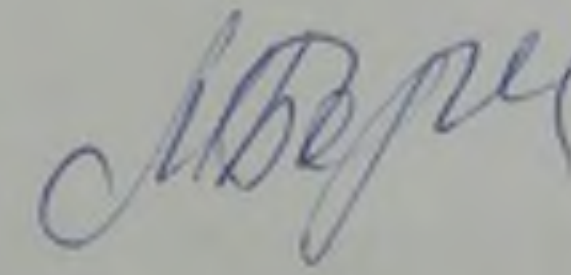


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ
АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКОВ

Выполнила:
клинический ординатор
Судраб К.В.

Красноярск, 2018

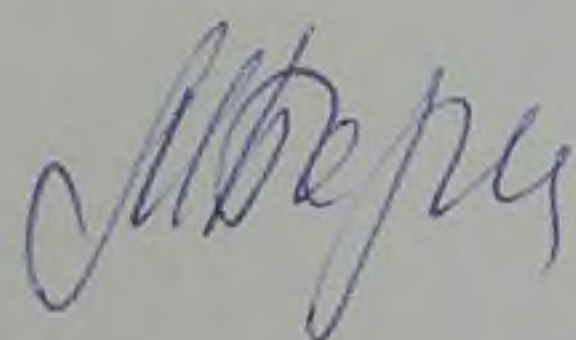
Рецензия

В реферате на тему: «Апоплексия яичников» полно раскрыто содержание материала. Материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности.

Продemonстрировано системное и глубокое знание программного материала. Точно используется терминология. Показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации.

Продemonстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков.

Продemonстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач. Продemonстрировано знание современной учебной и научной литературы.



Содержание

1. Эпидемиология
2. Этиология и патогенез
3. Клиника и диагностика
4. Тактика ведения. Лечение
5. Рекомендации и профилактика
6. Список литературы

Актуальность

Апоплексия яичника встречается в возрасте от 14 до 45 лет, чаще в 20—35 лет. Однако известны случаи кровоизлияния в яичник у маленьких девочек. Частота апоплексии яичника среди гинекологической патологии составляет 1—3 %. Рецидив заболевания достигает 42-69%. Так как заболевание встречается в репродуктивном возрасте и непосредственно затрагивает репродуктивный потенциал, необходимо своевременно проводить профилактику данного заболевания. В случае если апоплексия яичника произошла, то необходимо назначение дальнейших рекомендаций.

Этиология и патогенез

Апоплексия яичника (apoplexia ovarii) определяется как внезапно наступившее кровоизлияние в яичник при разрыве сосудов граафова пузырька, стромы яичника, фолликулярной кисты или кисты желтого тела, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость.

Апоплексия яичника встречается в возрасте от 14 до 45 лет, чаще в 20—35 лет. Однако известны случаи кровоизлияния в яичник у маленьких девочек. Частота апоплексии яичника среди гинекологической патологии составляет 1—3%. Рецидив заболевания достигает 42-69%.

Этиология и патогенез. Апоплексия имеет сложный патогенез, обусловленный физиологическими циклическими изменениями кровенаполнения органов малого таза. Большинство исследователей выделяют «критические моменты» для повреждения яичника. Так, у 90—94% больных апоплексия яичника происходит в середину и во вторую фазу менструального цикла. Это связано с особенностями яичниковой ткани, в частности 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 кровообращением правого яичника, поскольку правая яичниковая артерия отходит непосредственно от аорты, а левая — от почечной артерии.

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. Указанные условия создают фон для экзогенных и эндогенных факторов, приводящих к апоплексии яичника. Среди экзогенных причин выделяют травму живота, физическое напряжение, бурное или прерванное половое сношение, верховую езду, спринцевание, влагалищное исследование и т.д. Эндогенными причинами могут быть 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.

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

Классификация.

Выделяют болевую, анемическую и смешанную формы апоплексии яичника. Сотрудниками клиники Г.М. Савельевой была предложена классификация, учитывающая выраженность внутрибрюшной кровопотери:

Болевая форма.

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

Основным клиническим симптомом апоплексии яичника является внезапная боль в нижних отделах живота. Боль связывают с раздражением рецепторного поля яичниковой ткани и воздействием на брюшину излившейся крови, а также со спазмом в бассейне яичниковой артерии.

Слабость, головокружение, тошнота, рвота, обморочное состояние связаны с внутрибрюшной кровопотерей.

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

Клиническая картина болевой и легкой геморрагической формы апоплексии яичника сходна.

При осмотре 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 почти никогда не позволяет визуализировать непосредственно разрыв яичника, но можно обнаружить скопление жидкости в позадматочном (дугласовом) пространстве. При болевой форме апоплексии яичника есть незначительное количество жидкости в дугласовом пространстве, она гипозоногенная с мелкодисперсной взвесью (фолликулярная жидкость с примесью крови). В клиническом анализе крови выраженных изменений нет, иногда выявляется умеренный лейкоцитоз без сдвига формулы влево.

В клинической картине средней и тяжелой геморрагической (анемической) формы апоплексии яичника основные симптомы связаны с внутрибрюшным кровотечением. 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. Артериальное давление снижено, тахикардия. Язык сухой, живот напряжен, возможно незначительное вздутие. 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.

В клиническом анализе крови отмечается снижение уровня гемоглобина, но при острой кровопотере в первые часы возможно повышение уровня гемоглобина в результате сгущения крови. У некоторых больных отмечается незначительное увеличение лейкоцитов без сдвига формулы влево.

При УЗИ внутренних гениталий определяется значительное количество свободной мелко- и среднедисперсной 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. Однако 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.

Лечение

Лечение пациенток с апоплексией яичника 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 аквапуратора-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, в связи с чем специфических профилактических мероприятий не требуется. У пациенток, перенесших геморрагическую форму апоплексии яичника, дисфункция высших отделов ЦНС, изменения гормонального статуса и нарушения овариального кровотока обычно стойкие. Таким больным показана комплексная медикаментозная терапия, разрывающая порочный патогенетический круг. В течение 3 мес проводят терапию,

корректирующую деятельность структур головного мозга: назначают ноотропы для улучшения обменных процессов в ЦНС, препараты, улучшающие церебральную перфузию (кавинтон, танакан, винпоцетин), транквилизаторы, при внутричерепной гипертензии — мочегонные препараты. 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, фемоден, 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.

Профилактические мероприятия способствуют снижению частоты рецидивов заболевания.

Электро-, лазерная коагуляция яичников.

Достоинствами данного вида хирургического вмешательства являются относительная простота техники, минимальное время, затрачиваемое на проведение операции и отсутствие каких-либо предпосылок для формирования спаечного процесса (справедливо отметить, что полная эпителизация раневой поверхности яичников после их электрохирургической резекции наступает в течение 16-18 часов от момента операции и, следовательно, сводит к минимуму риск развития спаечного процесса в малом тазу). К недостаткам коагуляции относят сравнительно меньший терапевтический эффект операции и невозможность дальнейшего изучения морфоструктуры яичников.

Основные этапы операции коагуляции яичников.

3. Атравматическим зажимом фиксируют собственную связку яичника.

2. Игольчатым коагулятором или лазерным лучом осуществляют коагуляцию яичников в проекции возможной локализации фолликулярных кист (выпячиваний на капсуле яичников) — 8-14 электро-, лазеропунктур.

Необходимо уточнить, что показаниями к хирургическому лечению поликистозных яичников являются не только бесплодие, но и гиперпластические процессы в эндометрии (в частности, атипичная гиперплазия).

Резекция яичника.

Проводится при кистозных образованиях яичника с целью сохранения органа у пациенток репродуктивного возраста. Основные этапы операции резекции яичника.

1. Атравматическим зажимом фиксируют собственную связку яичника.

2. Коагулирующей канюлей, соединенной с вакуум-аппаратом и источником монополярной коагуляции в режиме «резание + гемостаз», проводят вскрытие патологического образования яичника в дистальном полюсе его брюшной поверхности с одномоментной аспирацией внутреннего

содержимого. При солидных опухолях яичников (зрелая тератома, фиброма) данный этап исключают из методики операции.

3. Травматическим зажимом образование яичника захватывают в дистальном полюсе его брюшной поверхности и ножницами или канюлей для диссекций, соединенными с источником монополярной коагуляции в режиме «резание + коагуляция», намечают границы вскрытия капсулы образования и мягкими движениями инструмента отслаивают капсулу. При фиброме яичника, по возможности, проводят одномоментное удаление опухолевой ткани.

4. Атравматическим зажимом захватывают край раны яичника, расположенный ниже линии расслоения и постепенно (по намеченной окружности) отсепаровывают капсулу кисты (кистомы).

5. Капсулу патологического образования удаляют из брюшной полости через дополнительный троакар с внутренним диаметром 11 мм, при необходимости, предварительно измельчив ее специальным инструментом - морцеллятором. Зрелые тератомы извлекают через кольпотомное отверстие.

6. Ложе опухоли (кисты) тщательно коагулируют.

7. Операцию заканчивают санацией брюшной полости.

Удаление придатков матки.

Операцию выполняют при перекруте опухоли (кисты) яичника с образованием хирургической ножки.

Основные этапы удаления придатков матки при перекруте хирургической ножки.

1. На хирургическую ножку образования яичника (растянутые подвешивающую и собственную связки яичника, задний листок широкой связки матки, маточную трубу) накладывают атравматический зажим и коагулируют ее. Путем последовательной коагуляции и рассечения «ножки» отсекают придатки матки.

2. Проводят дополнительный гемостаз.

3. Придатки матки удаляют из брюшной полости через дополнительный троакар с внутренним диаметром 11 мм или кольпотомное отверстие.

4. Операцию заканчивают санацией брюшной полости.

Пункция кисты яичника.

Даже большие кисты следует по возможности удалять не вскрывая. Иногда возникает необходимость расширить абдоминальный доступ. Если последнее невозможно, кисту осторожно пунктируют.

Производят достаточно большой разрез, прокладывают большие салфетки между кистой и краями раны для защиты брюшной полости от попадания в неё содержимого опухоли. Новообразование прижимают к ране через брюшную стенку, прокалывают троакаром, соединённым с отсосом. Содержимое отсасывают до тех пор, пока не станет возможным выведение кисты в операционную рану. Троакар извлекают, на отверстие накладывают зажим.

Рекомендации

После апоплексии яичника каждая женщина должна осознавать, что необходимо находиться под наблюдением врача, чтобы во время диагностировать развитие осложнений, а также предупредить рецидив заболевания. Регулярное посещение гинеколога, проведение УЗИ – это залог предупреждения осложнений и нежелательных состояний после апоплексии. Также врач детально и подробно разъясняет пациенткам после апоплексии яичника назначенную терапию и собственно раннюю симптоматику болезни и ее осложнений, чтобы они могли вовремя заподозрить развитие острого состояния и немедленно обратились за медицинской помощью.

У женщин, которые могут быть отнесены к группам риска возникновения апоплексии и не планируют беременность, рекомендуется назначение комбинированных оральных контрацептивов с целью подавить овуляцию и снизить риск разрыва тканей яичника в этот период. Пациенткам не стоит самостоятельно начинать принимать эти препараты, поскольку их прием должен быть согласован с лечащим врачом, который оценивает все риски и противопоказания перед назначением терапии оральными контрацептивами.