

Б.А. САТЫБАЛДИНА, Р.Н. ЕСПАЕВА, Л.С. САХМУЛДИНОВА, К.В. БУРЫЧИН, Д.К. МУРАТБАЕВА

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Казахского Национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова.

Отделение экстренной гинекологии

Центральной городской клинической больницы

### АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА. ЭТИОЛОГИЯ. ПАТОГЕНЕЗ. ЛЕЧЕНИЕ.

С внедрением новых технологий в последние годы изменился подход к диагностике и лечению апоплексии яичника. В статье приведены современные данные по этиологии, патогенезу и лечению апоплексии яичника.

**Ключевые слова:** апоплексия яичника, фолликулярная киста, киста желтого тела; болевая форма, геморрагическая форма и смешанная форма апоплексии яичника.

**Введение.** Апоплексия яичника — внезапно наступившее кровоизлияние в яичник при разрыве сосудов граафова пузырька, стромы яичника, фолликулярной кисты или кисты желтого тела, сопровождающееся нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость. Встречается у 0,5—2,5 % гинекологических больных, в структуре всех острых гинекологических заболеваний занимает третье место, составляя 17% [1]. 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.

По данным отделения экстренной гинекологии ЦГКБ за 2014-15 годы апоплексия яичника встречалась у 1,8% и 1,5% соответственно от общего количества поступивших больных. Из них оперативное лечение проведено у 0,5% пациенток. В настоящее время все оперативные вмешательства по поводу апоплексии яичника проводятся видеолaparоскопическим методом.

**Синонимы:** Гематома яичника, кровотечение из яичника, разрыв кисты желтого тела, разрыв яичника.

КОД ПО МКБ10

N83.0 Геморрагическая фолликулярная киста яичника.

N83.1 Геморрагическая киста желтого тела.

#### Обсуждение.

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; влагалитические 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.

#### Классификация

В зависимости от клинической формы выделяют апоплексию:

- болевую, для которой характерен болевой синдром;
- анемическую, при которой ведущий симптом — внутреннее кровотечение;
- смешанную, характеризующуюся 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 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 различают:

- лёгкую (кровопотеря составляет 100 - 150 мл);
- среднюю (кровопотеря составляет 150 - 500 мл);
- тяжёлую (кровопотеря более 500 мл).

Эта классификация наиболее приемлема, так как более чётко определяет тактику врача при этой патологии.

#### Этиология и патогенез

Факторы риска:

- воспалительные процессы в яичниках;
- варикознорасширенные, склерозированные сосуды;
- мелкокистозные изменения яичников.

Провоцирующими моментами могут быть физическое напряжение, половое сношение, травмы.

#### Диагностика

Клиническая картина

Обычно заболевание начинается остро (часто после полового акта), с появления внезапных, иногда очень сильных болей внизу живота, с преимущественной локализацией на стороне поражённого яичника. Боли могут возникнуть во время физического напряжения. При осмотре больной отмечает напряжение передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины сильно выражены. Внезапное развитие приступа имеет место у подавляющего большинства больных. 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.

Основные симптомы, определяемые при апоплексии яичника:

- боли внизу живота и пояснице;
- кровотечение в брюшную полость с развитием анемии.

#### Осложнения.

При значительной кровопотере и несвоевременно оказанной медицинской помощи возможно развитие геморрагического шока, что требует выполнения радикальной операции. В отдалённом периоде возможны нарушения менструального цикла и бесплодие.

### *Лабораторно-инструментальные исследования*

Диагноз апоплексии яичника устанавливают на основании анамнеза и данных осмотра больной. Наиболее информативные методы в диагностике - УЗИ и лапароскопия. Точность лапароскопии составляет 98%. Ошибки в определении этой патологии (при эндоскопии) объясняют наличием ряда признаков, сходных с внематочной беременностью. К ним относят визуализацию крови в малом тазу и образование багрового цвета в области придатков матки. Кроме того, обе патологии нередко сочетаются с хроническим воспалительным процессом придатков матки, сопровождающимся образованием обширных сращений в малом тазу, что существенно затрудняет осмотр внутренних половых органов.

### *Дифференциальная диагностика*

Апоплексию яичника необходимо дифференцировать с нарушенной трубной беременностью, острым аппендицитом, перекрутом ножки кисты и/или опухоли яичника, острой кишечной непроходимостью, перфоративной язвой желудка, острым панкреатитом, почечной коликой, пиосальпинксом.

### *Лечение*

#### *Помощь на догоспитальном этапе*

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

#### *Терапия в условиях стационара*

Необходим дифференцированный подход при выборе метода лечения. При лёгкой форме апоплексии яичника, сопровождающейся незначительным внутрибрюшным кровотечением, возможно применение консервативного лечения. Следует отметить, что медикаментозное лечение больных с лёгкой формой болезни приводит к развитию спаечного процесса органов малого таза в 85,7% случаев, бесплодия — в 42,8% случаев и рецидива апоплексии яичника — в 16,3% случаев. Это происходит вследствие невозможности удаления сгустков крови и промывания брюшной полости (т.е. всего того, что возможно во время лапароскопии) при таком способе лечения больных. В настоящее время при лёгкой форме данной патологии пересматривают вопросы тактики лечения в пользу лапароскопии в тех случаях, когда женщина заинтересована в сохранении репродуктивной функции.

Цель лечения состоит в остановке кровотечения из яичника, восстановлении его целостности и ликвидации последствий кровопотери. Необходим дифференцированный подход при выборе метода лечения. Важный момент в терапии больных с апоплексией яичника — максимально щадящая тактика, которая во многом зависит от степени внутрибрюшного кровотечения.

У гемодинамически стабильных пациенток, при исчезновении симптомов раздражения брюшины и в присутствии небольшого объёма жидкости в малом тазу, достаточно консервативного лечения с дальнейшим наблюдением.

Этот вид лечения включает покой, холод на низ живота (способствующий спазму сосудов), препараты гемостатического действия, спазмолитики, витамины: Этамзилат (Дицинон) 2 мл внутримышечно 2-4 раза в сутки; Дротаверин (но-шпа) 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки; 5% раствор Аскорбиновой кислоты - 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки или внутривенно в разведении с 40% раствором декстрозы - 10 мл; Тиамин 1 мл внутримышечно (1 раз в день чередовать через день); Пиридоксин 1 мл внутримышечно 1 раз в день (чередовать через день с Тиамином); Цианкобаламин 200 мкг внутримышечно 1 раз в день через день.

У пациенток, страдающих заболеваниями крови с дефектами гемостаза (аутоиммунная тромбоцитопения, болезнь Виллебранда), лечение следует проводить консервативно. После консультации специалиста-гематолога назначают специфическую терапию основного заболевания: кортикостероиды, иммунодепрессанты (при аутоиммунной тромбоцитопении), инфузии фактора свёртывания крови VIII (криопреципитата) или антигемофильной плазмы (при болезни Виллебранда), этамзилат (дицинон) — в обоих случаях. Однако при массивном внутрибрюшном кровотечении и кровоизлиянии в яичник для надёжного гемостаза приходится прибегать к удалению яичника.

Консервативное лечение следует проводить в стационаре под круглосуточным наблюдением медицинского персонала. Ухудшение общего состояния и появление объективных признаков внутреннего кровотечения или нарастание анемии — показание к оперативному лечению.

#### *Хирургическая тактика*

Показания к экстренному проведению лапароскопии:

- жалобы на боль внизу живота различной интенсивности;
- наличие жидкости, видимой при УЗИ.

Хирургическая картина апоплексии яичника характеризуется наличием ряда критериев:

- в малом тазу отмечают кровь в различном объёме, возможно, сосгустками;
- матка при отсутствии беременности не увеличена, её серозный покров розовый;
- в маточных трубах нередко определяют признаки хронического воспалительного процесса в виде перитубарных спаек. Спаечный процесс в некоторых случаях может быть выраженным;
- повреждённый яичник визуализируют либо нормальных размеров, либо увеличенным за счёт образования (кисты), не превышающего 7-10 см в диаметре багрового цвета;
- по краю яичника или кисты обнаруживают разрыв размером не более 1,5 см. Область повреждения на момент осмотра либо кровоточит, либо прикрыта сгустками.

Нередко апоплексия яичника сочетается с внематочной беременностью и острым аппендицитом. Рассматриваемая патология может быть двусторонней. В связи с этим во время операции обязателен осмотр обоих яичников, маточных труб и аппендикса.

Операцию следует выполнять максимально консервативно. Яичник следует удалить только при массивном кровоизлиянии, полностью поражающем ткань яичника. В случае разрыва жёлтого тела беременности следует ушить его, не производя резекцию, во избежание прерывания беременности. Аднексэктомия возможна при сочетании с другой патологией придатков матки (перекрутом ножки кисты яичника и/или маточной трубы с выраженным нарушением кровообращения).

Рекомендуют следующие этапы эндоскопической операции при апоплексии яичника:

I этап — остановка кровотечения из разрыва яичника;

II этап — удаление сгустков крови из брюшной полости;

III этап — осмотр яичника после промывания брюшной полости санирующими растворами;

IV этап — ушивание (коагуляция) или резекция яичника.

При разрыве белочной оболочки необходимо выполнить коагуляцию кровоточащих сосудов с помощью биполярного коагулятора.

При диффузном кровотечении из разрыва жёлтого тела используют эндотермию или длительную аппликацию электрокоагулятором. Необходимо аккуратно и бережно проводить коагуляцию, так как возможно усиление кровотечения при её использовании. Недопустимо применение вазоконстрикторов в ходе операции, в связи с возможным рецидивом кровотечения после окончания их действия.

**Заключение.** Апоплексия яичника является одной из часто встречающихся патологий в экстренной гинекологии. Эта патология женщин репродуктивного возраста. Поэтому на данном уровне развития медицины, с широким внедрением новых технологий

малоинвазивной хирургии, необходимо всем женщинам с геморрагической формой апоплексии яичника хирургическое лечение проводить видеолaparоскопическими методами и выполнять органосохраняющие операции.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Э.К. Айламазян. Неотложная помощь при экстренных состояниях в гинекологии. – Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1997. – 276 с.
- 2 Т.Н. Руднев, Медицинское информационное агентство. - М.: 2007. – 471 с.
- 3 Серова В.Н.. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 327 с.
- 4 Радзинского В.Е., Фукса А.М.. Гинекология. Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с.
- 5 Под ред. Кулакова В.И. Гинекология // Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - С. 963-969.

**Б.А. САТЫБАЛДИНА, Р.Н. ЕСПАЕВА, Л.С. САХМУЛДИНОВА, К.В. БУРЫЧИН, Д.К. МУРАТБАЕВА**

*С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина  
Университетінің №2 акушерия және гинекология кафедрасы.  
Орталық қалалық клиникалық аурухананың  
жедел гинекология бөлімшесі.*

#### **АНАБЕЗ АПОПЛЕКСИЯСЫ. ЭТИОЛОГИЯСЫ. ПАТОГЕНЕЗИ. ЕМІ.**

**Түйін:** Аналық без апоплексиясы гинекологиялық аурулардың ішінде 0,5—2,5 % да кездесіп, жедел гинекологиялық аурулардың құрамында үшінші орын алады және олардың ішінде 17% құрайды.

Мақалада аналық без апоплексиясының диагностикасы мен емі жайында заманауи мәліметтер келтірілген.

Соңғы жылдары жаңа технологияларды енгізу нәтижесінде аналық без апоплексиясының диагностикасы мен емін жүргізу жолдары өзгерді. Қазіргі уақытта апоплексияның геморрагиялық түрімен әйелдерге хирургиялық емнің видеолaparоскопиялық түрін қолданып, мүше сақтайтын операциялар жасау қажет.

**Түйінді сөздер:** аналық без апоплексиясы, фолликулярлық киста, сары дене кистасы, аналық без апоплексиясының геморрагиялық және аралас түрі.

**B.A. SATYBALDINA, R.N. ESPAEVA, L.S. SAHMULDINOVA, K.V. BURICHIN, D.K. MURATBAEVA**

*Asfendiyarov National Medical University  
Department of Obstetrics and Gynecology №2*

#### **OVARIAN APOPLEXY. ETIOLOGY. PATHOGENESIS. TREATMENT.**

**Resume:** Ovarian apoplexy occurs in 0,5-2,5% of gynecological patients, in the structure of all acute gynecological diseases ranked third and accounting for 17%.

The article presents modern data on the etiology, pathogenesis and treatment of ovarian apoplexy.

With the introduction of new technologies in recent years has changed the approach to diagnostic and treatment of ovarian apoplexy. At the present stage, it is necessary for all women with a form of hemorrhagic ovarian apoplexy surgery carried out by video laparoscopic and performs organ operations.

**Keywords:** ovarian apoplexy, follicular cyst, corpus luteum cyst, painful form, hemorrhagic form and mixed form of ovarian apoplexy.