

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: ДМН. Доцент Базина М.И.

Тема: Апоплексия яичника

Выполнила: клинический ординатор Кириллова С.Ю.

Красноярск 2018 г.

Содержание

- I. Введение
- II. Этиология и эпидемиология
- III. Патогенез
- IV. Профилактика
- V. Классификация
- VI. Клиническая картина
- VII. Диагностика
- VIII. Дифференциальная диагностика
- IX. Лечение
- X. Список используемой литературы

Введение

Апоплексия яичника — внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость. *Кровоизлияние в яичник происходит при разрыве сосудов граафова пузырька, стромы яичника, фолликулярной кисты или кисты желтого тела и сопровождается нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость. Встречается у 0,5—2,5 % гинекологических больных. Апоплексия яичника может наблюдаться в различные фазы менструального цикла, однако чаще всего это бывает в период овуляции или в стадии васкуляризации и расцвета желтого тела. Не исключена возможность разрыва желтого тела во время беременности. Апоплексия яичника возникает, как правило, у женщин в возрасте 20—35 лет.

КОД ПО МКБ10

N83.0 Геморрагическая фолликулярная киста яичника.

N83.1 Геморрагическая киста жёлтого тела.

Этиология и эпидемиология

Апоплексия яичника — заболевание женщин репродуктивного возраста. В структуре всех острых гинекологических заболеваний занимает третье место, составляя 17%. Среди причин внутрибрюшного кровотечения на долю апоплексии приходится 0,5–2,5%.

Среди этиологических факторов, приводящих к данной патологии, выделяют следующие: нейроэндокринные нарушения; воспалительные заболевания внутренних половых органов, которые вызывают склеротические изменения в яичниках; застойные процессы в малом тазу; варикозное расширение вен яичников и физические нагрузки в середине менструального цикла или за неделю до менструации; аномалии положения половых органов; опухоли малого таза; нарушения свертывающей системы крови; травмы живота; влагалищные исследования; бурные половые сношения. На протяжении менструального цикла формируются условия, благоприятные для возникновения апоплексии: овуляция, обильная васкуляризация тканей желтого тела, предменструальная гиперемия яичника. Они могут привести к образованию гематомы, при разрыве которой возникает кровотечение в брюшную полость. Объем кровопотери может быть от 50 мл до 2—3 л. Чаще возникает апоплексия правого яичника, что связано с лучшим кровоснабжением, большим количеством венозных сосудов по сравнению с левым яичником./

Апоплексия яичника может быть вызвана экзогенными и эндогенными причинами. К эндогенным причинам относят: неправильное положение матки, сдавление сосудов, приводящее к нарушению кровоснабжения яичника, сдавление яичника опухолью, спаечные и воспалительные процессы в малом тазу.

К экзогенным причинам относят бурное половое сношение, верховую езду, травму живота, влагалищное исследование, оперативное вмешательство, клизму. Однако у части больных разрыв яичника может возникать в состоянии покоя или во время сна.

Риск возникновения яичниковых кровотечений увеличивается у больных, принимающих длительное время антикоагулянты.

Патогенез

Апоплексия может возникнуть вследствие изменений в сосудах и тканях яичника, чему способствуют гиперемия, варикозно-расширенные, склерозированные сосуды, воспалительные процессы, мелкокистозные изменения яичников.

Кровотечению из яичника предшествует образование гематомы, которая вызывает резкие боли вследствие нарастания внутриовариального давления. Затем наступает разрыв ткани яичника. Даже небольшой разрыв (диаметром до 1 см) может привести к обильному кровотечению. Апоплексия яичника может возникать в различных фазах менструального цикла: реже всего в I фазе, когда фолликулы ещё в стадии созревания и бедны сосудами, чаще в период овуляции и в стадии васкуляризации и расцвета жёлтого тела. Значительное увеличение уровня гонадотропных гормонов гипофиза во время овуляции и перед менструацией приводит к апоплексии яичника. Самый частый источник кровотечения — жёлтое тело или его киста. Не исключена возможность разрыва жёлтого тела во время беременности.

Профилактика

Чётких рекомендаций по профилактике рецидивов апоплексии яичника в литературе нет. В какойто степени профилактика рецидивов кист после оперативного лечения может служить и профилактикой апоплексии яичника. Клиницисты предлагают трёхэтапное ведение больных с кистами яичников:

- динамическое наблюдение в течение трёх месяцев;
- противовоспалительная (рассасывающая) терапия, по показаниям — применение гормональных препаратов;
- пункция кистозного образования под контролем трансвагинальной эхографии.

Пациенткам, имеющим в настоящий момент ретенционные образования яичников, с профилактической целью следует назначать КОК, способствующие регрессу этих образований.

Пациенткам группы риска показано УЗИ органов малого таза 1 раз в 4–6 мес с целью своевременной диагностики ретенционных образований яичника.

Классификация

В зависимости от клинической формы:

- болевая, или псевдоаппендикулярная, для которой характерен болевой синдром, сопровождающийся тошнотой и повышением температуры тела;
- анемическая, напоминающая разрыв трубы при внематочной беременности, при которой ведущий симптом — внутреннее кровотечение.

Считается, что обе формы встречаются с одинаковой частотой. Описана также третья форма («смешанная»), характеризующаяся сочетанием признаков первых двух форм. Поскольку различную степень кровотечения наблюдают во всех случаях апоплексии яичника, то деление на вышеуказанные формы не совсем правомерно.

В связи с этим целесообразно клинические формы апоплексии яичника классифицировать в соответствии с тремя степенями тяжести заболевания, определяемыми характером и выраженностью патологических симптомов и величиной кровопотери.

В зависимости от величины кровопотери и выраженности патологических симптомов:

- лёгкая (кровопотеря 100–150 мл);
- средняя (кровопотеря 150–500 мл);
- тяжёлая (кровопотеря более 500 мл).

Клиническая картина

Клиническая картина обусловлена характером кровотечения и наличием сопутствующей патологии. Апоплексии яичника всегда сопутствуют кровотечение и боли.

При смешанной форме симптомы заболевания выражены одинаково. Заболевание начинается остро, с внезапных, иногда очень сильных болей внизу живота, локализующихся преимущественно на стороне поражённого яичника. Иногда боли появляются при каком-либо напряжении, но могут возникать и в покое.

У подавляющего большинства больных наблюдают внезапное развитие приступа. Редко в дни перед приступом больные отмечают слабые тупые боли или «покалывание» в одной из паховых областей, что можно связать с небольшими внутрияичниковыми кровоизлияниями или усиленной гиперемией и отёком яичника.

Ведущие симптомы апоплексии яичника:

- боли внизу живота и пояснице;
- кровянистые выделения из влагалища, обычно быстро прекращающиеся вслед за исчезновением болей;
- слабость;
- головокружение.

Провоцирующие моменты:

- физическое напряжение;
- половое сношение;
- травмы.

*Выделяют три клинические формы данной патологии: анемическую, болевую и смешанную.

Анемическая форма. Выделяют три степени анемической формы: I степень — лёгкая (внутрибрюшная кровопотеря не превышает

150мл);

II степень

— средняя (кровопотеря

150—500 мл); III степень —

тяжелая (внутрибрюшная кровопотеря более

500

мл).

На первый план выступают симптомы внутрибрюшного кровотечения: острая боль в животе, возникающая внезапно (локализуется над лобком или в подвздошных областях с иррадиацией в задний проход, наружные половые органы); тошнота, рвота, слабость, головокружение; бледность кожных покровов и слизистых оболочек; снижение АД, тахикардия; умеренно выраженные симптомы раздражения брюшины на стороне поражения; может наблюдаться френикус-симптом; перкуторное определение свободной жидкости в брюшной полости; кровянистые выделения из половых путей; при гинекологическом исследовании бледность слизистой оболочки влагалища, нависание

заднего и/или бокового свода влагалища (при обильном кровотечении) увеличенный, болезненный яичник, болезненность шейки матки при ее смещении; признаки анемии в

гемограмме.

Болевая форма характеризуется кровоизлиянием в ткань яичника (в фолликул или желтое тело) с незначительным кровотечением в брюшную полость или без него. Основные симптомы острое начало; приступообразная боль; тошнота, рвота; нормальный цвет кожи и слизистых оболочек; АД и пульс в норме невыраженные симптомы раздражения брюшины; данные гинекологического исследования аналогичны данным при анемической форме, за исключением нависания сводов; в клиническом анализе крови может быть лейкоцитоз без нейтрофильного сдвига, без признаков анемии.

Смешанная форма сочетает в разных соотношениях симптомы, характерные для анемической и болевой формы апоплексии яичника. Анемическую форму апоплексии яичника часто принимают за нарушенную трубную беременность, болевую — за аппендицит./

Диагностика

1. Анамнез (жизни и гинекологический).
2. Объективное обследование.
3. Общий анализ крови.
4. УЗИ органов малого таза.
5. Определение уровня хорионического гонадотропина в крови (для исключения внематочной беременности).
6. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.
7. Лапароскопия./

Диагноз апоплексии яичника устанавливают на основании жалоб, анамнеза и данных осмотра. При осмотре отмечают бледность кожного покрова и видимых слизистых, тахикардию, незначительную гипертермию, АД может быть нормальным или пониженным. Отмечают незначительное вздутие живота, болезненность при пальпации на стороне поражения, симптомы раздражения брюшины той или иной степени выраженности.

Наиболее информативны в диагностике УЗИ и лапароскопия. УЗИ — неинвазивный безопасный метод, позволяющий выявить как физиологические, так и патологические изменения яичников. УЗИ — метод выбора в диагностике апоплексии яичника.

Эхографическую картину поражённого яичника (размер, структура) следует оценивать в соответствии с фазой менструального цикла и с учётом состояния второго яичника. При апоплексии поражённый яичник обычно нормальных размеров или несколько увеличен. Характерно наличие жидкостного включения гипоэхогенной или неоднородной структуры (жёлтое тело), диаметр которого не превышает размер преовуляторного фолликула и не приводит к объёмной трансформации яичника. Наряду с этим визуализируется нормальный фолликулярный аппарат яичника в виде жидкостных включений 4–8 мм в диаметре. В зависимости от объёма кровопотери определяется свободная жидкость в позадиматочном пространстве в различном количестве.

При клиниколабораторном обследовании анемию различной степени выраженности выявляют у каждой четвёртой больной, могут быть снижены показатели гематокрита (18–25), у некоторых больных отмечается 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.

Лапароскопическая диагностика обладает довольно высокой точностью (98%).

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.

Дифференциальная диагностика

Учитывая, что клинические проявления апоплексии яичника характерны и для других острых заболеваний органов брюшной полости, её необходимо дифференцировать с:

- нарушенной трубной беременностью;
- острым аппендицитом;
- перекрутом ножки кисты яичника;
- кишечной непроходимостью;
- перфоративной язвой желудка;
- острым панкреатитом;
- почечной коликой;
- пиосальпинксом.

При дифференциальной диагностике нужно учитывать, что анемическую форму заболевания, как правило, принимают за нарушенную трубную беременность, болевую — за аппендицит. Окончательный диагноз почти всегда устанавливают лишь во время операции.

Также следует дифференцировать апоплексию яичника с перекрутом ножки кисты яичника, сопровождающимся картиной острого живота, и, что встречается значительно реже, с кишечной непроходимостью, перфоративной язвой желудка, острым панкреатитом, почечной коликой.

Что касается дифференциальной диагностики с пиосальпинксом, то у большинства больных ОВЗПМ возникает вследствие резкого обострения имевшегося ранее воспалительного процесса. Клиническая картина этого заболевания характеризуется в первую очередь наличием гнойного очага в малом тазу (сухой язык, высокая температура, озноб).

В редких случаях диагноз апоплексии яичника нельзя установить даже во время операции. Чаще это бывает при обнаружении во время аппендэктомии воспалённого отростка, который удаляют без предварительного осмотра придатков матки.

Клиника апоплексии яичника развивается по типу острых заболеваний брюшной полости, в связи с чем показана консультация хирурга и терапевта.

Лечение

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. Необходим дифференцированный подход при выборе метода лечения. 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

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.

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. Ухудшение общего состояния, появление объективных признаков внутреннего кровотечения или нарастание анемии — показания к оперативному лечению.

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. При лёгкой форме апоплексии в настоящее время пересматривают вопросы тактики в пользу лапароскопии в тех случаях, когда женщина заинтересована в сохранении репродуктивной функции. Показания к экстренному проведению лапароскопии:

- жалобы на боль внизу живота;
- наличие жидкости в малом тазу, видимой при УЗИ.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

При необходимости диагностическая лапароскопия становится лечебной.

Оперативное вмешательство у больных с апоплексией яичника осуществляют лапароскопическим или лапаротомным доступом. Внедрение в практику эндоскопических методов явилось важнейшим этапом, обеспечивающим эффективность сохранения и восстановления репродуктивной функции. Достижения эндоскопических оперативных

технологий полностью изменило подход к проведению оперативных вмешательств на органах малого таза у женщин репродуктивного возраста. Если раньше задачей хирурга было удаление патологического образования или повреждённого органа путём чревосечения, то в настоящее время основная цель — ликвидация патологических изменений при сохранении целостности органов и репродуктивной функции женщины.

Клиницисты отдают предпочтение лапароскопии. 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. Один из дискуссионных лечебнотактических вопросов при ДОЯ — выбор объёма оперативного вмешательства. Объём операции, как правило, определяется характером и степенью распространённости патологического процесса, а в репродуктивном возрасте пациенток — дальнейшими их планами деторождения.

В литературе обсуждают вопрос об объёме оперативного вмешательства при разрыве яичника. 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.

Операцию выполняют максимально консервативно. 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. Нередко апоплексия сочетается с внематочной беременностью и острым аппендицитом.

При выявлении острого аппендицита во время операции показана консультация хирурга. 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.

Рекомендованы следующие этапы эндоскопической операции при апоплексии яичника:

- остановка кровотечения из разрыва яичника: коагуляция, ушивание или резекция яичника;
- удаление сгустков крови из брюшной полости;
- осмотр яичника после промывания брюшной полости санирующими растворами.

При разрыве белочной оболочки проводят коагуляцию кровоточащих сосудов с помощью биполярного коагулятора, при диффузном кровотечении из разрыва жёлтого тела используют эндотермию или длительную аппликацию электрокоагулятора. Недопустимо применение вазоконстрикторов в ходе операции, в связи с возможным рецидивом кровотечения после окончания их действия. Важно обратить внимание на аккуратное и бережное проведение коагуляции, так как возможно усиление кровотечения при её проведении.

Аднексэктомия возможна при сочетании с другой патологией придатков (перекрутом ножки кисты, маточной трубы с выраженным нарушением кровообращения).

Сроки нетрудоспособности зависят от оперативного доступа: после лапаротомии —12 дней, после лапароскопии —7 дней.

Список литературы

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстренных состояниях в гинекологии // Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. —Н.Новгород: Издво НГМА, 1997. — С. 176. Гаспаров А.С. Экстренная помощь в гинекологии. Органосохраняющие операции // Гаспаров А.С., Бабичева И.А., Косаченко А.Г. — М., 2000. — С. 3–21.
2. Оптимизация тактики ведения больных с острыми гинекологическими заболеваниями / Гаспаров А.С. и др. «Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве». — М.: Пантори, 2002. — С. 200–203.
3. Кулаков В.И. Ургентная гинекология: новый взгляд / Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. // Журнал акуш. и женских болезней. — 2001. — Вып. III. — Т. L. — С.15–18.
4. Серов В.Н. Консервативные методы ведения больных с кистозными образования яичников / Серов В.Н., Кудрявцева Л.И., Рязанова Л.К. // Вестник Росс. Ассоц. акуш. и гинекол. — 1997. — № 1. — С. 13–16.
5. Стрижаков А.Н. Современные подходы к диагностике и тактике ведения больных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников / Стрижаков А.Н., Баев О.Р. // Акуш. и гинек. — 1995. — № 4. — С. 15–18