

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

Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой: ДМН,

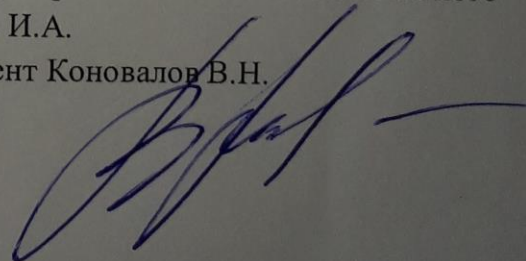
Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ

«Апоплексия яичника. Классификация. Диагностика. Лечебная тактика»

Выполнила: клинический ординатор кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета Зубова И.А.

Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.



г.Красноярск

2018г.

Рецензия на реферат выполненный по теме: «Апоплексия яичника. Классификация. Диагностика. Лечебная тактика»

Ординатором 2го года обучения

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета ФГБУ ВО КрасГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

ФИО: Зубова Инна Александровна

Реферат выполнен на 14 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

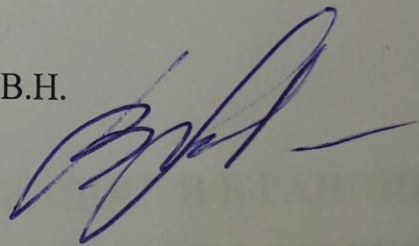
Актуальность темы не вызывает сомнений, в виду того что апоплексия яичника требует неотложной помощи, наблюдается тенденция к увеличению частоты её встречаемости.

В 40-60% случаев встречаются рецидивы. Около 40% пациентов нуждаются в экстренном хирургическом вмешательстве. Причины возникновения данного заболевания до конца не изучены. Определенные трудности вызывает и диагностика заболевания, так как патология имеет сходные клинические симптомы с другими острыми заболеваниями органов малого таза и брюшной полости, такими как внематочная беременность, аднексит, аппендицит. Перенесённая ранее апоплексия яичника часто приводит к нарушению репродуктивной функции.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

Реферат принят и оценен на (4) хорошо.

Руководитель клинической ординатуры: Коновалов В.Н.



Содержание

1. Современное состояние проблемы апоплексии яичника
2. Этиология
3. Патогенез
4. Классификация
5. Клиническая картина
6. Диагностика
7. Дифференциальная диагностика
8. Лечение
9. Практические рекомендации

1. Современное состояние проблемы апоплексии яичника

Апоплексия яичника – заболевание женщин репродуктивного возраста, на долю которого среди причин внутрибрюшного кровотечения приходится 0,5-2,5%, имеет тенденцию к росту с 1997 по 2009 гг. с 3 до 17 %. По данным разных авторов, частота встречаемости резекции яичника как операции, травмирующей орган, при апоплексии достигает 59,0%. Рецидивы данного заболевания отмечены в 21,6 – 69,0% случаев.

Несмотря на то, что изучаемая ургентная патология не может быть отнесена к редко встречающейся, в современной литературе имеется ограниченное количество сообщений, касающихся ее этиопатогенетических аспектов. Известно, что вышеуказанная овариальная патология является генетически детерминированной, в частности, по гену GPIIb нозологической единицей. По данным K.Aalto-Setälä, наличие аллеля PL-AII приводит к высокому риску тромбоза коронарных сосудов, а исследования S.R. Steinhubl, D.J. Moliterno демонстрируют связь между носительством аллеля PL-AII и повышенной адгезией и агрегацией тромбоцитов в артериальных сосудах. Особое внимание уделяется аллелю PL-AII, наличие которого приводит к нарушениям имплантации в виде недостаточной инвазии трофобласта поверхностными слоями. При изучаемой овариальной патологии увеличение частоты носительства аллеля PL-AII способствует нарушению целостности яичниковой ткани за счет слабых межклеточных контактов в ней и повышенного тромбообразования в мелких овариальных сосудах, реализующегося в кровоизлияние .

Большинство ученых едины в выделении полового акта, физической нагрузки и стресса как главных провоцирующих факторов данного ургентного состояния. Однако они не могут быть непосредственной причиной кровоизлияния в яичник. Действуя на фоне гормонального дисбаланса при наличии овариальных анатомических

изменений в виде кистозного желтого тела, мультифолликулярной структуры, персистирующего фолликула и при наличии склерозированно измененных сосудов, провоцирующие факторы приводят к повышению давления в сосудах вследствие кровонаполнения тазовых органов и вызывают нарушение их целостности.

Гормональный дисбаланс в генезе апоплексии яичника, по мнению Гаспарова А.С., Тер-Овакимяна А.Э., обусловлен стрессорным фактором, приводящим к гиперкортицизму и гиперпролактинемии. Гиперпродукция указанных гормонов является причиной возникновения мультифолликулярного типа строения яичников с последующей реализацией апоплексии яичника. Данные нарушения лежат в основе эндогенной овариальной гиперстимуляции. Выявляемая гиперпролактинемия свидетельствует о дефиците дофаминергической активности базального гипоталамуса как патогенетического фактора разрыва яичника. У пациенток с апоплексией яичника значимое повышение кортизола и ДГЭА, по всей видимости, свидетельствует о надпочечниковом генезе гиперандрогении. Кроме того, достаточно высокая частота абдоминальных оперативных вмешательств в анамнезе у них является свидетельством уже имеющегося спаечного процесса в брюшной полости.

Новые данные о состоянии иммунной системы в аспекте патогенеза изучаемой нозологии получены Гаспаровым А.С., Тер-Овакимян А.Э. Определение эмбриоспецифических антител как маркера состояния иммунной системы позволило выделить 2 состояния при апоплексии яичника: гиперреактивность при первичной острой овариальной патологии и абсолютная гипореактивность при ее повторном появлении .

Нереализованная детородная функция у женщин с апоплексией яичника обусловлена высокой частотой встречаемости искусственного аборта у данной группы пациенток. Прерывание беременности на

фоне имеющихся гормональных нарушений и воспалительных изменений яичников при невыполненной репродуктивной функции приводит к патологическим изменениям гомеостаза женщины.

В вопросах классификации апоплексии яичника внесены некоторые изменения за последнее десятилетие. Долгое время было принято выделять болевую, анемическую (геморрагическую) и смешанную форму апоплексии яичника в зависимости от клинической формы. Поскольку различную степень кровотечения наблюдают во всех случаях апоплексии яичника, то разделение на вышеуказанные формы не совсем правомерно. В связи с этим в современной литературе геморрагическую форму указанной ургентной патологии стали также классифицировать по величине кровопотери на легкую (кровопотеря 100-150 мл), среднюю (кровопотеря 150-500 мл) и тяжелую (более 500 мл) апоплексию яичника. Однако о выборе дальнейшей тактики ведения пациенток мнения различных ученых расходятся. Наиболее дискуссионными являются вопросы метода оперативного вмешательства и показаний для консервативного лечения.

Прогрессивное внедрение эндоскопической хирургии в область гинекологии способствовало ее активному использованию при ургентных состояниях. Это минимизирует вероятность диагностических ошибок. Вопросы о показаниях и противопоказаниях к оперативному лечению при апоплексии яичника, в том числе и лапароскопическим доступом, остаются до конца нерешенными. Адамян Л.В., Гаспаров А.С. считают, что лапароскопия является основным лечебным методом любой формы апоплексии яичника, поскольку позволяет профилактировать спайкообразование в органах малого таза, рецидив заболевания и патологию в репродуктивной системе. Другой точки зрения придерживается Элибекова О.С., полагающая, что консервативное лечение апоплексии яичника возможно и при легкой форме с кровопотерей до 150 мл. Однако в данной группе повышается риск развития спаечного процесса III-IV степени

в 3,5 раза, эндометриоза органов малого таза в 1,4 раза. По мнению Штырова С.В., только наличие массивной кровопотери и геморрагического шока может быть абсолютным противопоказанием к лапароскопии при изучаемой ургентной патологии.

2. 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.

3. 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.

4. 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 разделение 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).

5. 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 — легкая (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./

6. 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 гипэхогенной 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 клинколабораторном 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.

7. 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.

8. 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 санитизирующими 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.

9. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. После хирургического лечения апоплексии яичника с целью восстановления репродуктивной функции рекомендуется проводить двухэтапную систему реабилитации:

- Со вторых суток послеоперационного периода целесообразно применять электро-лазеро-магнитную терапию, курс которой состоит из 5-6 процедур. Пассивный пластинчатый электрод располагается горизонтально в надлобковой области, излучатель внутриматочной - в боковом своде влагалища. Суммарная мощность - 7 мВт. Низкоинтенсивное лазерное излучение с длиной волны 0,85 мкм. Электростимуляция осуществляется с частотой 10 Гц. На полостном зонде магнитная индукция составляет 15 мТл, на наружном индукторе

– 40 мТл. Продолжительность процедуры - 20 минут.

- При наличии маркеров тромбофилии (Д-димеры более 250 нг/мл, РФМК более 0,04 г/л) в раннем послеоперационном периоде с целью профилактики тромботических осложнений рекомендуется назначать эноксапарин натрия в дозе 20 мг/сутки подкожно в течение 3-4 дней.

- Через 2 менструальных цикла после оперативного лечения апоплексии яичника обоснованно назначать пелоидотерапию с 5-7 дня менструального цикла путем применения влагалищных грязевых тампонов с последующим орошением рапой. Курс лечения - 10 процедур, которые проводятся 4 раза в неделю продолжительностью 30-40 минут при температуре грязи 40°С.

2. Пациенткам с апоплексией яичника и массивной кровопотерей, имеющим семейный тромбофилический анамнез, осложненное течение предшествующей беременности (репродуктивные потери, преэклампсию) рекомендуется исследование системы гемостаза, в том числе на тромбогенные ДНК – полиморфизмы. При выявлении мутации необходима консультация гематолога с целью коррекции свертывающей системы крови, профилактики рецидива заболевания и прегравидальной подготовки.

3. Беременных, имеющих в анамнезе геморрагическую форму апоплексии яичника, следует относить к группе риска по развитию невынашивания беременности в первом триместре, преэклампсии и гипотонических кровотечений в послеродовом периоде.

4. Беременным с геморрагической формой апоплексии яичника в анамнезе рекомендуется проводить исследование гемостаза в каждом триместре. При увеличении уровня фибриногена, РФМК, Д-димеров, снижении АЧТВ, протромбинового времени и гиперагрегации тромбоцитов совместно с гематологом индивидуально решать вопрос о назначении дезагрегантов, антикоагулянтов.

Список литературы

- 1) Некоторые аспекты диагностики и лечебной тактики у больных с доброкачественными образованиями яичника и состояние репродуктивной системы после хирургической коррекции / С. А. Абдуллаева // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2005. - Т.5, №2.
- 2) Минимально инвазивная хирургия в гинекологической практике / Л. В. Адамян // Акушерство и гинекология. – 2006.
- 3) Неотложная помощь при экстренных состояниях в гинекологии // Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. —Н.Новгород: Издво НГМА, 1997.
- 4) Апоплексия яичника и разрывы кист яичников / А. С. Гаспаров, А. Э. Тер-Овакимян, Е. Г. Хилькевич, А. Г. Косаченко. – М. : МИА, 2009.