

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ

УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

Тема: Внематочная беременность. Апоплексия яичника. Перекрут ножки кистомы яичника.

Проф. Б.Б. Негмаджанов

САМАРКАНД-2016

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

План

- Причины острого живота в гинекологии.
- Внематочная беременность. Причины, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
- Апоплексия яичников. Причины, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
- Перекрут ножки кистомы яичника. Причины, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

Острый живот – это клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, которые угрожают жизни и требуют неотложной помощи.

Термин «острый живот» является собирательным понятием, объединяющих группу заболеваний, различных по этиологическому признаку и патогенезу, клиническая картина которых имеет много общих признаков.

Причины «острого живота» в гинекологии условно можно разделить на 3 группы:

- Острые внутрибрюшинные кровотечения (нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника);
- Нарушение кровообращения во внутренних половых органах (перекрут ножки опухолей и опухолевидных образований яичника, перекрут и/или некроз миоматозного узла);
- Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов с вовлечением в процесс брюшины.

ВНЕМАТОЧНАЯ (ЭКТОПИЧЕСКАЯ) БЕРЕМЕННОСТЬ — беременность, при которой оплодотворённая яйцеклетка имплантируется и развивается вне полости матки.

МКБ-10

О00 Внематочная (эктопическая) беременность.

О00.0. Абдоминальная (брюшная) беременность.

О00.1. Трубная беременность.

О00.2. Яичниковая беременность.

О00.8. Другие формы внематочной беременности.

000.9. Внематочная беременность неуточнённая.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

В России эктопическая беременность занимает третье место среди причин материнской смертности, что составляет 5%. Показатель летальности при внематочной беременности в России в три раза выше, чем в США.

Наиболее часто внематочную беременность встречают у женщин 20–35 лет. Однако в последние годы отмечают выраженный рост числа эктопической беременности среди женщин старше 35 лет.

Трубную беременность встречают у 98–99% пациенток; яичников — 0,1–0,7%; брюшная беременность — в 0,3–0,4% случаев, беременность в рудиментарном роге матки — в 0,1–0,9%.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Основная классификация эктопической беременности основана на локализации плодного яйца:

Частые формы:

■ Трубная беременность:

в ампулярном отделе;

в истмическом отделе;

в интерстициальном отделе.

Редкие формы:

■ Яичниковая беременность:

развивающаяся на поверхности яичника;

развивающаяся интрафолликулярно.

■ Брюшная беременность:

первичная (имплантация в брюшной полости происходит первоначально);

вторичная.

■ Беременность в рудиментарном роге.

■ Межсвязочная беременность;

■ Шеечная беременность;

■ Многоплодная беременность (беременность, развивающаяся в полости матки, и эктопическая беременность).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины, ведущие к развитию внематочной беременности, многообразны: воспалительные заболевания придатков матки, нарушение сократительной

деятельности маточных труб, половой инфантилизм, эндокринные расстройства, повышенная активность трофобласта и т.д. Морфологическое исследование выявляет в половине всех случаев эктопической беременности острое воспаление в трубе. Большое значение в возникновении заболевания имеют функциональные нарушения в репродуктивной системе. Риск эктопической беременности значительно повышается при 2 и более искусственных абортах в анамнезе.

Имплантация оплодотворенной яйцеклетки вне полости матки чаще происходит из-за структурных или функциональных нарушений маточных труб, при которых замедляется продвижение плодного яйца, и протеолитические ферменты, обеспечивающие инвазию, выделяются до того, как оно достигло полости матки. В редких (генетически обусловленных) случаях отмечается преждевременный выброс протеолитических ферментов плодным яйцом, что приводит к имплантации выше полости матки (чаще в трубе).

СКРИНИНГ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

На уровне женской консультации выявляют женщин группы риска:

- с хроническими воспалительными заболеваниями придатков матки;
- с дисфункцией яичников;
- с трубно-перитонеальным бесплодием;
- имеющих в анамнезе внематочную беременность.

Диагностика

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Принято различать следующие клинические формы трубной беременности:

- прогрессирующая;
- нарушенная:
 - по типу трубного «аборта» (внутреннего разрыва плодместилища);
 - по типу разрыва трубы (наружного разрыва плодместилища).

Подавляющее большинство эктопических беременностей — это трубная беременность.

Клинические проявления прогрессирующей беременности крайне скудны: на фоне задержки менструации возможны тянущие боли в гипогастрии.

При нарушенной эктопической беременности клиническая картина и состояние пациентки зависят от варианта прерывания, интенсивности и величины кровопотери. Говоря о болевом синдроме, следует отметить, что боль носит резкий приступообразный характер, особенно в одной из подвздошных областей, иррадирует в прямую кишку, поясницу или нижние конечности. При кровопотере более 400–500 мл появляется френикус-симптом. Боль при разрыве трубы обусловлена не только её повреждением, но и раздражением брюшины излившейся из повреждённых сосудов кровью.

Возникают затруднённое мочеиспускание, позывы на дефекацию, иногда диарея. Диагностика эктопической беременности должна быть максимально ранней. Оптимальный вариант — выявление прогрессирующей эктопической беременности. Это позволяет снизить кровопотерю, количество осложнений, а также использовать органосохраняющие методы лечения, улучшая прогноз фертильности.

Жалобы

Основные жалобы больных с эктопической беременностью:

- задержка менструации (73%);
- кровянистые выделения из половых путей (71%);
- боли различного характера и интенсивности (68%);
- тошнота;
- иррадиация боли в поясничную область, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра.

Объективное обследование

Внематочная беременность вызывает в организме женщины такие же изменения, как и маточная: задержку менструации, нагрубание молочных желёз, тошноту, извращение вкуса. Отмечают цианоз преддверия влагалища, слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Матка увеличивается в размерах, размягчается, слизистая оболочка матки трансформируется в децидуальную оболочку. В яичнике формируется жёлтое тело беременности, иммунологическая реакция на беременность положительная.

Постановка диагноза прогрессирующей трубной беременности в ранние сроки затруднена. При прогрессирующей эктопической беременности состояние, как правило, удовлетворительное. Жалобы могут отсутствовать.

При нарушенной эктопической беременности может отмечаться бледность кожных покровов и слизистых оболочек, частый слабый пульс, АД может быть снижено. Температура тела нормальная или повышенная.

При пальпации живот мягкий, болезненный над лонным сочленением или в подвздошных областях, перкуторно определяют притупление звука в отлогах частях. Симптом Щёткина–Блюмберга слабо выражен.

При влагалищном исследовании размер матки чаще увеличен. Отмечают резкую болезненность при смещении матки, её шейки и пальпации заднего свода. Иногда (почти в 50%) пальпируют резко болезненное округлое образование слева или справа от матки тестоватой консистенции.

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Мировой «золотой» стандарт диагностики эктопической беременности:

- анализ крови на β -ХГЧ, при котором выявляют несоответствие количества этого гормона должному при данном сроке маточной беременности;

■ УЗИ — отсутствие в полости матки трофобласта и обнаружение его вне полости.

Комбинация трансвагинального УЗИ и определения уровня β -субъединицы ХГЧ позволяет диагностировать беременность у 98% больных с 5-й акушерской недели беременности. Ультразвуковая диагностика внематочной беременности включает в себя измерение толщины эндометрия, соногистерографию, цветную доплерометрию. Беременность в маточном углу может быть заподозрена при асимметрии матки, асимметричной позиции плодного яйца по данным УЗИ.

Эндоскопическое исследование не входит в «золотой» стандарт, так как лапароскопическое исследование не может обнаружить в трубе беременность раннего срока, потому что малые размеры плодного яйца не приводят к видимой деформации маточной трубы.

Основные критерии ультразвуковой диагностики внематочной беременности:

■ неоднородные придатковые структуры и свободная жидкость в брюшной полости — 26,9%;

■ неоднородные придатковые структуры без свободной жидкости — 16%;

■ эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом (сердцебиение определяется) — 12,9%;

■ эктопически расположенный эмбрион (сердцебиение не определяется) — 6,9%.

По результатам УЗИ выделяют три типа эхографической картины полости матки при внематочной беременности:

■ I — утолщённый от 11 до 25 мм эндометрий без признаков деструкции;

■ II — полость матки расширена, переднезадний размер от 10 до 26 мм, содержимое в основном жидкостное, неоднородное за счёт гематометры и отторгнутого в различной степени гравидарного эндометрия;

■ III — полость матки сомкнута, М-эхо в виде гиперэхогенной полоски от 1,6 до 3,2 мм.

Прогрессирующая трубная беременность

При сборе анамнеза уточняют характер менструального цикла, число и исход предшествующих беременностей, применявшиеся методы контрацепции, оценивают риск внематочной беременности.

Признаки прогрессирующей внематочной беременности:

■ содержание хорионического гонадотропина несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока;

■ увеличение размеров матки не соответствует предполагаемому сроку беременности;

■ в области придатков пальпируют опухолевидное образование тестоватой консистенции, болезненное при исследовании.

Динамическое наблюдение за больной с подозрением на прогрессирующую внематочную беременность проводят только в стационаре с круглосуточно действующей операционной, так как прерывание её происходит внезапно и сопровождается кровотечением в брюшную полость.

Отрицательный качественный тест на ХГЧ в моче не исключает возможности эктопической беременности. Достоверно определение ХГЧ количественным методом.

Разрыв маточной трубы

Для разрыва маточной трубы характерна яркая клиническая картина. Внезапно у больной наступает острый приступ боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, появляются холодный пот, бледность, кратковременная потеря сознания, снижение артериального давления. Пульс становится слабым и частым. Френикус-симптом положительный, если в брюшной полости имеется не менее 500 мл крови. Возникают симптомы раздражения брюшины. Состояние больной обусловлено величиной кровопотери.

В боковых отделах живота определяется притупление перкуторного звука (свободная кровь в брюшной полости). Живот умеренно вздут, отмечаются нерезко выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность нижних отделов живота, чаще на стороне разрыва трубы. При гинекологическом исследовании (его следует проводить крайне осторожно во избежание повторного болевого шока, усиления кровотечения и коллапса) обычно определяется незначительное увеличение матки, пальпация её и движения шейки матки резко болезненны. Через боковой свод влагалища в области придатков определяется опухолевидное образование тестоватой консистенции без чётких контуров. Задний свод уплощён или даже выпячен во влагалище. Пальпация заднего свода резко болезненна. Из шеечного канала вскоре после приступа возникают незначительные тёмно-кровянистые выделения (в первые часы они могут отсутствовать). Через несколько часов после приступа боли из матки начинает отторгаться децидуальная ткань, которая представляет собой почти полный слепок полости матки. Состояние больной может на какое-то время стабилизироваться или даже улучшиться, но по мере увеличения внутреннего кровотечения развивается картина тяжёлого коллапса и шока. Тяжесть состояния больной обусловлена объёмом кровопотери, при этом большое значение имеет преморбидный фон и способность адаптации пациентки к кровопотере.

Информативным диагностическим тестом, выполняемым в стационаре, служит кульдоцентез, с помощью которого можно подтвердить наличие свободной крови в брюшной полости. Полученная при пункции кровь имеет тёмный цвет, содержит мягкие сгустки и не свёртывается, что отличает её от крови, полученной из кровеносного сосуда (кровь алого цвета с быстрым образованием сгустков).

Если в результате пункции через задний свод кровь не получена, то это ещё не отвергает диагноз внематочной беременности, так как возможно неправильное выполнение пункции или отсутствии крови в позадматочном углублении ввиду спаек и сращений в области малого таза.

Трубный аборт

Клиника трубного аборта складывается из сочетания объективных и субъективных признаков беременности и симптомов её прерывания. Обычно после небольшой задержки менструации появляются схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы боли внизу живота, чаще односторонние. Возникают скудные тёмно-кровянистые выделения из половых путей, обусловленные отторжением децидуальной оболочки матки. Трубный аборт, как правило, протекает длительно, часто без острых клинических проявлений. В начале заболевания кровь при отслойке плодного яйца из маточной трубы поступает в брюшную полость небольшими порциями, не вызывая резких перитонеальных симптомов и анемизации больной. Однако лабильность пульса и АД, особенно при перемене положения тела, является достаточно характерным признаком. Дальнейшая клиника трубного аборта определяется повторным кровотечением в брюшную полость, образованием позадматочной гематомы и анемией, возникают симптомы раздражения брюшины.

Шеечная беременность

Частота шеечной беременности колеблется от 1 на 2400 до 1 на 50 000 беременностей. Считают, что её риск повышают предшествующий аборт или кесарево сечение, синдром Ашермана, миома матки и ЭКО. Ультразвуковые признаки шеечной беременности:

- отсутствие плодного яйца в матке или ложное плодное яйцо;
- гиперэхогенность эндометрия (децидуальная ткань);
- неоднородность миометрия;
- матка в виде песочных часов;
- расширение канала шейки матки;
- плодное яйцо в канале шейки матки;
- трофобласт в канале шейки матки;
- закрытый внутренний зев.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Дифференциальная диагностика нарушенной трубной беременности на поликлиническом этапе не должна занимать много времени: при наличии признаков острого живота задача врача — срочно госпитализировать больную. Огромное значение имеет выявление прогрессирующей эктопической беременности. Если эктопическая беременность не будет диагностирована амбулаторно и женщина не будет направлена в стационар, прерывание

беременности может произойти вне лечебного учреждения, что может угрожать жизни и здоровью пациентки.

Прогрессирующую трубную беременность дифференцируют с:

- маточной беременностью ранних сроков;
- дисфункциональным маточным кровотечением (ДМК);
- хроническим воспалением придатков матки.

При выявлении прогрессирующей трубной беременности необходимо полагаться на динамическое определение сывороточного ХГЧ, позволяющего обнаружить замедленный прирост гормона. Если уровень ХГЧ возрос менее чем на 66% за двое суток, риск наличия внематочной беременности определяют как высокий. Визуализация плодного яйца в полости матки всегда возможна при значении ХГЧ выше 2000 мМЕ/мл. Это соответствует 5–6 нед после первого дня последней менструации.

Ультразвуковые признаки внематочной беременности при ТВС:

- выявление образования с жидкостным включением в области придатков матки;
- визуализация эмбриона в области придатков матки;
- отсутствие плодного яйца в полости матки при значении сывороточного ХГЧ выше 1500–2000 мМЕ/мл.

Прерывание беременности по типу разрыва трубы дифференцируют с:

- апоплексией яичника;
- перфорацией язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- разрывом печени и селезёнки;
- перекрутом ножки кисты или опухоли яичника;
- острым аппендицитом;
- острым пельвиоперитонитом.

Беременность, прервавшаяся по типу разрыва внутреннего плодместилища (трубный «аборт»), необходимо дифференцировать с:

- самопроизвольным абортом;
- обострением хронического сальпингоофорита;
- ДМК;
- перекрутом ножки опухоли яичника;
- апоплексией яичника;
- острым аппендицитом.

Проводя дифференциальный диагноз с **маточным выкидышем**, необходимо помнить, что самопроизвольное нарушение маточной беременности происходит большей частью позже (между 8 и 12 нед);

Общность симптомов трубного аборта и обострившегося **воспаления придатков матки** часто создаёт трудности в диагностике. Правильный диагноз может быть поставлен на основании тщательного изучения анамнеза, внимательного

обследования больной, а также наблюдения за ней в динамике в условиях стационара с применением различных дополнительных методов исследования.

При обострении воспалительного процесса придатков матки задержки менструаций, как правило, не бывает; объективные и субъективные признаки беременности отсутствуют; биологические и серологические реакции на беременность отрицательные; СОЭ ускорена, гемоглобин в норме.

Возникает лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение температуры тела; боли носят более постоянный характер и ощущаются обычно в месте локализации процесса; живот напряжён, болезненный обычно с обеих сторон; кровянистые выделения из половых путей бывают в очень редких случаях; при влагалищном исследовании — матка нормальной величины, плотная, придатки матки (чаще с двух сторон) утолщены, болезненны при пальпации, своды свободные, глубокие.

Отличительные признаки внематочной беременности и **аппендицита**:

- при аппендиците отсутствуют признаки беременности;
- при аппендиците нет кровянистых выделений из половых путей;
- при аппендиците больная предъявляет жалобы на тошноту, рвоту, боли в правой подвздошной области, умеренное повышение температуры тела;
- при аппендиците при пальпации живота отмечают болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы Щёткина–Блюмберга, Ровсинга;
- при аппендиците по данным влагалищного исследования матка нормальных размеров, плотная, безболезненная, придатки не определяются, своды свободные;
- при аппендиците возникает лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенное СОЭ.

Весьма ценным диагностическим методом является лапароскопия.

Лечение

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение эктопической беременности проводят строго в стационаре. В настоящее время оперативное лечение является общепринятым.

ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Лечение должно быть комплексным. Оно складывается из следующих этапов:

- 1) Операция.
- 2) Борьба с кровотечением, шоком и кровопотерей.
- 3) Ведение послеоперационного периода.
- 4) Реабилитация репродуктивной функции.

При разрыве маточной трубы или трубном аборте со значительной кровопотерей показано экстренное оперативное вмешательство: чревосечение, удаление

маточной трубы, проведение мероприятий, направленных на борьбу с шоком, кровопотерей.

В последние годы для оперативного лечения прогрессирующей трубной беременности и трубного аборта используют лапароскопию. Необходимое условие для проведения лапароскопических операций — удовлетворительное состояние больной при стабильной гемодинамике.

Удаление маточной трубы производят у пациенток, не заинтересованных в детородной функции или при невозможности выполнения пластической операции. С целью сохранения органа производят сальпинготомию или резекцию трубы. Преимуществом лапароскопии является значительное уменьшение операционной травмы (нет разреза передней брюшной стенки, отсутствуют травматические контакты с кишечником, брюшиной), отсутствует или значительно меньше выражен спаечный процесс, хороший косметический эффект. При лапароскопии значительно меньше затрачивается время на операцию, снижается койко-день, быстрее восстанавливается трудоспособность.

В последние годы всё более широкое применение находит консервативно-выжидательная тактика в лечении внематочной (трубной) беременности с использованием таких медикаментозных препаратов, как метотрексат, простагландины.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Женщины, перенёвшие внематочную беременность, нуждаются в реабилитации и диспансерном наблюдении по месту жительства.

Реабилитация должна включать следующие направления:

- Борьба с анемией.
- Физиотерапия — улучшение кровотока и метаболизма клеток, усиление фагоцитоза и ферментативной активности, улучшение процессов репарации.
- Восстановление двухфазного менструального цикла (гормональная терапия), восстановление нарушений в системе гипоталамус–гипофиз–яичники.
- Поддержка нормобиоценоза влагалища.
- Иммуномодуляция.
- Репродуктивное планирование (контрацепция, запланированная беременность).

Пациенткам с нереализованной репродуктивной функцией показана контрольная лапароскопия с целью уточнения состояния маточных труб через 3 мес после органосохраняющих операций.

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

Длительное время апоплексия яичника обозначалась различными терминами: гематома яичника, кровотечение из яичника, разрыв кисты жёлтого тела, инфаркт яичника, разрыв яичника.

МКБ-10

N83.0 Геморрагическая фолликулярная киста яичника.

N83.1 Геморрагическая киста жёлтого тела.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Среди причин внутрибрюшного кровотечения на долю апоплексии приходится до 2,5%.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от клинической картины различают следующие формы апоплексии яичника:

- Болевая (псевдоаппендикулярная), для которой характерен болевой синдром, сопровождающийся тошнотой и повышением температуры.
- Анемическая, напоминающая разрыв трубы при внематочной беременности, при которой ведущим симптомом является внутреннее кровотечение.
- Смешанная, когда симптомы двух предыдущих форм выражены в равной степени.

Поскольку различная степень кровотечения наблюдается во всех случаях апоплексии яичника, то разделение на вышеуказанные формы весьма условно.

В связи с этим более 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 апоплексию яичника классифицируют как:

- Лёгкую (кровопотеря составляет 100–150 мл).
- Среднюю (кровопотеря составляет 150–500 мл).
- Тяжёлую (кровопотеря более 500 мл).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

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

Кровотечению из яичника предшествует образование гематомы, которая вызывает резкие боли вследствие нарастания давления и растяжения овариальной капсулы. Затем наступает разрыв ткани яичника. Даже небольшой разрыв (диаметр до 1 см) может привести к обильному кровотечению.

Апоплексия яичника может возникать в различных фазах менструального цикла. Реже всего в первой фазе, когда фолликулы ещё в стадии созревания и бедны сосудами, чаще в период овуляции и в стадии васкуляризации и расцвета жёлтого тела. Самый частый источник кровотечения — жёлтое тело или его киста. Не исключается возможность разрыва жёлтого тела во время беременности. Апоплексия наблюдается, как правило, у женщин в возрасте 20–36 лет, несколько чаще в правом яичнике (ввиду его большей васкуляризации).

СКРИНИНГ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика апоплексии яичников заключается в своевременном лечении и купировании нарушений репродуктивной системы, которые приводят к данному заболеванию (хронического воспаления придатков матки, мультифолликулярной структуры яичников, отклонений от нормальной двухфазной функции яичников).

Большое значение имеет профилактика кровоизлияния в уже имеющуюся кисту яичника.

Клиницисты предлагают трёхэтапное ведение больных с кистами яичников:

- динамическое наблюдение в течение 3 мес;
- противовоспалительная (рассасывающая) терапия, по показаниям применение гормональных препаратов;
- пункция кистозного образования под контролем трансвагинальной эхографии.

Полагают, что пациенткам, имеющим в настоящий момент ретенционные образования яичников, с профилактической целью следует назначать КОК или агонисты Гн-РГ, способствующие регрессу этих образований.

Диагностика

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина обусловлена характером кровотечения и наличием сопутствующих патологий. Апоплексия яичника всегда сопровождается кровотечением и болью.

Иногда 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.

Обычно заболевание начинается остро (часто после полового акта), с появления внезапных, иногда очень сильных («пронзающих») болей внизу живота с преимущественной локализацией на стороне поражённого яичника. Вначале боли могут возникнуть только во время физического напряжения. При прогрессировании заболевания боли сохраняются и в покое. При осмотре больной отмечают напряжение передней брюшной стенки, выраженные симптомы раздражения брюшины. Внезапное развитие приступа имеет место у подавляющего большинства больных.

Ведущие симптомы апоплексии яичника:

- боли внизу живота и пояснице;
- кровянистые выделения из влагалища, обычно быстро прекращающиеся вслед за исчезновением болей;
- кровотечение в брюшную полость с развитием анемии.

Провоцирующие моменты:

- физическое напряжение;
- половое сношение;
- травмы.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наиболее информативными в диагностике являются УЗИ и лапароскопия. УЗИ — метод выбора в диагностике апоплексии яичника, так как является неинвазивным, безопасным, информативным методом, отражающим структуру как неизменённых, так и повреждённых яичников. 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

несколько увеличен или нормальных размеров. Характерно наличие жидкостного включения гипоэхогенной или неоднородной структуры (жёлтое тело), диаметр которого не превышает размер преовуляторного фолликула и не приводит к объемной трансформации яичника. Наряду с этим визуализируется нормальный фолликулярный аппарат яичника в виде жидкостных включений от 4 до 8 мм в диаметре.

Наибольшей диагностической точностью (98%), а также возможностью оперативного лечения обладает лапароскопия, которая выполняется в стационарных условиях. При клинко-лабораторном обследовании анемия различной степени выраженности выявляется у каждой четвертой больной, могут быть снижены показатели гематокрита от 18 до 25, у некоторых больных отмечается лейкоцитоз — от 9500 до 15 000/л. Результаты исследования показали, что показатели свертывания крови (время рекальцификации плазмы, протромбиновый индекс, толерантность плазмы к гепарину, фибриноген) и фибринолитическая активность крови у подавляющего большинства женщин находятся в пределах.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Клиника апоплексии яичника развивается по типу острых заболеваний брюшной полости. Поэтому апоплексию яичника необходимо дифференцировать с другими причинами острого живота (нарушенной трубной беременностью, перекрутом ножки кисты яичника, острым аппендицитом, кишечной непроходимостью,

перфоративной язвой желудка, острым панкреатитом и т.д.). Все указанные состояния требуют немедленной госпитализации, поэтому задача врача, ведущего амбулаторный приём, при подозрении на апоплексию яичника направить женщину в стационар, где и будет проведена основная дифференциальная диагностика.

Лечение

ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

Остановка кровотечения из яичника, восстановление его целостности и ликвидация последствий кровопотери.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение апоплексии яичника выполняется только в условиях стационара. Недопустимо наблюдение больной с подозрением на апоплексию яичника в условиях женской консультации, даже дневного стационара.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

При подозрении на апоплексию яичника показана госпитализация в гинекологический стационар в экстренном порядке.

ЛЕЧЕНИЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

В зависимости от состояния больной и прогрессирования кровопотери возможно консервативное или хирургическое лечение. Важный момент в лечении больных с апоплексией яичника — максимально щадящая тактика. Основанием для такого подхода служит понимание исключительной важности яичника как эндокринного и генеративного органа, что диктует необходимость сохранения любой по величине функционирующей его части.

Консервативное лечение можно проводить только в стационаре под круглосуточным наблюдением медицинского персонала.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Женщины, перенесшие апоплексию яичника, нуждаются в диспансерном наблюдении и реабилитации по месту жительства.

Программа реабилитации предусматривает несколько компонентов:

- Антианемическая терапия.
- Физиотерапия, направленная на улучшение кровотока, оптимизацию метаболизма клеток, усиление фагоцитоза, улучшение процессов репарации.
- Гормональная терапия — приём КОК до полугода для оптимальной репарации яичника.
- Поддержка нормобиоценоза влагалища.
- Иммуномодулирующая терапия.

ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

Перекрут ножки опухоли яичника — осложнение опухоли яичника, при котором происходит её ротация вокруг своей оси, приводящая к сдавлению сосудов.

МКБ-10

N83.5 Перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Перекрут придатков матки в структуре острых гинекологических заболеваний не слишком частая (7%), но опасная патология.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Перекрут ножки опухоли яичника бывает полным (на 360°, 720°) или частичным (на 180°).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Перекрут ножки опухоли иногда связан с резкими движениями, переменной положения тела, физическим напряжением, половым актом. Это осложнение чаще возникает у девочек и девушек. Нередко перекрут ножки кистомы яичника происходит во время беременности или в послеродовом периоде.

В момент ротации перекручиваются ветви маточной артерии, питающие яичник, и яичниковая артерия вместе с сопровождающими их венами.

В опухоли нарушается кровообращение, затем наступают некроз, асептическое воспаление, распространяющееся на брюшину. Наиболее часто встречаются перекрут ножки опухоли яичника.

Анатомическая ножка опухоли состоит из растянутой воронко-тазовой связки, собственной связки яичника и мезоооария. В ножке кистомы проходят кровеносные сосуды, питающие опухоль (яичниковая артерия, анастомоз её с маточной артерией), а также лимфатические сосуды и нервы.

Хирургическая ножка представляет собой образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении опухоли. Чаще всего в хирургическую ножку, помимо анатомической, входит перерастянутая маточная труба.

СКРИНИНГ И ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Профилактические мероприятия:

■ На уровне амбулаторно-поликлинического звена — ежегодные гинекологические осмотры всех женщин с обязательным УЗИ органов малого таза.

■ Профилактические мероприятия с учётом медико-экономических стандартов в зависимости от нозологии.

■ Ранняя госпитализация и своевременное оперативное вмешательство при подозрении на перекрут ножки опухоли яичника.

■ Санитарно-просветительная работа среди населения с привлечением средств массовой информации (брошюры, буклеты, статьи в популярных газетах и журналах, теле- и радиопередачи).

Диагностика

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При полном перекруте ножки опухоли клиника проявляется картиной острого живота.

Характерные клинические симптомы:

■ Внезапное возникновение резких болей, часто после полового акта (особенно в позе наездницы), активного занятия спортом.

■ Напряжение передней брюшной стенки.

■ Положительный симптом Щёткина–Блюмберга.

■ Тошнота или рвота — 50%.

■ Парез кишечника.

■ Задержка стула, реже — диарея.

■ Дизурические расстройства.

■ Кровянистые выделения из половых путей (в 21% случаев).

■ Температура тела повышена.

■ Частый пульс.

■ Бледность кожных покровов и слизистых.

■ Холодный пот.

■ При влагалищном исследовании у 90% больных определяют образование тугоэластической консистенции не более 7–8 см, резко болезненное при исследовании.

Трудности в диагностике возникают при частичном перекруте ножки опухоли, у беременных, пожилых больных и девочек, когда клиническая картина менее выражена.

ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ультразвуковая диагностика у 87,1% больных позволяет выявить наличие опухоли в яичнике. При перекруте ножки контуры опухоли несколько размыты, в 89% отмечено утолщение стенки кисты вплоть до появления двойного контура, указывающего на отёк капсулы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Учитывая клинику острого живота при полном перекруте ножки опухоли яичника, дифференциальный диагноз чаще всего необходимо проводить с нарушенной внематочной беременностью, с острым аппендицитом и т.д.

Учитывая, что при недавно наступившей ротации при отсутствии некротических и тромботических изменений возможна деторсия яичника или деторсия образования яичника, врач женской консультации при подозрении на перекрут ножки опухоли должен в максимально короткие сроки обеспечить экстренную госпитализацию больной, не тратя драгоценное время на диагностический поиск.

Лечение

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение осуществляют только в стационаре. При лечении больных с указанной патологией применяют хирургические методы. Немедикаментозные и консервативные медикаментозные методы лечения неприемлемы.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

При подозрении на перекрут ножки опухоли яичника женщины должны быть госпитализированы в гинекологический стационар в экстренном порядке. Амбулаторное наблюдение и лечение таких больных недопустимо.

НАБЛЮДЕНИЕ И ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Наблюдение и реабилитация женщин после перекрута опухоли яичника должны производиться в женской консультации.

Программа реабилитации предусматривает несколько компонентов:

- Физиотерапия, направленная на улучшение кровотока, оптимизацию метаболизма клеток, усиление фагоцитоза, улучшение процессов репарации.
- Гормональная терапия — приём КОК до полугода для оптимальной репарации яичника.
- Поддержка нормобиоценоза влагалища.
- Иммуномодулирующая терапия.

ПРОГНОЗ

Прогноз зависит от оперативного доступа, разновидности выполненной операции. Наступление маточной беременности при использовании эндоскопического доступа и выполнении деторсии яичника или деторсии и резекции яичника отмечено у 75%. Это становится возможным в условиях наличия круглосуточной эндоскопической службы, при условии своевременной госпитализации и минимальном количестве диагностических ошибок. Важно «не упустить» тот момент, когда деторсия (или/и фиксация) яичника приведёт к восстановлению его кровоснабжения, что позволит хирургу сохранить орган, а женщине в дальнейшем реализовать свою репродуктивную функцию.