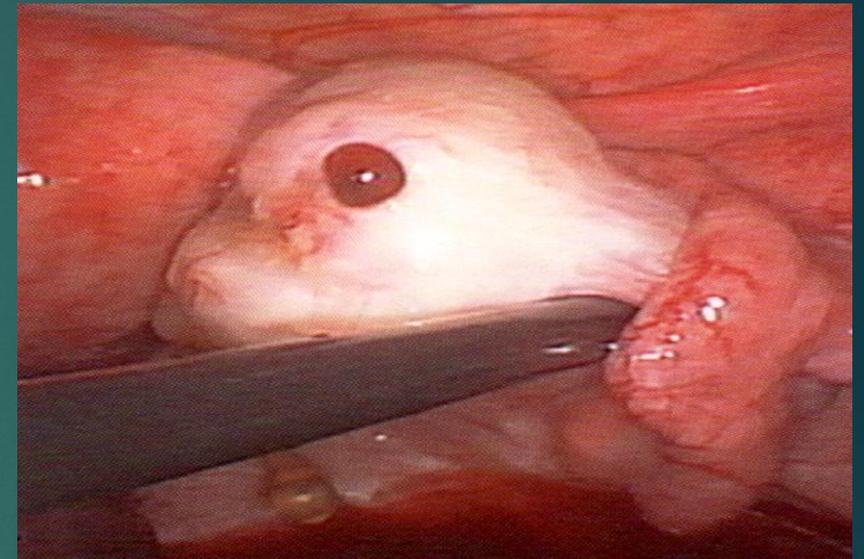




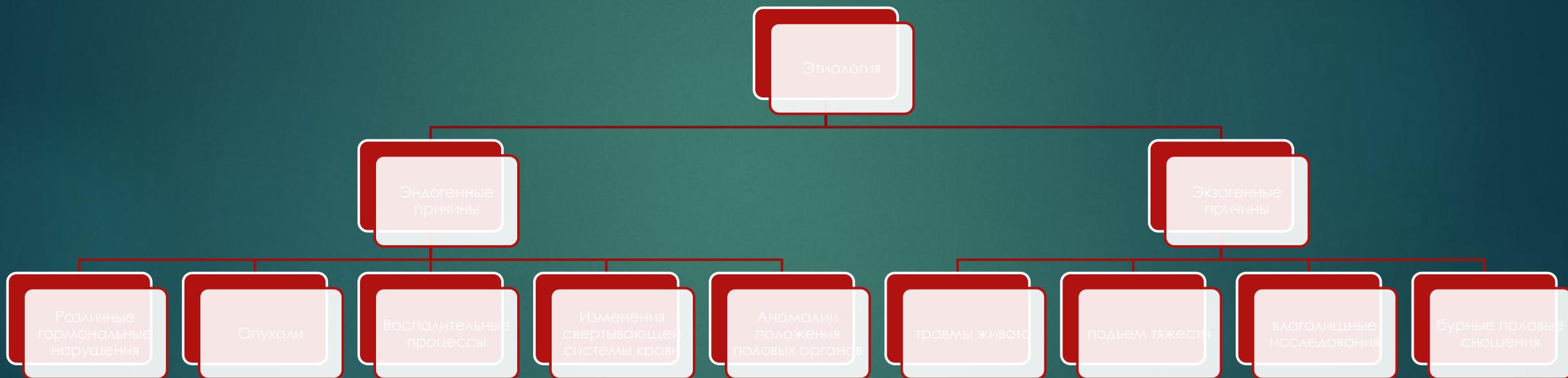
АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

РАБОТУ ВЫПОЛНИЛ СТУДЕНТ 5 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА 9
ГРУППЫ БЕСЧАСТНОВ ВАДИМ АЛЕКСАНДРОВИЧ

- ▶ Апоплексия яичника (apoplexia ovarii) — 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.



Этиология и патогенез



Источник: Гинекология Национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина, 2009 г.

- ▶ Повреждение яичника происходит в так называемые критические периоды:
 - ▶ У 90— 94% больных апоплексия яичника возникает в середине цикла (овуляторные боли) или во 2-ю фазу менструального цикла (разрыв желтого тела). 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, так как у него более обильное кровоснабжение, поскольку правая яичниковая артерия отходит непосредственно от аорты, а левая — от почечной артерии.
- ▶ Воспалительные процессы органов малого таза приводят к склеротическим изменениям в ткани яичника (склероз стромы, фиброз эпителиальных элементов, периоофориты), его средах (склероз, гиалиноз), а также к застойной гиперемии и варикозному расширению овариальных вен.

- ▶ Изменения гормонального статуса — нарушение соотношения гонадотропных гормонов гипофиза (ФСГ, ЛГ), повышение уровня пролактина — способствуют формированию ретенционных кист и гиперемии овариальной ткани.
- ▶ Кровотечению из яичника могут способствовать заболевания крови и длительный прием антикоагулянтов, приводящие к нарушению свертывающей системы крови. У ряда больных разрыв яичника происходит без видимых причин в состоянии покоя или во время сна.

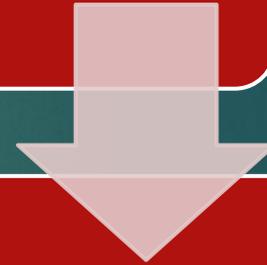
Провоцирующие (экзогенные) факторы

- ▶ травма живота
- ▶ физическое напряжение
- ▶ бурное половое сношение
- ▶ спринцевание
- ▶ влагалищное исследование

Патогенез

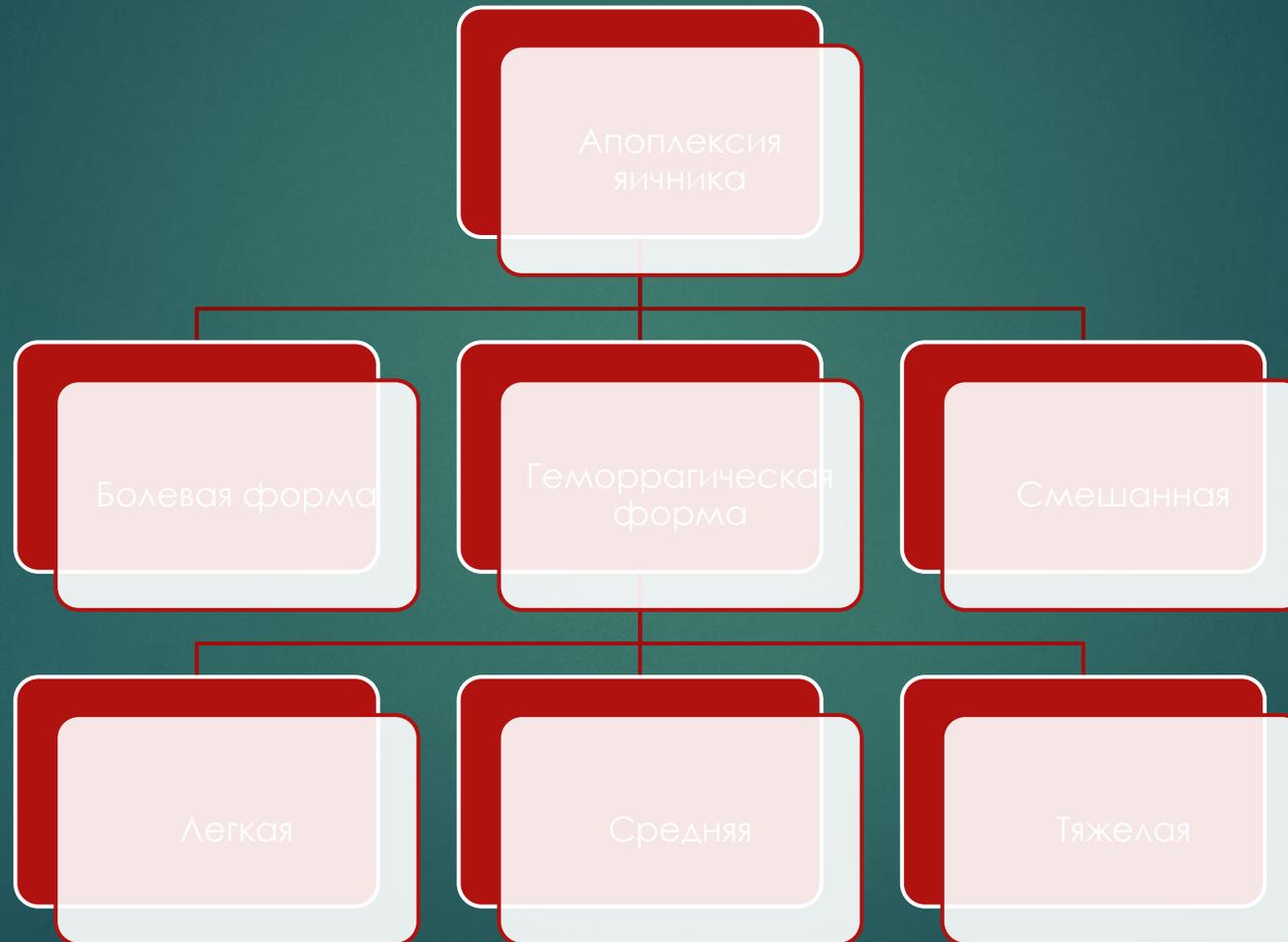
- Факторы риска и провоцирующие факторы
- Разрыв сосудов Граафова пузырька, стромы яичника, фолликулярной кисты или кисты желтого тела
- Образование гематомы
- Нарастание болевого синдрома
- Разрыв ткани яичника

Кровотечение в
брюшную полость



Развитие картины
острого живота

Клиническая классификация



Источник: Гинекология Национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г. Савельевой, И.Б. Манухина, 2009 г.

- ▶ Болевая (псевдоаппендикулярная) – болевой синдром, сопровождающийся диспептическими явлениями и температурной реакцией.
- ▶ Геморрагическая – сходна по клинике с разрывом маточной трубы при внематочной беременности, на первое место выступают симптомы кровопотери.
- ▶ Смешанная – сочетание первых 2-х форм.

Степени тяжести геморрагической формы

- ▶ легкая (кровопотеря 100—150 мл) – приступ боли кратковременный, боль локализована внизу живота, паху, тошнота, явления шока и перитонеальные симптомы отсутствуют.
- ▶ среднетяжелая (кровопотеря 150—500 мл) – выраженная боль внизу живота, бледность кожи, общая слабость, тошнота, рвота, обморок, геморрагический шок 1-ой степени, слабо выраженные перитонеальные явления.
- ▶ тяжелая (кровопотеря более 500 мл) – интенсивная боль внизу живота, слабость, выраженная бледность кожных покровов, рвота, резко выраженные перитонеальные явления, положительный френикус-симптом, геморрагический шок 2-3-й степени.

Клиническая симптоматика

- ▶ Основным клиническим симптомом при любой форме апоплексии яичника является внезапная боль в нижних отделах живота.
- ▶ Слабость, головокружение, тошнота, рвота, обморочное состояние и степень их выраженности зависят от величины внутрибрюшного кровотечения.
- ▶ Боль связывают с раздражением рецепторного поля яичниковой ткани и воздействием излившейся крови на брюшину, а также со спазмом в бассейне яичниковой артерии.

Клиническая картина болевой и легкой геморрагической формы апоплексии яичника

- ▶ Болевая форма апоплексии яичника наблюдается при кровоизлиянии в ткань фолликула или желтого тела.
- ▶ Заболевание манифестирует приступом болей внизу живота, без иррадиации, иногда с тошнотой и рвотой.
- ▶ Признаков внутрибрюшного кровотечения нет.

Общий осмотр

- ▶ При осмотре кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски.
- ▶ Пульс и АД 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 на стороне пораженного яичника, перитонеальных симптомов нет.
- ▶ Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется.



Гинекологический осмотр

- ▶ При гинекологическом осмотре матка нормальных размеров, яичник несколько увеличен и болезнен.
- ▶ Своды влагалища глубокие, свободные.

Дополнительные методы обследования

- ▶ УЗИ органов малого таза позволяет визуализировать непосредственно разрыв яичника.
- ▶ При болевой форме апоплексии в позадиматочном (дугласовом) пространстве обнаруживается незначительное количество гипоэхогенной жидкости с мелкодисперсной взвесью (фолликулярная жидкость с примесью крови).
- ▶ В клиническом анализе крови выраженных изменений нет, иногда выявляется умеренный лейкоцитоз без сдвига формулы влево.

Клиническая картина среднетяжелой и тяжелой степени геморрагической апоплексии яичника

- ▶ Основные симптомы связаны с внутрибрюшным кровотечением.
- ▶ Заболевание начинается остро, часто связано с внешними причинами (половой акт, физическое напряжение, травма).
- ▶ 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.

Общий осмотр

- ▶ В случае большой кровопотери кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, на коже выступает холодный липкий пот.
- ▶ АД понижено, отмечается тахикардия.
- ▶ Язык сухой, живот напряжен, возможно незначительное его вздутие.
- ▶ При пальпации определяется выраженная болезненность в одной из подвздошных областей или по всему гипогастрию.
- ▶ Перитонеальная симптоматика наиболее выражена в нижних отделах.
- ▶ Перкуторно можно определить свободную жидкость в отлогих местах живота (правый, левый боковые каналы).

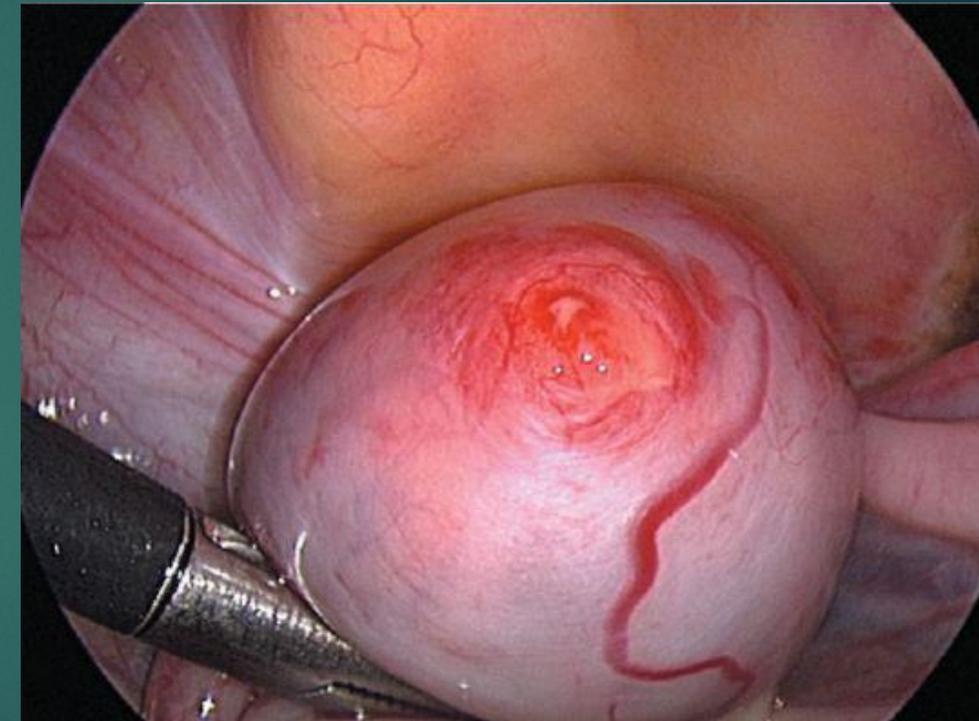
Гинекологический осмотр

- ▶ При гинекологическом осмотре слизистая оболочка влагалища нормальной окраски, при кровопотере — бледная.
- ▶ Матка обычных размеров, безболезненная, на стороне апоплексии пальпация придатков болезненна, слегка увеличенный яичник.
- ▶ Двуручное исследование может быть затруднено из-за выраженной болезненности и напряжения передней брюшной стенки.
- ▶ Своды влагалища нависают, тракции за шейку матки резко болезненные.

Дополнительные методы обследования

- ▶ 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.
 - ▶ У некоторых больных выявляется незначительное увеличение уровня лейкоцитов без сдвига формулы крови влево.
- ▶ При УЗИ внутренних гениталий определяется значительное количество свободной мелко- и среднедисперсной жидкости в брюшной полости со структурами неправильной формы, повышенной эхогенности (кровяные сгустки).

- ▶ В ряде случаев для диагностики заболевания при отсутствии нарушений гемодинамических показателей применяют пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.
- ▶ Метод выбора – 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 желтого тела с линейным разрывом или округлым дефектом ткани с признаками кровотечения.



Диагностика

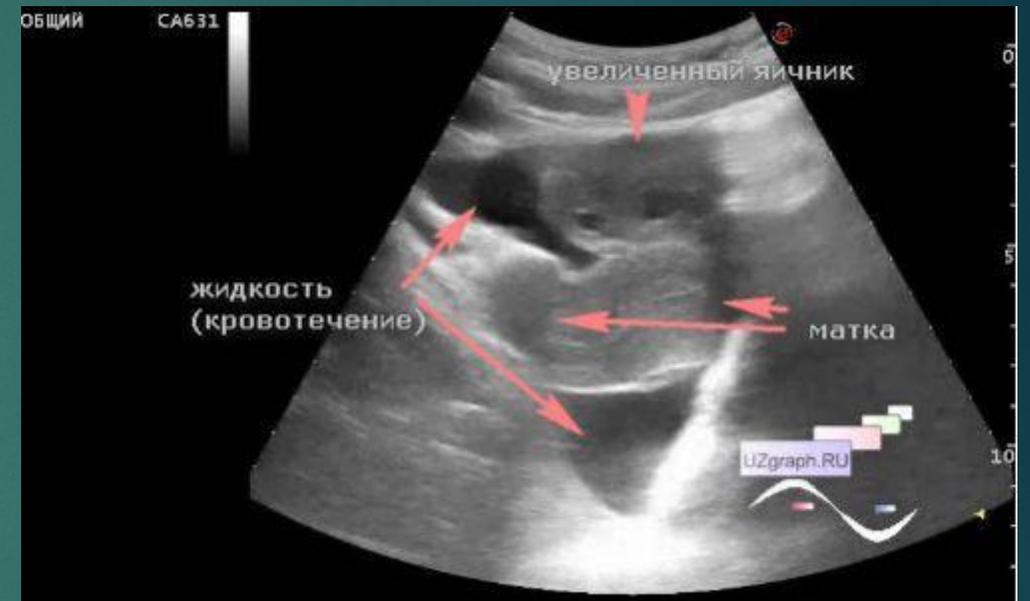
- ▶ Жалобы на боли внизу живота, возникшие, возможно, неожиданно ночью «на фоне полного здоровья».
- ▶ Данные осмотра:
 - ▶ бледность кожного покрова и видимых слизистых
 - ▶ тахикардия
 - ▶ незначительная гипертермия
 - ▶ АД может быть нормальным или пониженным
 - ▶ незначительное вздутие живота
 - ▶ болезненность живота при пальпации на стороне поражения
 - ▶ симптомы раздражения брюшины той или иной степени выраженности

Клинико-лабораторные признаки

- ▶ анемия различной степени выраженности выявляют у каждой четвёртой больной
- ▶ снижение показателей гематокрита (18-25)
- ▶ у некоторых больных - лейкоцитоз (от 9500 до 15 000/л)
- ▶ показатели свёртывания крови (время рекальцификации плазмы, протромбиновый индекс, толерантность плазмы к гепарину, фибриноген) и фибринолитическая активность крови у подавляющего большинства женщин в пределах нормы, при выраженной кровопотере происходят изменения данных показателей.

УЗИ-диагностика

- ▶ нормальные или несколько увеличенные размеры яичника (максимально — не более 4-4,5 см)
- ▶ внутренняя эхоструктура, как правило, характеризуется наличием жидкостного включения гипоэхогенной или неоднородной структуры
- ▶ размер включения не превышает диаметр преовуляторного фолликула
- ▶ визуализируется нормальный фолликулярный аппарат яичника с жидкостными включениями от 4 до 8 мм в диаметре



- ▶ на эхограммах в области пораженных придатков — образование небольших размеров (до 5-6 см в диаметре), чаще неоднородной структуры (редко размеры образования превышали 6-7 см)
- ▶ практически у всех внутренняя эхоструктура образования характерна для желтого тела
- ▶ возможно пристеночно или центрально определяемые гиперэхогенные структуры неправильной формы (кровяные сгустки)

Лапароскопия

- ▶ Хирургическая картина апоплексии яичника характеризуется наличием ряда критериев:
 - ▶ в малом тазу кровь, возможно, со сгустками;
 - ▶ матка не увеличена, её серозный покров розовый;
 - ▶ в маточных трубах нередко выявляют признаки хронического воспалительного процесса в виде перитубарных спаек; спаечный процесс в некоторых случаях может быть выраженным;
 - ▶ повреждённый яичник обычно нормальных размеров.
 - ▶ при разрыве кисты (фолликулярная, жёлтого тела) яичник багрового цвета, может быть увеличенным в зависимости от размеров кисты;
 - ▶ по краю яичника или кисты разрыв не более 1,5 см.
 - ▶ область повреждения на момент осмотра либо кровоточит, либо прикрыта сгустками.

Лечение апоплексии яичника

- ▶ Цель лечения: остановка кровотечения из яичника, восстановление его целостности и ликвидация последствий кровопотери.
- ▶ Показания к госпитализации - при подозрении на апоплексию яичника показана госпитализация в гинекологический стационар в экстренном порядке.
- ▶ Важный момент в лечении больных с апоплексией яичника — максимально щадящая тактика, которая во многом зависит от степени внутрибрюшного кровотечения.
- ▶ Немедикаментозное лечение не проводят.

Консервативное лечение

- ▶ Проводится у гемодинамически стабильных пациенток при исчезновении перитонеальных симптомов при небольшом объёме жидкости в малом тазу достаточно консервативного лечения с дальнейшим наблюдением.
- ▶ Консервативная терапия включает: покой, холод на низ живота (способствующий спазму сосудов), препараты гемостатического действия, спазмолитики, витамины:
 - ▶ этамзилат 2 мл внутримышечно 2–4 раза в сутки,
 - ▶ дротаверин 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки,
 - ▶ аскорбиновая кислота 5% 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки или внутривенно в разведении с раствором глюкозы 40% 10 мл,
 - ▶ витамин В1 1 мл внутримышечно 1 раз через день,
 - ▶ витамин В6 1 мл внутримышечно 1 раз через день,
 - ▶ витамин В12 200 мкг внутримышечно 1 раз через день.

Источник: Гинекология Национальное руководство под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина, 2009 г.; Гинекология, под редакцией академика РАМН, профессора Савельевой, профессора Брусенко В.Г., 2012 г.

- 
- ▶ У пациенток, страдающих заболеваниями крови с нарушением гемостаза (аутоиммунная тромбоцитопения, болезнь Виллебранда), лечение следует проводить консервативно.
 - ▶ После консультации гематолога назначают специфическую терапию основного заболевания: кортикостероиды, иммунодепрессанты — при аутоиммунной тромбоцитопении, инфузию криопреципитата или антигемофильной плазмы — при болезни Виллебранда, этамзилат — в обоих случаях. Однако при массивном внутрибрюшном кровотечении и кровоизлиянии в яичник для надёжного гемостаза приходится прибегать к удалению яичника.
 - ▶ Консервативное лечение необходимо проводить в стационаре под круглосуточным наблюдением медицинского персонала.

- ▶ Следует отметить, что консервативное ведение больных с лёгкой формой апоплексии, невозможность при таком ведении больных удаления сгустков крови и промывания брюшной полости (т.е. всего того, что возможно во время лапароскопии) приводят к развитию спаечного процесса органов малого таза в 85,7% случаев, бесплодию — в 42,8% случаев и рецидиву апоплексии яичника — в 16,3% случаев.

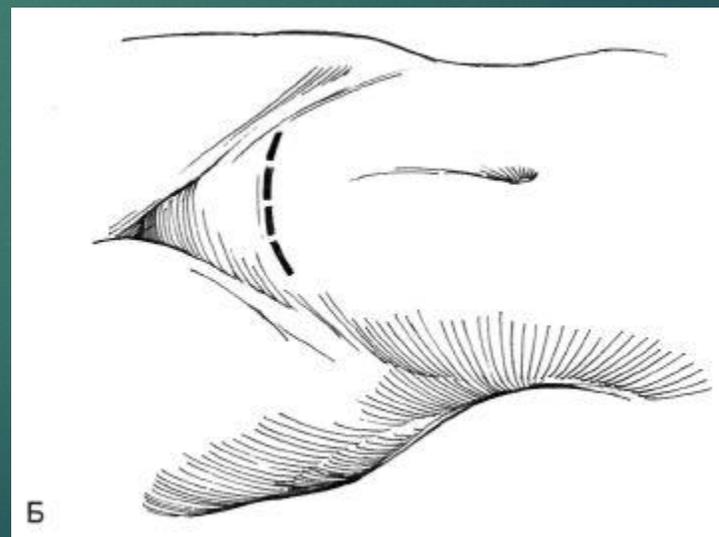


- 
- ▶ Консервативное лечение необходимо проводить в стационаре под круглосуточным наблюдением медицинского персонала.
 - ▶ Ухудшение общего состояния, появление объективных признаков внутреннего кровотечения или нарастание анемии — показания к оперативному лечению.
 - ▶ При лёгкой форме апоплексии в настоящее время пересматривают вопросы тактики в пользу лапароскопии в тех случаях, когда женщина заинтересована в сохранении репродуктивной функции.

Оперативное лечение

- ▶ 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 терапии в течение 1—3 дней, признаки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, подтвержденного при УЗИ органов малого таза;
 - ▶ дифференциальная диагностика острой гинекологической и острой хирургической патологии. 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
- Лапароскопия
- Лапаротомия



Лапароскопия

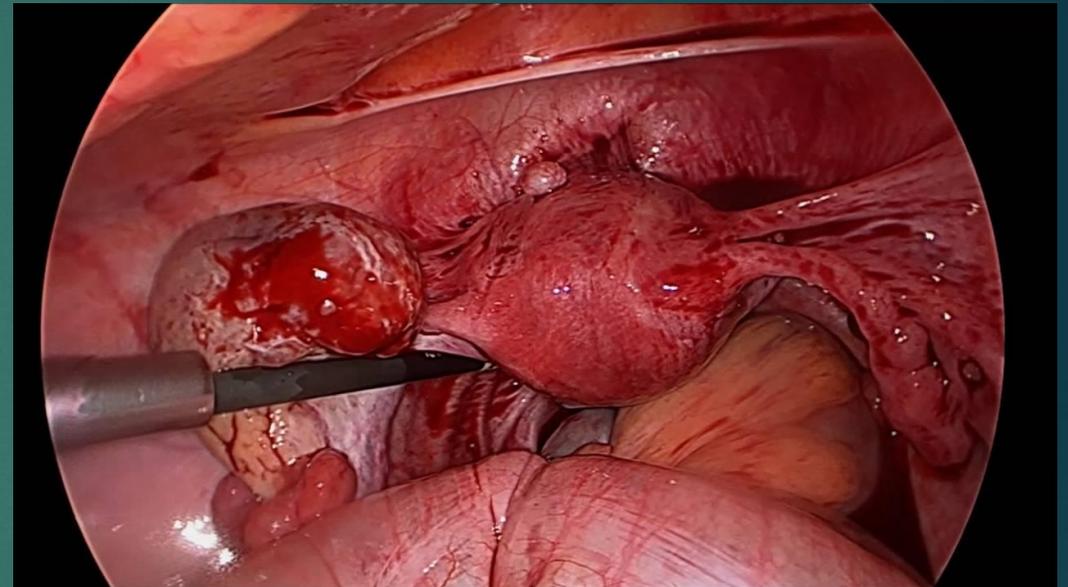
- ▶ При необходимости диагностическая лапароскопия становится лечебной.
- ▶ Цель - ликвидация патологических изменений при сохранении целостности органов и репродуктивной функции женщины.
- ▶ Операция с лапароскопическим доступом имеет существенные преимущества, выражающиеся в психологическом эффекте в связи с отсутствием значительного косметического дефекта и выраженного болевого синдрома; в быстром выходе из наркоза; раннем активном поведении и меньшем использовании анальгетиков в послеоперационном периоде; менее длительном пребывании в стационаре после операции, а также позволяет достичь полноценной реабилитации больных, в том числе репродуктивной функции у молодых женщин.

- ▶ Операция с лапароскопическим доступом имеет существенные преимущества:
 - ▶ выражающиеся в психологическом эффекте в связи с отсутствием значительного косметического дефекта и выраженного болевого синдрома;
 - ▶ в быстром выходе из наркоза;
 - ▶ раннем активном поведении и меньшем использовании анальгетиков в послеоперационном периоде;
 - ▶ менее длительном пребывании в стационаре после операции, а также
 - ▶ позволяет достичь полноценной реабилитации больных, в том числе репродуктивной функции у молодых женщин.

Этапы эндоскопической операции при апоплексии яичника:

- ▶ остановка кровотечения из разрыва яичника: коагуляция, ушивание или резекция яичника:
 - ▶ При разрыве белочной оболочки сосуды коагулируют с помощью биполярного коагулятора
 - ▶ При диффузном кровотечении из разрыва жёлтого тела используют эндотермию или длительную аппликацию электрокоагулятора.
 - ▶ Вазоконстрикторы – не используются.
 - ▶ Аккуратная и бережная коагуляция, так как возможно усиление кровотечения при её проведении!

- ▶ удаление сгустков крови из брюшной полости;
- ▶ осмотр яичника после промывания брюшной полости санитрующими растворами.



Лапаротомия

- ▶ Оперативное вмешательство выполняют нижнесрединным доступом или надлобковым разрезом по Пфанненштилю.
- ▶ Возможный объем вмешательства:
 - ▶ коагуляция места разрыва,
 - ▶ наложение швов на яичник, либо резекция яичника (овариэктомия) при невозможности выполнения органосохраняющей операции.
 - ▶ при лапаротомии возможна реинфузия крови, излившейся в брюшную полость.

Объем оперативного вмешательства

- ▶ Объем операции, как правило, определяется характером и степенью распространённости патологического процесса, а в репродуктивном возрасте пациенток — дальнейшими их планами деторождения.
- ▶ Отмечено, что целесообразно наиболее щадящее вмешательство на яичнике.
- ▶ Основанием для такого подхода служит понимание исключительной важности яичника как эндокринного и генеративного органа, что диктует необходимость сохранения любой по величине функционирующей его части.

- ▶ Яичник удаляют только при массивном кровоизлиянии, целиком поражающем его ткани.
- ▶ В случае разрыва жёлтого тела беременности его ушивают, не производя резекцию, иначе беременность будет прервана.
- ▶ Апоплексия может быть двусторонней. В связи с этим во время операции обязателен осмотр обоих яичников, маточных труб и аппендикса.
- ▶ У женщин с апоплексией яичника во время лапароскопии целесообразно проведение органосохраняющих операций: гемостаз (ушивание или коагуляция яичника), эвакуация и удаление сгустков крови, реже резекция яичника.

Профилактика

- ▶ Пациентки с впервые возникшей болевой формой апоплексии яичников – специфическая профилактическая терапия не требуется.
- ▶ У пациенток с рецидивирующей болевой формой или перенесших геморрагическую форму апоплексии яичника наблюдаются дисфункция высших отделов ЦНС, изменения гормонального статуса и стойкие нарушения овариального кровотока.
- ▶ Женщины, перенёсшие апоплексию яичника, нуждаются в диспансерном наблюдении по месту жительства.

Медикаментозная профилактическая терапия

- ▶ Для подавления овуляции и коррекции гормонального профиля в течение 3—6 месяцев используют комбинированные эстроген-гестагенные монофазные низко- или микродозированные оральные контрацептивы, например:
 - ▶ Ярина - таблетки 3 мг + 0,02 мг, 1р/с в одно и тоже время в режиме 21+7
 - ▶ Джес - таблетки 3 мг + 0,02 мг, 1р/с в одно и тоже время в режиме 21+7
 - ▶ Фемоден – 0,075 мг + 0,03 мг, 1 р/с в одно и тоже время в режиме 21+7.

- ▶ В течение 3 мес проводят терапию, корригирующую деятельность структур головного мозга:
 - ▶ назначают ноотропы для улучшения обменных процессов в ЦНС
 - ▶ Фенотропил – 100 мг по 1 тб. 3 р/с
 - ▶ препараты, улучшающие церебральную перфузию:
 - ▶ Танакан - 40 мг по 1 тб. 3 р/д
 - ▶ Винпоцетин (Кавинтон) – 5 мг, по 1 тб. 3 р/с

Прогноз

- ▶ При болевой форме апоплексии яичника прогноз для жизни благоприятный.
- ▶ У больных с геморрагической формой прогноз зависит от своевременности диагностики и лечебных мероприятий.
- ▶ К летальному исходу при разрыве яичника может привести декомпенсированный необратимый геморрагический шок, возникающий при кровопотере >50% ОЦК, при отсутствии лечебных мероприятий.