

УДК 618.14-002-08:615.849

*І. З. Гладчук, А. Г. Волянська, О. Я. Назаренко***СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ ПІДХОДИ ПРИ АПОПЛЕКСІЇ ЯЄЧНИКІВ**

Частина 2

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

**Реферат.** И. З. Гладчук, А. Г. Волянская, О. Я. Назаренко. **СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА.** В работе представлены современные литературные и собственные данные по вопросу диагностики и лечения апоплексии яичника. Установлена зависимость между объемом гемоперитонеума и уровнем свободной жидкости, выявляемым при трансвагинальном УЗИ в сагиттальной плоскости. Описаны характерные для внутрияичниковых кровоизлияний ультразвуковые изображения. В работе освещены проблемы консервативного и хирургического лечения апоплексии яичника. Представлены собственные данные ближайших и отдаленных результатов лапароскопического лечения апоплексии яичника. Отображена необходимость дальнейшей противорецидивной терапии с учётом морфологической структуры источника внутриорганный и/или интраабдоминального кровотечения.

**Ключевые слова:** апоплексия яичника, гемоперитонеум, диагностика, лечение, лапароскопия.

**Реферат.** І. З. Гладчук, А. Г. Волянська, О. Я. Назаренко. **СУЧАСНІ ДІАГНОСТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ ПІДХОДИ ПРИ АПОПЛЕКСІЇ ЯЄЧНИКІВ.** В роботі представлені сучасні літературні й власні дані з питань діагностики і лікування апоплексії яєчника. Встановлена залежність між об'ємом гемоперитонеума і рівнем вільної рідини, що виявляється при трансвагінальному УЗД у сагітальній площині. Описані характерні для внутрішньоєчникових крововиливів ультразвукові зображення. В роботі розглянуті проблеми консервативного і хірургічного лікування апоплексії яєчника. Представлені власні дані найближчих і віддалених результатів лапароскопічного лікування апоплексії яєчника. Доведена необхідність подальшої протицидивної терапії з урахуванням морфологічної структури джерела внутрішньоорганної і/або інтраабдоминальної кровотечі.

**Ключові слова:** апоплексія яєчника, гемоперитонеум, лапароскопія.

**Summary.** I. Z. Gladchuk, A. G. Volianskaya, O. Ya. Nazarenko. **CONTEMPORARY DIAGNOSTIC AND CURING APPROACHES IN CASE OF OVARIAN APOPLEXY.** - *Odessa National Medical University, \* Military-Medical Clinical Centre of the South Region, Odessa.* Manuscript deals with the literature review and original data devoted to ovarian apoplexy diagnostic and treatment. The dependence between the haemoperitoneum volume and free liquid amount evaluated during transvaginal ultrasound investigation in sagittal axis was established. Intraovarian bleeding ultrasound features are presented. Contemporary aspects of ovarian apoplexy conservative and surgical treatment are reviewed. The original data of ovarian apoplexy laparoscopic treatment direct and postponed results are given.

Authors showed the necessity of the further antirecurrence treatment with intraorganic and/or intraovarian bleeding morphological source obvious localization.

**Key words:** ovarian apoplexy, haemoperitoneum, diagnostic, treatment, laparoscopy.

Лікування пацієнок з АЯ залежить, в першу чергу, від стану гемостазу в місці крововиливу і ступеня внутрішньочеревної кровотечі [2]. Незважаючи на те, що більшість клінічних випадків «больових» форм АЯ лікуються консервативно, основний лікувально-діагностичний метод при внутрішніх кровотечах яєчникової етіології — операція. Необхідними умовами для консервативного лікування є: задовільний стан хворої, відсутність гемодинамічних порушень, нормальні лабораторні показники червоної крові, первинний больовий синдром або слабо виражений, або частково купірується — як самостійно, так і за допомогою медикаментозної терапії протягом кількох годин [21; 22]. Консервативне лікування необхідно розпочинати у стаціонарних умовах, оскільки тільки в процесі динамічного спостереження можна проконтролювати відсутність ознак триваючої внутрішньої кровотечі.

Первинна ціль консервативного лікування АЯ полягає у формуванні стабільного гемостазу в ділянці апоплексії, запобіганні розвитку інтраперитонеальної кровотечі й у зниженні інтенсивності больового синдрому. В основі медикаментозного лікування АЯ лежить призначення препаратів, які мають гемостатичні властивості: етамзилат (дицинон), адроксон, вікасол, розчин кальцію хлориду, транексамова й амінокапронова кислоти. Хворій призначають ліжковий режим. З метою зниження інтенсивності тазових болів можливе призначення нестероїдних протизапальних препаратів — як в ін'єкціях, так і у вигляді ректальних супозиторіїв. Після перших двох–трьох діб стаціонарного лікування за наявності стійкого гемостазу, відсутності ультразвукових ознак збільшення об'єму вільної рідини в черевній порожнині і при можливості продовження спостереження подальше лікування хвора може одержувати в амбулаторних умовах.

Після купірування гострого больового синдрому і зникнення небезпеки масивної внутрішньочеревної кровотечі подальші консервативні лікувальні заходи, що проводяться в амбулаторних умовах, спрямовані на розсмоктування сформованого кістозного утворення, впливають на етіологічні фактори апоплексії з метою запобігання рецидивам. Незважаючи на вірогідність самостійного регресу кістозного утворення [9], більшість авторів рекомендує проведення патогенетично обґрунтованої терапії з обов'язковим динамічним ультразвуковим контролем і визначенням в плазмі крові онкомаркерів СА-125, РЕА, СА-19-9 [11; 14; 19].

Враховуючи неабияку важливу роль інфекційних запальних процесів органів малого таза в розвитку пухлиноподібних процесів яєчників як одного з вірогідних джерел АЯ [10; 13; 19], більшість клініцистів рекомендують проводити з моменту формування кістозного утворення комплексну протизапальну терапію з урахуванням виявлених патогенних збудників і їхньої чутливості до антибактеріальних препаратів.

З метою блокування патологічної секреції гонадотропних гормонів, що підтримують персистенцію КГУЯ, призначають гормональні препарати (найчастіше КОК або синтетичні прогестини). Враховуючи, що розвиток захворювання практично у 80 % випадків відбувається в другу фазу МЦ, гормональні препарати призначають до 10–14 днів.

Критерієм ефективності проведеного консервативного лікування є повне розсмоктування виниклого внаслідок крововиливу геморагічного кістозного утворення яєчника. За нашими даними, до 90 % КГУЯ регресує після перших місячних, що контролюється трансвагінальним УЗД. У випадку відсутності регресу КГУЯ більш ніж на 50 % хворій необхідно рекомендувати лапароскопічне оперативне втручання, оскільки діагноз функціональної (фолікулярної, жовтого тіла) кісти як джерела АЯ може виявитися помилковим. Не виключена можливість первинної маніфестації неопластичного процесу з формуванням геморагічного кістозного утворення, особливо у жінок пізнього репродуктивного і пременопаузального віку [8].

Завдяки розвитку нових малоінвазивних медичних технологій, органозберігаючі операції сьогодні виконують переважно шляхом лапароскопії (В. И. Кулаков і співавт., 2001; J. Dubuisson, 2000). Відомо, що даний метод має низку переваг перед «відкритими» операціями, насамперед — це мала травматичність, висока прецизійність

оперативної техніки, нетривалий термін перебування хворих у стаціонарі, зниження ризику виникнення гриж у післяопераційному періоді (В. Н. Запорожан, В. В. Грубник, В. Ф. Саенко, М. Е. Ничитайло, 2000). Сучасні досягнення ендоскопії допускають широке використання лапароскопії у лікуванні «гострого живота» у жінок.

Згідно з власними спостереженнями, при виконанні відкритої операції у 4 (14,2 %) випадках виконувалися органовидаляючі втручання (аднексектомія та тубектомія), а при лапароскопічному втручанні, завдяки високій прецизійності оперативної техніки, частка органовидаляючих втручань скоротилася втричі — 6 (5,4 %) втручань. Водночас майже втричі зросла кількість реконструктивно-пластичних симультанних втручань на органах малого таза при виконанні операції лапароскопічним шляхом (сальпінговаріолізіс, сальпінгонеостомія, консервативна міомектомія) — 83 (75,4) % під час лапароскопії та 7 (25,0 %) — під час відкритого втручання. Найбільш типовою операцією при АЯ, виконуваною як відкритим методом, так і лапароскопічно, була резекція яєчників — 24 (85,7 %) і 85 (77,2 %) випадків відповідно.

Середній час, який витрачався на лапароскопічну операцію, становив  $(41,3 \pm 4,7)$  хв. Майже половина таких операцій — 44 (40,0 %) — тривала не більше півгодини. При незначних гемоперитонеумах, коли операція мала переважно діагностичний характер — 10 (9,0 %) випадків — тривалість її не перевищувала 15 хв. При відкритих втручаннях 17 (60,7 %) операцій тривали до години, решта 11 (39,2 %) — більше години. Середній ліжко-день у жінок, лапароскопічно оперованих з приводу АЯ, дорівнював  $(2,5 \pm 0,1)$  доби і не перевищував 3 доби, а після відкритого втручання —  $(5,7 \pm 0,4)$  доби і коливався в проміжку від 4 до 8 діб. Приблизно такі дані наводять інші автори [2; 4; 12; 21; 22; 24].

Суперечливими є питання щодо застосування лапароскопії при масивних внутрішньочеревних кровотечах. Більшість дослідників не вважають за доцільне використовувати лапароскопію при кровотечах більше 1,5 л [23; 24]. Нами запропонована методика виконання лапароскопічної операції при масивному гемоперитонеумі. У випадках гемоперитонеума до літра й більше операцію розпочинали не із зупинки кровотечі, яка у більшості випадків на момент втручання самостійно зупиняється або відбувається досить повільно, а з взяття вільної крові з правого піддіафрагмального та підпечінкового простору в положенні Тренделенбурга [17]. З метою швидкого взяття, фільтрації вільної автокрові та повернення її у судинне русло виконували реінфузію автокрові за методикою, запропованою І. З. Гладчуком і співавт. (2007) [7]. Головна умова для виконання операції при масивній внутрішній кровотечі лапароскопічно — це наявність у хворої стабільної гемодинаміки [17; 22; 23; 24].

Стан генеративної та менструальної функцій у жінок після ендоскопічних втручань робить лапароскопію ще ціннішим способом у лікуванні хворих на АЯ, ніж череворозтин. Так, протягом терміну від 12 до 75 міс (у середньому —  $(38,8 \pm 4,1)$  міс) ми спостерігали за 88 пацієнтками, оперованими з приводу АЯ. Виявлено, що бажана маткова вагітність частіше спостерігалася в лапароскопічно оперованих хворих — 75,6 % проти 57,1 % пацієнток, оперованих шляхом череворозтину. Середній проміжок часу між оперативним втручанням і вагітністю у жінок, оперованих відкритим способом, був майже вдвічі довшим —  $(12,3 \pm 2,1)$  міс, порівняно з пацієнтками, прооперованими ендоскопічно — в середньому  $(7,5 \pm 0,8)$  міс. Серед жінок, оперованих відкритим шляхом, у віддаленому післяопераційному періоді, порівняно з лапароскопічно оперованими хворими, майже вдвічі частіше спостерігалися тазовий біль, порушення менструального циклу та позаматкова вагітність, в півтора рази частіше спостерігалися ретенційні кістозні утворення яєчників та рецидиви АЯ. Приблизно такі ж дані наводять О. С. Эликбекова і співавт. (2005).

Враховуючи вищесказане, лапароскопія є «золотим стандартом» у лікуванні не тільки АЯ, але й практично всіх випадків «гострого живота» у жінок. Зберігаючи за собою історично первинну функцію, що полягає в остаточній діагностиці інтраабдомінального патологічного процесу, лапароскопія на сучасному етапі розвитку медицини є методом адекватного, повноцінного оперативного втручання.

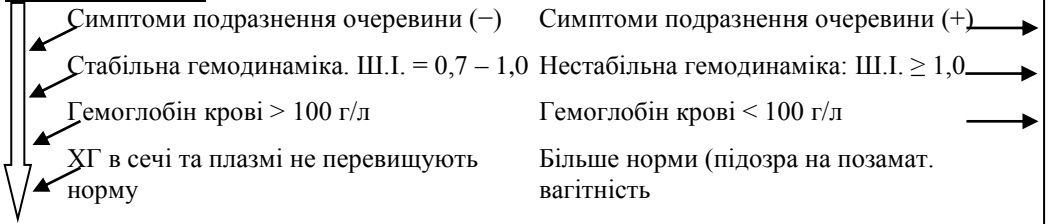
Використання відеолапароскопічної техніки для діагностики гострих гінекологічних захворювань приводить до скорочення часу діагностичного періоду більш ніж удвічі, дозволяючи з точністю 100 % встановити діагноз, оцінити ступінь «катастрофи» у черевній порожнині й перейти від діагностичного етапу до оперативного. Якщо патологічний процес не потребує виконання оперативних допомог, втручання

має тільки

**Скарги:** тазовий біль з іррадіацією у пряму кішку, (+) френікус симптом →

**Анамнез:** приступ болю відбувається у середині або у 2-й половині менструального циклу

**Об'єктивні дані:**



**УЛЬТРАЗВУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ М/ТАЗА ТРАНСПІХВОВИМ ДАТЧИКОМ:**

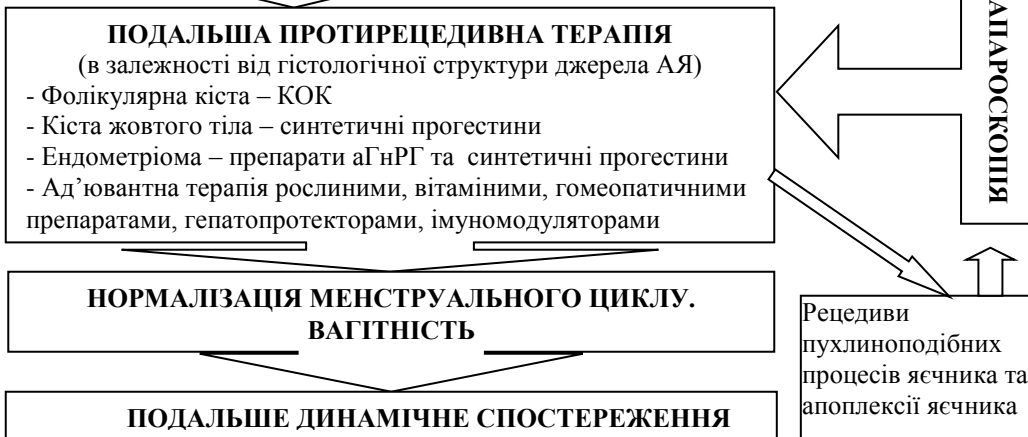
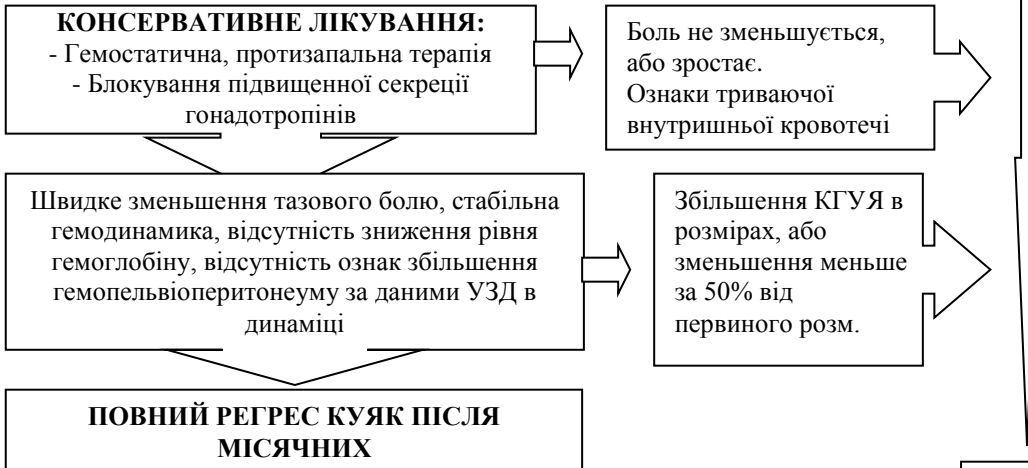
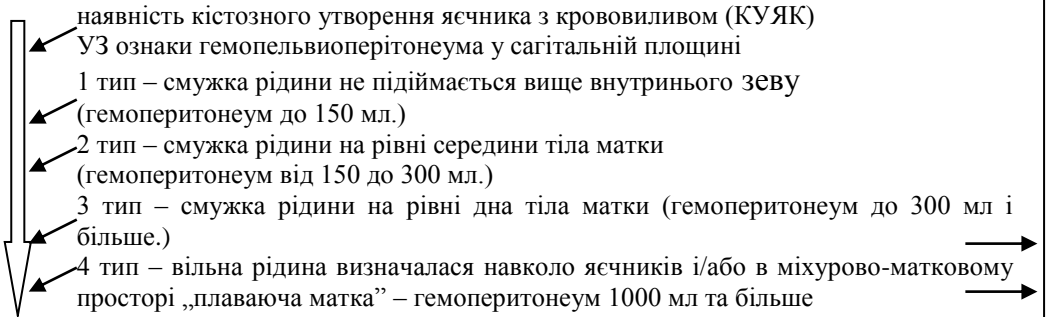


Рисунок. Алгоритм діагностики та лікування жінок репродуктивного віку з апоплексією яєчника, при відсутності вад

лікування жінок репродуктивного віку з системи гемостазу.

діагностичний характер. У середньому діагностична лапароскопія займає не більше 10–15 хв.

Досить часто на практиці доводиться вирішувати питання: консервативну або оперативну тактику необхідно прийняти в тому чи іншому конкретному випадку. Якщо розглядати психологічний компонент прийняття рішення, то поріг для проведення лапароскопії (як перехід від консервативної тактики до оперативної) набагато нижчий, ніж для проведення лапаротомії й оперативного лікування.

Зайвий консерватизм іноді стає причиною затягування часу для встановлення правильного діагнозу і погіршення стану хворої. З іншої точки зору, тотальне використання лапароскопії в діагностичних і лікувальних цілях приводить до застосування її навіть у ситуаціях, які успішно могли б бути скоректовані консервативними методами лікування, а іноді й нетривалим динамічним спостереженням. Навіть після діагностичної лапароскопії пацієнтка залишається непрацездатною не менше тижня, не кажучи вже про існуючі анестезіологічний і хірургічний ризики.

Багато які автори з упровадженням лапароскопічних технологій відзначають переважання «больових» форм АЯ над «анемічними», в середньому як 5:1 [12; 21; 22; 24]. Згідно з нашими дослідженнями, об'єм гемоперитонеума в групі хворих, оперованих відкритим шляхом, в середньому становив (789,0±56,7) мл, що практично вдвічі більше, ніж у лапароскопічно оперованих хворих — (377,0±53,1) мл. З іншого боку, це має позитивний момент — раннє оперативне втручання зменшує кількість масивних внутрішніх кровотеч, супроводжуваних геморагічним шоком.

Після оперативного лікування АЯ або остаточного розсмоктування геморагічного утворення яєчника хвора потребує подальшого лікування, спрямованого на усунення первісно існуючих порушень у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової системи, які притаманні хворим із пухлиноподібними утвореннями яєчників [5; 9; 11]. З іншого боку, операційна травма після резекції яєчника і післяопераційний спайковий процес, що формується, погіршують існуючі морфофункціональні порушення яєчника. Терапія у віддаленому після АЯ періоді спрямована на нормалізацію менструальної і репродуктивної функцій, запобігання формуванню ретенційних утворень яєчників і рецидивів захворювання. У переважній більшості схем протирецидивної терапії використовують комбіновані естроген-гестагенні оральні контрацептиви, які надійно пригнічують овуляцію, фолікуло- і лютеогенез [8; 9; 18; 19].

О. Ю. Пивоварова і співавт. (2003) на підставі аналізу електроенцефалографії, реоенцефалографії і рентгенографії черепа виявили порушення на дієнцефально-стовбуровому і лімбіко-ретикулярному рівнях головного мозку в усіх пацієнток з об'ємом внутрішньочеревної кровотечі більше 500 мл. У зв'язку з цим автори рекомендують диференційоване проведення протирецидивної терапії, залежно від об'єму інтраперитонеальної кровотечі. Так, на думку авторів, пацієнтки з невеликим об'ємом кровотечі (до 150 мл) не потребують призначення коригуючої терапії. Лікування із застосуванням тільки монофазних низько- і мікродозованих естроген-гестагенних препаратів (КОК) рекомендовано хворим без виразних змін з боку центральної нервової системи, що спостерігалось у пацієнток із крововтратою до 500 мл. Достатньо було трьох менструальних циклів терапії КОК. У випадках, коли гемоперитонеум перевищував 500 мл, рекомендувалося проводити комплексну терапію з використанням поєднання низько- і мікродозованих КОК і засобів, що поліпшують діяльність структур головного мозку (ноотропів, препаратів, поліпшуючих церебральну перфузію, транквілізаторів, діуретиків), що приводить до відновлення нормального двофазного менструального циклу і зменшує кількість рецидивів захворювання.

Окремі дослідження демонструють необхідність проведення коригуючої терапії у віддаленому післяопераційному періоді також і у пацієнток із мінімальним гемоперитонеумом і ощадливим лапароскопічним втручанням, оскільки частота ретенційних кістозних утворень і рецидивів АЯ за відсутності протирецидивного лікування є достатньо високою (75,0 і 33,3 % відповідно) і у цієї групи хворих [15].

Враховуючи, що у численних дослідженнях, виконаних вітчизняними й зарубіжними вченими, доведено, що морфологічним субстратом апоплексії

яєчника є кїсти жовтого тїла (60,0–82,1 % випадкїв), розриви стїнки фолїкулярної (14,0–17,9 % випадкїв) та ендометрїїдної кїсти (2,0–4,5 % випадкїв) яєчника [6; 8; 18], подальшу протирецедивну терапїю слїд проводити з урахуванням гїстологїчної структури кїстозного утворення. З метою профїлактики рецидивїв виникнення ретенцїйних (фолїкулярних) кїст яєчника використовують монофазнї низькодозованї КОК у циклїчному режимї протягом 3–12 мїс. Згїдно з сучасними даними, ефективнїсть терапїї КОК вища, якщо застосовувати їх у пролонгованому (42+7 та 126+7) режимї разом з системною ензимною та гепатопротекторною терапїєю [5; 19].

Якщо «гострий живїт» у жїнки спричинив розрив ендометрїїдної кїсти або спостерїгалося поєднання АЯ з мїомою матки та ендометрїозом, до протирецедивної терапїї слїд залучати агонїсти гонадотропїн-рїлїзїнг-гормону (аГнРГ). Застосування препаратїв аГнРГ викликає стїйку їнгїбїцію секретїї гонадотропїнїв з наступним пригнїченням секретїї статевих гормонїв, спричиняє активацїю ФНП- $\alpha$ , стабїлізацїю ангїогенезу та врегулювання процесїв апоптозу, що сприяє розвитку гїпотрофїчних ї атрофїчних процесїв у вогнищах ендометрїозу. Найчастїше використовують депо-препаратї аГнРГ (Диферелїн, Золадекс, Бусерелїн-депо) пїдшкїрно або внутрїшньом'язово один раз на 28 днїв протягом вїд 1 до 6 мїс [1; 3; 19].

Пїсля успїшної терапїї препаратами аГнРГ І. Б. Вовк та спївав. (2007) рекомендують застосовувати довготривалу терапїю синтетичним прогестероном — дїдрогестероном (дуфастоном) добовою дозою 20–40 мг з 5-го по 25-ї день МЦ протягом вїд трьох до шести мїсяцїв.

Синтетичнї прогестини (норетистерон ацетат, дїдрогестерон) призначають пацїєнткам з кїстами жовтого тїла. При наявностї у жїнки репродуктивних намїрїв на найближчїй час у протирецедивнїй терапїї застосовували препарат дїдрогестерон (дуфастон) з 16-го дня МЦ добовою дозою 20–40 мг протягом 10 днїв, вїд трьох до шести мїсяцїв. Цей препарат не пригнїчує дїяльнїсть гїпоталамо-гїпофїзарної системи та не блокує овуляцїю, забезпечує повноцїнне функцїонування жовтого тїла. Норетистерон ацетат (примолют-нор, норколут) призначали по 5–10 мг на добу, таким же курсом, у жїнок без репродуктивних намїрїв, оскїльки у цьогого препарату виявлено лютолїтичних властивостей.

Антирецидивна терапїя КОК або їншими гормональними препаратами обмежена у часї, бо має певну побїчну дїю, пов'язану з втручанням в обмїн речовин. Останнїм часом все бїльше звертається увага на препарати рослинного походження як такї лїки, що мають менш виражену побїчну дїю на обмїн речовин. І. Б. Вовк та спївав. (2007) з метою профїлактики ППЯ використовували препарат рослинного походження — їнодол. Як свїдчать дослїдження, цей препарат нормалїзує метаболїзм естрадіолу, їнгїбує синтез висококancerогенного 16- $\alpha$ -гїдроксиестрїну, пригнїчує утворення естрогенних рецепторїв у тканинах-мїшенях, пригнїчує рїст естроген-залежних пухлин жїночої репродуктивної системи, спричинює вибїрковий апоптоз пухлинних клїтин, нейтралїзує дїю факторїв росту. Їншї автори рекомендують у вїддаленому пїсляоперацїйному перїодї поєднувати застосування низькодозованих КОК з подальшим застосуванням вїтамїнних ї гомеопатичних препаратїв тривалий час. До складу вїтамїнно-гомеопатичного комплексу залучаються препарати: ременс, токоферол ацетат ї гїнекохель. Така поєднана терапїя дозволяє протягом тривалого часу уникнути ризику формування функцїональних кїст яєчникїв ї рецидивїв АЯ [18].

За результатами власних дослїжень ї даних сучасної лїтератури нами було розроблено алгоритм обстеження, лїкування та подальшого ведення жїнок репродуктивного вїку з АЯ, в яких вїдсутнї вродженї або спричиненї прийомом антикоагулянтїв вади у системї гемостазу (рисунок).

В цїлому проблема яєчникових кровотеч залишається актуальною ї сьогодні, незважаючи, а деякою мїрою навїть завдяки широкому впровадженню сучасних методїв дїагностики ї лїкування (лапароскопїя). Залишається вїдкритим ї цїлком не вивченим питання про роль ї мїсце лапароскопїї в лїкуванні «більових» форм апоплексїї яєчника. Потребує докладного вивчення питання про їснування взаємозв'язку мїж апоплексїєю яєчника, спайковим процесом ї зовнїшнїм ендометрїозом. Не вивчено питання етїопатогенезу захворювання. Донинї залишається нез'ясованим питання, на якому етапї фолїкуло-, лутеогенезу вїдбувається кровотеча ї як вона пов'язана з овуляцїєю. В лїтературних джерелах не представленї чїткї критерїї для проведення консервативного або оперативного лїкування пацїєнток з АЯ. Очевидно, що це

захворювання з різними клінічними проявами має поліетіологічну природу з різними патогенетичними механізмами. Докладне вивчення етіопатогенезу АЯ не тільки сприятиме профілактиці оваріальних кровотеч, але й допоможе нормалізувати функцію яєчника у жінок, які належать до групи ризику АЯ, що неминуче позначиться на поліпшенні, а інколи — й відновленні репродуктивної функції жінок.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. Эндометриозы / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков. — М. : Медицина, 1998. — 320 с.
2. Айламазян Э. К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э. К. Айламазян, И. Т. Рябцева. — М. : Медицинская книга; Н. Новгород : НГМА, 2003. — 183 с.
3. Баскаков В. П. Эндометриозная болезнь / В. П. Баскаков, Ю. В. Цвелев, Е. Ф. Кира. — СПб. : ООО «Издательство Н-Л», 2002. — 452 с.
4. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии / В. Н. Запорожан, В. В. Грубник, В. Ф. Саенко, М. Е. Ничитайло. — К. : Здоров'я, 2000.
5. Вихляева Е. М. Руководство по эндокринной гинекологии / Е. М. Вихляева. — М., 2002. — 573 с.
6. Гладчук І. З. Апоплексія яєчника в сучасній гінекології / І. З. Гладчук, В. Л. Кожаков, О. В. Якименко // Репродуктивное здоровье женщины. — 2005. — № 4 (24) — С. 56-58.
7. Деклараційний патент України на винахід, № 22716, UA, МПК<sup>6</sup>: А61В17/00 / Одеський державний медичний університет; І. З. Гладчук, М. А. Каштальян, О. Я. Назаренко, О. В. Якименко. Спосіб реінфузії аутокрові з черевної порожнини при лапароскопічній гінекологічній операції. Заявка № u 2006 13335. Дата публ. 25.04.2007. Бюл №5.
8. Диагностика и лечение апоплексии яичника / О. Ю. Панкова, А. А. Евсеев, В. Г. Бреусенко [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. — 2003. — № 3 (15) — С. 77-79.
9. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія : підруч. для післядиплом. освіти лікарів, студентів, магістрів, аспірантів вищих мед. навч. закладів III–IV рівнів акредитації, клін. ординаторів : У 2-х т. / В. М. Запорожан, М. П. Цегельський, Н. М. Рожковська. — Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2005. — Т. 2 : Гінекологія. — 418 с.
10. Иванюта Л. И. Частота и особенности течения инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов гениталий у женщин с фолликулярными кистами яичников / Л. И. Иванюта, Т. А. Илюк // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. — 2000. — № 2 (7). — С. 15-19.
11. Кисты и опухоли яичников / А. Д. Попандопуло, К. В. Латышов, О. В. Мановицкая [и др.] // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения : труды Крымского гос. мед. ун-та им. С. М. Георгиевского. — 2007. — Т. 143, ч. III. — С. 194-197.
12. Кулаков В. И. Оперативная гинекология — хирургические энергии / В. И. Кулаков, Л. В. Адамян, О. А. Мынбаев. — М. : Медицина, 2000.
13. Матьцина Л. А. Опухолевидные образования яичников и воспалительные заболевания половых органов у девочек-подростков. Этиопатогенетические аспекты и тактика ведения / Л. А. Матьцина, В. Ю. Яценко // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. — 2000. — № 1 (6). — С. 41-46.
14. Матиціна Л. О. Кісти яєчників у дівчат-підлітків як оваріальні пухлиноподібні утворення: класифікація, механізми виникнення та тактика ведення (огляд літератури та власні дані) / Л. О. Матиціна, В. Ю. Яценко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2004. — № 2. — С. 108-113.
15. Назаренко О. Я. Післяопераційне ведення пацієнток, які перенесли апоплексію яєчника / О. Я. Назаренко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2008. — № 5. — С. 77-81.
16. Назаренко О. Я. Досвід використання лапароскопії в діагностиці та лікуванні доброякісних пухлин і пухлиноподібних процесів у жінок після менопаузи / О. Я. Назаренко // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2009. — Т. 13, № 2. — С. 35-37.

17. Назаренко О. Я. Лапароскопия при внутрибрюшных кровотечениях в гинекологии с умеренной, большой и массивной кровопотерей / О. Я. Назаренко, А. В. Шитова, А. В. Якименко // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения : труды Крымского гос. мед. ун-та им. С. М. Георгиевского. — 2007. — Т. 143, ч. III. — С. 179-182.
18. Применение новинета и кавинтона в комплексной реабилитационной терапии пациенток, перенесших апоплексию яичника / О. Ю. Пивоварова, А. А. Евсеев, Ю. А. Голова [и др.] // Гинекология. — 2003. — Т. 5, № 3. — С. 2-14.
19. Принципи консервативного лікування жінок репродуктивного віку з пухлиноподібними ураженнями яєчників / І. Б. Вовк, В. К. Кондратюк, А. Г. Корнацька, Г. Б. Чубей // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 2006. — № 3. — С. 98-101.
20. Рожковская Н. Н. Эффективность дифференциальной диагностики доброкачественных новообразований яичников / Н. Н. Рожковская, А. Л. Александров // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения : труды Крымского гос. мед. ун-та им. С. М. Георгиевского. — 2007. — Т. 143, ч. III. — С. 203-206.
21. Эликбекова О. С. Апоплексия яичника: клинические формы, методы и отдалённые результаты лечения / О. С. Эликбекова, Н. М. Кашкаева, Я. И. Каракозова // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. — М. : Пантори, 2005. — С. 281-282.
22. Current management of ruptured corpus luteum / A. Raziel, R. Ron-El, M. Pansky [et al.] // Eur. J. Obstet Gynaecol. Reprod. Biol. — 1993. — Jun. — Vol. 50 (1). — P. 77-81.
23. Management of patients with ectopic pregnancy with massive hemoperitoneum by laparoscopic surgery with intraoperative autologous blood transfusion / A. Takeda, S. Manabe, T. Mitsui, H. Nakamura // J. Minim. Invasive Gynaecol. — 2006. — Jan-Feb. — Vol. 13 (1). — P. 43-48.
24. Comparison of laparoscopy and laparotomy in managing hemodynamically stable patients with ruptured corpus luteum with hemoperitoneum / S. W. Teng, J. Y. Tseng, C. K. Chang [et al.] // J. Am. Assoc. Gynaecol. Laparosc. — 2003. — Nov. — Vol. 10 (4). — P. 474-477.

Работа поступила в редакцию 22.07.2015 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования