

Кафедра акушерства и гинекологии

Апоплексия яичника.

Выполнил:
студент 5 курса,
ОМ факультета, 41гр.
Султанов Э.

Апоплексия яичника – это...

- патологическое кровоизлияние в ткань яичника и кровотечение из него в брюшную полость.



- = разрыв яичника – внезапный разрыв (нарушение целостности) ткани яичника, сопровождающийся кровотечением в брюшную полость и болевым синдромом.

По МКБ-10 коды: N83.0, N83.1

Апоплексия яичника — не только комплекс серьезных нарушений репродуктивной системы, но и заболевание всего организма с вовлечением различных уровней нервной системы.



Эпидемиология

Встречается редко. Среди оперированных женщин по поводу внутреннего кровотечения, разрыв яичника обнаруживается в 0,5-3% случаев. Однако следует иметь в виду, что хирургическое лечение проводится не всем больным с подобным заболеванием. Некоторым из них из-за неясности клинической картины ставят другие диагнозы, так что частота апоплексии яичника все-таки превышает приведенные цифры.



Апоплексия правого яичника встречается в 2—4 раза чаще, чем левого, что объясняется более обильным кровообращением правого яичника, поскольку правая яичниковая артерия отходит непосредственно от

К разрыву яичника предрасполагают:

- воспалительные процессы органов малого таза, приводящие к склеротическим изменениям как в ткани яичника (склероз стромы, фиброз эпителиальных элементов, периоофориты), так и в его сосудах (склероз, гиалиноз), а также застойная гиперемия и варикозное расширение овариальных вен.
- Кровотечению из яичника могут способствовать заболевания крови и длительный прием антикоагулянтов, приводящие к нарушению свертывающей системы крови.

Причины апоплексии

яичника:

- Экзогенные: травма живота, физическое напряжение, бурное или прерванное половое сношение, верховая езда, спринцевание, влагалищное исследование и т.д.
- Эндогенные: неправильное положение матки, механическое сдавление сосудов, нарушающее кровоток в яичнике, давление на яичник опухолью, спаечные процессы в малом тазу и т.д. У ряда больных разрыв яичника происходит без видимых причин в состоянии покоя или во время сна.

Ведущую роль в патогенезе апоплексии яичника в настоящее время отводят нарушениям гормонального статуса. Одной из основных причин разрыва яичника считают чрезмерное увеличение количества и изменения соотношения гонадотропных гормонов гипофиза (ФСГ, ЛГ, пролактин), которое способствует гиперемии овариальной ткани.

Важная роль в возникновении апоплексии яичника принадлежит дисфункции высших отделов нервной системы, регистрируемой при ЭЭГ и РЭГ. В результате стрессовых ситуаций, психоэмоциональной лабильности, воздействия экологических факторов, условий жизни.

Классификация

Выделяют следующие формы:

- болевую,
- анемическую,
- смешанную.

Сотрудниками клиники Г.М. Савельевой была предложена классификация, учитывающая выраженность внутри-брюшной кровопотери:

1. Болевая форма.
2. Геморрагическая форма:
 - I степень — легкая (внутрибрюшная кровопотеря не превышает 150 мл);
 - II степень — средняя (кровопотеря 150—500 мл);
 - III степень — тяжелая (внутрибрюшная кровопотеря более 500 мл).

Клиника и диагностика болевой и легкой геморрагической формы

- Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.
- Пульс и артериальное давление в пределах нормы.
- Язык чистый, влажный.
- Живот мягкий, хотя возможно незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки в нижних отделах.
- Пальпаторно отмечается болезненность в подвздошной области, чаще справа, перитонеальных симптомов нет.
- Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

- При гинекологическом осмотре матка нормальных размеров, яичник несколько увеличен и болезнен. Своды влагалища глубокие, свободные.
- УЗИ органов малого таза - можно обнаружить скопление жидкости в позадиматочном (дугласовом) пространстве.
- При болевой форме апоплексии яичника есть незначительное количество жидкости в дугласовом пространстве.
- ОАК - выраженных изменений нет, иногда выявляется умеренный лейкоцитоз без сдвига формулы влево.

Клиника и диагностика средней и тяжелой геморрагической (анемической) формы

- Заболевание начинается остро, часто связано с внешними причинами (половой акт, физическое напряжение, травма и т.д.).
- Боль в нижних отделах живота часто иррадирует в задний проход, ногу, крестец, наружные половые органы, сопровождается слабостью, головокружением, тошнотой, рвотой, обмороками. Выраженность симптоматики зависит от величины внутрибрюшной кровопотери.
- При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, на коже холодный липкий пот.
- АД снижено, тахикардия.
- Язык сухой, живот напряжен, возможно

- При пальпации определяется резкая болезненность в одной из подвздошных областей или по всему гипогастрию.
- Перитонеальная симптоматика наиболее выражена в нижних отделах. Перкуторно определить свободную жидкость в отлогих местах живота (правый, левый боковые каналы).
- При гинекологическом осмотре слизистая оболочка влагалища нормальной окраски или бледная. Двуручное исследование может быть затруднено из-за выраженной болезненности передней брюшной стенки. Матка обычных размеров, болезненная, на стороне апоплексии пальпируется болезненный, слегка увеличенный яичник. Своды влагалища нависают, тракции за шейку матки резко болезненные.

- ОАК - снижение уровня Hb, но при острой кровопотере в первые часы возможно повышение уровня Hb в результате сгущения крови. У некоторых больных отмечается незначительное увеличение лейкоцитов без сдвига формулы влево.
- УЗИ - внутренних гениталий определяется значительное количество свободной мелко- и сред-недисперсной жидкости в брюшной полости со структурами неправильной формы, повышенной эхогенности (кровяные сгустки).
- Для диагностики заболевания без выраженных нарушений гемодинамических показателей применяют пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.

Методом выбора в диагностике апоплексии яичника стала лапароскопия

Апоплексия яичника при лапароскопии выглядит как стигма овуляции - приподнятое над поверхностью небольшое пятно диаметром 0,2—0,5 см с признаками кровотечения или прикрытое сгустком крови, в виде кисты желтого тела в «спавшемся» состоянии либо в виде самого желтого тела с линейным разрывом или округлым дефектом ткани с признаками кровотечения или без них.



**Стигма овуляции.
Лапароскопия**



**«Спавшаяся» киста
желтого тела.
Лапароскопия.**



**Желтое тело с разрывом и
кровотечением.
Лапароскопия.**

Лечение

Зависит от формы заболевания и тяжести внутрибрюшного кровотечения.

При болевой форме и незначительной внутрибрюшной кровопотере (менее 150 мл) без признаков нарастания кровотечения можно проводить консервативную терапию. Она включает в себя покой, лед на низ живота (способствует спазму сосудов), препараты гемостатического действия (этамзилат), спазмолитические средства (папаверин, но-шпа), витамины (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин), физиотерапевтические процедуры (электрофорез с хлоридом кальция, СВЧ-терапия).

Консервативная терапия проводится в стационаре под круглосуточным наблюдением. При повторном приступе болей, ухудшении общего состояния, нестабильности гемодинамики, увеличении количества крови в брюшной полости клинически и при ультразвуковом сканировании появляются показания к оперативному вмешательству (лапароскопии, лапаротомии).

Показания к лапароскопии:

- более 150 мл крови в брюшной полости, что подтверждено физикальным исследованием и УЗИ, при стабильных показателях гемодинамики и удовлетворительном состоянии пациентки;
- неэффективность консервативной терапии в течение 1—3 дней, признаки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, подтвержденного УЗИ;
- дифференциальная диагностика острой гинекологической и острой хирургической патологии.

Оперативное вмешательство при апоплексии яичника должно быть максимально щадящим: коагуляция места разрыва, вскрытие или пункция кисты и удаление содержимого с помощью аквапура-тора-отсоса, резекция яичника. При больших повреждениях и отсутствии возможности сохранения яичника его удаляют.

Показания к лапаротомии:

- признаки внутрибрюшного кровотечения, приводящего к нарушениям гемодинамики с тяжелым состоянием больной (геморрагический шок);
- невозможность проведения лапароскопии (вследствие спаечного процесса, усиления кровотечения из поврежденных сосудов яичника).

Оперативное вмешательство выполняют нижнесрединным доступом или надлобковым разрезом по Пфанненштилю. Объем вмешательства не отличается от лапароскопического. При лапаротомии возможна реинфузия крови, излившейся в брюшную полость.

Профилактика

- У больных с болевой формой апоплексии яичника нарушения ЦНС, гормонального профиля и кровообращения в яичнике обратимы, поэтому специфических профилактических мероприятий не требуется.
- Перенесшим геморрагическую форму - дисфункция высших отделов ЦНС, изменения гормонального статуса и нарушения овариального кровотока обычно стойкие. Показана комплексная медикаментозная терапия:
 1. В течение 3 мес проводят терапию, корригирующую деятельность структур головного мозга: ноотропы - для улучшения обменных процессов в ЦНС, препараты, улучшающие церебральную перфузию (кавинтон, танакан, винпоцетин), транквилизаторы, при внутричерепной гипертензии — мочегонные препараты.
 2. Для подавления овуляции и коррекции гормонального профиля в течение 3—6 мес используют комбинированные эстроген-гестагенные монофазные низко- и микродозированные оральные контрацептивы (марвелон, регулон, жанин, фе-моден, силест, новинет, мерсилон, логест).

Прогноз

При болевой форме апоплексии яичника прогноз для жизни благоприятный.

У больных с геморрагической формой прогноз для жизни зависит от своевременности диагностики и лечебных мероприятий. К летальному исходу при разрыве яичника может привести декомпенсированный необратимый геморрагический шок, возникающий при кровопотере более 50% ОЦК.