr.net](mailto:yulia_m87@ukr.net)

### Information about the authors

**Kolesnyk Ganna V.** – Academy of Recreational Technologies and Law, Lutsk  
ORCID: 0000-0001-5046-862X; e-mail: [a.kolesnuk5@gmail.com](mailto:a.kolesnuk5@gmail.com)

**Patiei Petro M.** – Academy of Recreational Technologies and Law, Lutsk  
ORCID: 0000-0001-5622-9590

**Motsyuk Yulia B.** – Ivano-Frankivsk National Medical University  
ORCID: 0000-0001-7681-4455; e-mail: [yulia\\_m87@ukr.net](mailto:yulia_m87@ukr.net)

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Amer S, Li TC, Ledger WL. Ovulation induction using laparoscopic ovarian drilling in women with polycystic ovarian syndrome: predictors of success. *Hum Reprod.* 2024;29(1):719–24.
2. Amer S, Li TC, Ledger WL. The value of measuring anti-Mullerian hormone in women with an ovulatory polycystic ovary syndrome undergoing laparoscopic ovarian diathermy. *Hum Reprod.* 2019;34:2760–6.
3. Anasti JN, Anasti LM, Kimzey R, Defensor A. A controlled study for the treatment of karyotypically normal spontaneous premature ovarian failure. *Fertil Steril.* 2022;103:726–30.

4. Api M. Is ovarian reserve diminished after laparoscopic ovarian drilling? *Gynecol Endocrinol.* 2019;25(3):159–65.
5. Awonuga AO, Saed GM, Diamond MP. Laparoscopy in gynecologic surgery: adhesion development, prevention, and use of adjunctive therapies. *Clin Obstet Gynecol.* 2019;52(3):412–22.
6. Azemi M, Killick SR, Duffy S, Pye C, Refaat B, Hill N, Ledger W. Multi-marker assessment of ovarian reserve predicts oocyte yield after ovulation induction. *Hum Reprod.* 2021;26(2):414–22.
7. Badawy A, Goda H, Ragab A. Induction of ovulation in idiopathic premature ovarian failure: a randomized double-blind trial. *Reprod BioMed Online.* 2024;15(2):215–9.
8. Bae J, Shin SJ, Cha SH. Prevalent genotypes of methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR C677T and A1298C) in spontaneously aborted embryos. *Fertil Steril.* 2023;87(2):351–5.
9. Baird DT, Collins J, Egozcue J. Fertility and ageing. *Hum Reprod Update.* 2024;21:261–76.
10. Bancsi LF, Broekmans FJ, Eijkemans MJ, de Jong FH, Habbema DF, te Velde ER. Predictors of poor ovarian response in in vitro fertilization: a prospective study comparing basal markers of ovarian reserve. *Fertil Steril.* 2022;99:328–36.
11. Bancsi LF, Broekmans FJ, Looman CW, Habbema JD, te Velde E.R. Impact of repeated antral follicle counts on the prediction of poor ovarian response in women undergoing in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 2024;101(1):35–41.
12. Barad D, Brill H, Gleicher N. Update on the use of dehydroepiandrosterone supplementation among women with diminished ovarian function. *Assist Reprod Genet.* 2019;24(12):629–34.
13. Barut MU, Bozkurt M, Kahraman M. Thrombophilia and recurrent pregnancy loss: the Enigma Continues. *Med Sci Monit.* 2018;24:4288–94.
14. Becker JH, de Graaff J, Vos CM. Torsion of the ovary: a known but frequently missed diagnosis. *Eur Emerg Med.* 2019;16(3):124–6.
15. Benaceraf BR, Finkler NJ, Knapp RC. Sonographic accuracy in the diagnosis of ovarian masses. *Reprod Med.* 2020;35:491–5.