

**ФБОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ»**

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета.

Зав. кафедрой: проф. В.Б. Цхай

Реферат

**АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА. КЛИНИКА. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ.**

Выполнила: ординатор 2го года

Ошарова Н.А.

Проверил: асс. Коновалов В.Н.

Красноярск 2018

Содержание

1. Введение
2. Классификация
3. Эпидемиология.
4. Клинические проявления
5. Диагностика
6. Лечение
7. Литература

Апоплексия яичника — внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость.

Код по МКБ-10

N83.0 — геморрагическая фолликулярная киста яичника.

N83.1 — геморрагическая киста желтого тела.

Эпидемиология

Синонимами **апоплексии яичника** служат гематома, инфаркт, разрыв яичника. Апоплексия яичника встречается у 1-3% всех женщин с гинекологической патологией, чаще в возрасте 20-35 лет. Чаще развивается апоплексия правого яичника, что связано с его более богатым кровоснабжением правой яичниковой артерией, отходящей непосредственно от аорты. Правый яичник характеризуется большими размерами, массой и более развитой лимфатической системой. Кровоснабжение левого яичника осуществляется левой яичниковой артерией, ответвляющейся от почечной артерии.

По клинико-морфологическим признакам выделяют кровоизлияния из фолликулярных кист яичника, зрелых фолликулов при овуляции, стромы яичников, кист желтого тела, дисфункционалирующих яичников. Апоплексия яичника служит причиной внутрибрюшного кровотечения у 0,5-2,5% пациенток.

Скрининг и профилактика

Профилактика апоплексии яичника не разработана. Профилактика рецидивов кист может в определенной степени служить профилактикой апоплексии яичника. Пациенткам с ретенционными образованиями яичников с профилактической целью можно 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 картины различают:

- *болевою, или псевдоаппендикулярную*, форму апоплексии, для которой характерен болевой синдром, сопровождающийся тошнотой и повышением температуры тела;
- *анемическую форму* апоплексии, при которой ведущий симптом — внутреннее кровотечение;
- *смешанную форму*

В зависимости от величины кровопотери и выраженности патологических симптомов по степени тяжести различают апоплексию:

1. легкой степени (кровопотеря 100–150 мл);
2. средней степени (кровопотеря 150–500 мл);
3. тяжелой степени (кровопотеря более 500 мл).

Этиология и патогенез

Эндогенные причины: неправильное положение матки, сдавление сосудов, приводящее к нарушению кровоснабжения яичника, сдавление яичника опухолью, спаечные и воспалительные процессы в малом тазу, варикозное расширение и склерозирование сосудов, мелкокистозные изменения яичников.

Экзогенные причины: половой контакт, верховая езда, травма живота, влагалищное исследование, оперативное вмешательство, клизма.

У части пациенток разрыв яичника может возникать в состоянии покоя или во время сна. Риск кровотечения из яичника увеличивается у пациенток, длительное время принимающих антикоагулянты.

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 сопровождаться обильным кровотечением. Апоплексия яичника реже всего возникает в I фазе менструального цикла, когда фолликулы еще в стадии созревания и бедны сосудами, чаще в период овуляции и в стадии васкуляризации и расцвета желтого тела.

Значительное увеличение содержания гонадотропинов во время овуляции и перед менструацией способствует возникновению апоплексии яичника. Самый частый источник кровотечения — желтое тело или его киста. Не исключена возможность разрыва желтого тела во время беременности.

Клиническая картина

Заболевание, как правило, начинается остро, с внезапных, иногда очень сильных болей в нижней части живота, локализующихся преимущественно на стороне пораженного яичника. Иногда боли возникают при напряжении, но могут быть и в покое. Редко в дни перед приступом пациентки отмечают слабые тупые боли или покалывание в одной из паховых областей, что можно связать с небольшими кровоизлияниями внутри яичников или усиленной гиперемией и отеком яичника.

Ведущие симптомы апоплексии яичника:

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

Диагностика

Диагноз апоплексии яичника устанавливают на основании жалоб, анамнеза и осмотра. При осмотре отмечают бледность кожи и видимых слизистых оболочек, 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.

УЗИ — метод выбора в диагностике апоплексии яичника. Эхографическую картину пораженного яичника (размер, структура) оценивают в соответствии с фазой менструального цикла и с учетом состояния второго яичника. Яичник обычно нормальных размеров или несколько увеличен. Характерно наличие ги-позоногенного жидкостного включения неоднородной структуры (желтое тело), диаметр которого не превышает размер преовуляторного фолликула. Наряду с этим визуализируется нормальный фолликулярный аппарат яичника. В позадматочном пространстве определяется свободная жидкость в различном количестве.

При клинико-лабораторном обследовании анемию различной степени выраженности обнаруживают у каждой четвертой пациентки, гематокрит может быть снижен до 18–25, у некоторых пациенток отмечают лейкоцитоз (до 15×10^9 на 1 л).

Показатели свертывания крови (время рекальцификации плазмы, протромбиновый индекс, толерантность плазмы к гепарину, фибриноген) и фибринолитическая активность крови у подавляющего большинства женщин в пределах нормы.

В ряде случаев показана диагностическая лапароскопия. Во время операции обнаруживают:

- ✓ в малом тазу кровь, возможно, со сгустками;
- ✓ матка не увеличена, ее серозный покров розовый;
- ✓ поврежденный яичник обычно нормальных размеров;
- ✓ при разрыве кисты (фолликулярной, желтого тела) яичник багрового цвета и может быть увеличен в зависимости от размеров кисты;
- ✓ по краю яичника или кисты разрыв не более 1,5 см;
- ✓ на момент осмотра либо продолжается кровотечение, либо дефект прикрыт сгустками.

Дифференциальная диагностика

Апоплексию яичника необходимо дифференцировать:

-  от нарушенной трубной беременности;

- острого аппендицита;
- перекрута ножки кисты яичника;
- кишечной непроходимости;
- перфорации полого органа брюшной полости;
- острого панкреатита;
- почечной колики;
- пиосальпинкса.

В редких случаях диагноз апоплексии яичника не устанавливают даже во время операции. Чаще это бывает при отсутствии выраженного кровотечения и обнаружении во время операции воспаленного червеобразного отростка, который и удаляют, пре-небрегая осмотром придатков матки.

Лечение

• *Консервативное лечение*

У пациенток со стабильной гемодинамикой при исчезновении перитонеальных симптомов и небольшом объеме жидкости в малом тазу проводят консервативное лечение в круглосуточном стационаре. При ухудшении общего состояния, объективных признаках внутреннего кровотечения или нарастании анемии показано оперативное лечение.

Консервативное лечение включает покой, холод на низ живота (способствующий спазму сосудов), препараты гемостатического действия, спазмолитики, витамины. Назначают этамзилат по 2 мл внутримышечно 2–4 раза в сутки, дротаверин по 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки, аскорбиновую кислоту 5% по 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки или внутривенно с 40% раствором глюкозы 10 мл, витамин В1, 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки через день, витамин В6 по 1 мл внутримышечно 1 раз в сутки через день, витамин В12 по 200 мкг внутримышечно 1 раз в сутки через день.

При заболеваниях крови с нарушением гемостаза (аутоиммунная тромбоцитопения, болезнь Виллебранда) также проводят консервативное

лечение. После консультации гематолога назначают специфическое лечение основного заболевания. Однако при массивном внутрибрюшном кровотечении для надежного гемостаза иногда приходится прибегать к удалению яичника.

Следует отметить, что при консервативном ведении пациенток с апоплексией легкой степени невозможно удалить сгустки крови и промыть брюшную полость, что может привести к развитию спа-ечного процесса в малом тазу в 85,7% случаев, бесплодию в 42,8% случаев и рецидиву апоплексии яичника в 16,3% случаев. При апоплексии легкой степени в настоящее время пересматривают лечебную тактику в пользу лапароскопии в тех случаях, когда женщина заинтересована в сохранении репродуктивной функции.

- *Оперативное лечение*

Показания к экстренной диагностической лапароскопии:

- а. жалобы на боль в нижней части живота;
- б. наличие жидкости в малом тазу, определяемой при УЗИ.

При необходимости диагностическая лапароскопия становится лечебной. Оперативное вмешательство у пациенток с апоплексией яичника осуществляют лапароскопическим или лапаротомным доступом.

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 санитизирующими растворами.

Показано наиболее щадящее вмешательство на яичнике.

В случае разрыва желтого тела беременности его ушивают, не производя резекцию, иначе беременность прервется. При разрыве белочной оболочки коагулируют кровоточащие сосуды с помощью биполярного

коагулятора, при диффузном кровотечении из разрыва желтого тела используют эндотермию или длительную аппликацию электрокоагулятора. Недопустимо применение вазоконстрикторов в ходе операции в связи с возможным рецидивом кровотечения после окончания их действия.

Аднексэктомию проводят при сочетании апоплексии с другой патологией придатков (перекрутом ножки кисты, маточной тру-бы с выраженным нарушением кровообращения) и при массив-ном кровоизлиянии, целиком поражающем ткани яичника.

Во время операции обязательно осматривают оба яичника, маточные трубы и червеобразный отросток. Нередко апоплексия сочетается с внематочной беременностью и острым аппендицитом. При обнаружении острого аппендицита во время операции показана консультация хирурга.

Литература

1. ГИНЕКОЛОГИЯ Под редакцией акад. РАМН Г.М. Савельевой, акад. РАМН Г.Т. Сухих, проф. И.Б. Манухина 2013 г.
2. Селезнева Н.Д. Неотложная помощь в гинекологии. - М.: Медицина, 2014. -176 с.
3. Репина М.А. Ошибки в акушерской практике. - Л.: Медицина, 2016. - 248 с.
4. Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М., 2013; с. 105.

РЕФЕРАТ

По инженерии год обучения 2
(Наименование дисциплины)

На тему Анализ движения кинематического механизма
(Полное название темы)

динамики и прочности

Ординатора Винарской Н.А.
(Фамилия Имя Отчество)

Профиль подготовки автоматизация инженерии
(Наименование профиля подготовки)

Дата предоставления работы « » 20 18 г.

РЕЦЕНЗИЯ

Преподаватель Коновалов Вячеслав Николаевич
(ФИО преподавателя)

Реферат выполнен на 11 страницах, в структуре реферата имеются: титульный лист, содержание, содержательная часть, использованная литература. Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы. При написании реферата использованы сведения о состоянии дел в данной области.

Оценка 5 (отлично)

Дата проверки « » 20 г.

Преподаватель ВК (Подпись) Коновалов В. Н. (Расшифровка подписи)