АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

ПОДГОТОВИЛА: РЫСКАЛИЕВА РАЙГУЛЬ
ГРУППА: 452 ОМ

Апоплексия яичника –это внезапно наступившее кровоизлияние в яичник при разрыве сосудов фолликула, фолликулярной кисты, стромы яичника, желтого тела или кисты желтого тела, сопровождающееся нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость.

Апоплексия яичника чаще встречается в репродуктивном возрасте (18-45 лет) и занимает третье место в структуре острой гинекологической патологии. Частота рецидива заболевания достигает 42-69%.

Классификация

1) В зависимости от клинических проявлений и тактики ведения больных с апоплексией яичника выделяют три формы заболевания:

- болевую;
- геморрагическую (анемическую);
- смешанную.

2) С учетом величины внутрибрюшной кровопотери выделены три степени геморрагической формы АЯ:

- легкая (кровопотеря 100-150 мл);
- среднетяжелая (кровопотеря 150-500 мл);
- тяжелая (кровопотеря более 500 мл).

ЭТИОЛОГИЯ

- Апоплексия яичника может наблюдаться в различные стадии менструального цикла. У 90-94 % больных АЯ возникает в середине цикла (период овуляции) или во 2-ю стадию менструального цикла. Это связано с повышенной проницаемостью сосудов и увеличением их кровенаполнения в период овуляции и перед менструацией.
- Апоплексия правого яичника встречается в 2-4 раза чаще, чем левого, что объясняется более обильным его кровоснабжением, поскольку правая яичниковая артерия отходит непосредственно от аорты, а левая – от почечной артерии.

Этиологические факторы
Варикозное расширение вен яичников
Нейроэндокринные нарушения
Воспалительные заболевания внутренних половых органов
Застойные процессы в малом тазу
Аномалии положения половых органов
Опухоли малого таза
Травмы живота
Нарушения свертывающей системы крови
Физические нагрузки в середине МЦ или за неделю до менструации
Влагалищные исследования
Бурные половые сношения

- Ведущую роль в патогенезе АЯ отводят воспалительным процессам в яичниках и нарушениям гормонального статуса, возникающим вследствие дисфункции высших отделов нервной системы.
- *Воспалительные процессы* органов малого таза приводят к склеротическим изменениям в ткани яичника (склероз стромы, фиброз эпителиальных элементов, периоофориты), его сосудах (склероз, гиалиноз), а также к застойной гиперемии и варикозному расширению овариальных вен.
- Изменения *гормонального статуса* – нарушение соотношения гонадотропных гормонов гипофиза, повышение уровня пролактина – способствует формированию ретенционных кист и гиперемии овариальной ткани.
- Условия, создающие фон для факторов, непосредственно приводящих к разрыву яичника – травма живота, физическое напряжение, бурное половое сношение, спринцевание, влагалищное исследование.

КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА

- ***Болевая форма АЯ*** – наблюдается при кровоизлиянии в ткань фолликула или желтого тела. Наблюдаются:
- боли внизу живота, без иррадиации (связывают с раздражением рецепторного поля яичниковой ткани и воздействием излившейся крови на брюшину, а также со спазмом в бассейне яичниковой артерии);
- иногда тошнота и рвота, признаков внутрибрюшного кровотечения нет;
- ***При осмотре:***
- кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски;
- пульс и АД в пределах нормы;
- пальпаторно отмечается болезненность в подвздошной области на стороне пораженного яичника;
- ***При гинекологическом осмотре:***
- матка нормальных размеров, яичник несколько увеличен и болезнен;
- своды влагалища глубокие, свободные;
- в дугласовом пространстве обнаруживается незначительное количество фолликулярной жидкости с примесью крови;
- В клиническом анализе крови выраженных изменений нет, иногда выявляется умеренный лейкоцитоз без сдвига формулы влево.

- При тяжелой и среднетяжелой степени ***геморрагической АЯ*** основные симптомы связаны с внутрибрюшным кровотечением. Наблюдается:
- боль в нижних отделах живота, часто иррадиирует в задний проход, ногу, крестец, наружные половые органы;
- Сопровождается слабостью, тошнотой, головокружением, рвотой, обмороками (выраженность симптоматики зависит от величины внутрибрюшной кровопотери);
- В случае большой кровопотери кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, на коже выступает холодный липкий пот;
- АД понижено, отмечается тахикардия;
- ***При пальпации***: выраженная болезненность в одной из подвздошных областей или по всему гипогастрию;
- ***При гинекологическом осмотре***: слизистая оболочка влагалища нормальной окраски, при кровопотере – бледная;
- матка обычных размеров, безболезненная, на стороне апоплексии пальпация придатков болезненна, слегка увеличенный яичник;
- В клиническом анализе крови отмечается снижение уровня гемоглобина, но при острой кровопотере в первые часы от начала заболевания возможно повышение его уровня в результате сгущения крови на фоне пониженного ОЦК.
- При УЗИ внутренних гениталий определяется значительное количество кровяных сгустков.

Диагностика

Наиболее эффективными методами диагностики АЯ является:

Лапароскопия. Разрыв ткани яичника при лапароскопии выглядит как приподнятое пятно диаметром до 0,5 см с характерным кровоизлиянием, либо в виде желтого тела с выраженным разрывом или дефектом ткани, которое зачастую сопровождается кровотечением;

УЗИ позволяет увидеть в разорванном яичнике большое желтое тело с характерным кровотечением в него или свободную жидкость в животе или заднем своде;

ОАК, в котором будет заметно сниженный уровень гемоглобина;

Пункция заднего свода, дает возможность определить наличие внутрибрюшного кровоизлияния;

- АЯ следует дифференцировать от других острых заболеваний (внематочная беременность, острый аппендицит, острый сальпингоофорит, перекрут придатков матки, перекрут или некроз миоматозного узла, кишечная непроходимость, перфоративная язва желудка, почечная колика).
- ***Лечение:***
- При болевой форме и незначительной внутрибрюшной кровопотере без признаков нарастания кровотечения можно проводить *консервативную терапию*. Она включает покой, лед на низ живота (способствует спазму сосудов), препараты гемостатического действия (этамзилат, викасол, аскорутин), спазмолитики (папаверин, но-шпа), витаминв (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин).

- При повторном приступе болей, ухудшении общего состояния, нестабильности гемодинамики, увеличении количества крови в брюшной полости, определяемом клинически и при УЗИ, возникают показания к оперативному вмешательству (лапароскопии, лапаротомии).
- *Показания к лапароскопии*:
- наличие более 150 мл крови в брюшной полости, подтвержденное физикальным исследованием и УЗИ, при стабильных показателях гемодинамики и удовлетворительном состоянии пациентки;
- Неэффективность консервативной терапиии в течении 1-3 дней, признаки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения;
- Дифференциальная диагностика острой гинекологической и хирургической патологии.

- *Показания к лапаротомии*:
- признаки внутрибрюшного кровотечения, приводящего к нарушениям гемодинамики с тяжелым состоянием больной (геморрагический шок);
- Невозможность проведения лапароскопии (спаечный процесс, усиление кровотечения из поврежденных сосудов яичника).
- Оперативное вмешательство выполняют нижнесрединным доступом или надлобковым разрезом по Пфанненштилю. Возможный объем вмешательства: коагуляция места разрыва, наложение швов на яичник, резекция яичника при невозможности выполнения органосохраняющей операции. При лапаротомии возможна реинфузия крови, излившейся в брюшную полость.

ПРОФИЛАКТИКА

- У больных с впервые возникшей болевой формой апоплексии яичника нарушения ЦНС, гормонального профиля и кровообращения в яичнике обратимы, поэтому специфические профилактические мероприятия не требуются. У пациенток с рецидивирующей болевой формой или перенесших геморрагическую форму АЯ наблюдается дисфункция высших отделов ЦНС, изменения гормонального статуса и стойкие нарушения овариального кровотока. Таким больным показана комплексная медикаментозная терапия, разрывающая порочный патогенетический круг.
- В течение 3 мес проводят терапию, корригирующую деятельность структур головного мозга: назначают ноотропы для улучшения обменных процессов в ЦНС, препараты, улучшающие церебральную перфузию (танакан, кавинтон).
- Для подавления овуляции и коррекции гормонального профиля в течение 3-6 мес используют комбинированные эстроген-гестагенные монофазные низко- или микродозированные оральные контрацептивы (жанин, фемоден, мерсилон, марвелон, регулон).