

Карагандинский Государственный Медицинский Университет  
Кафедра акушерства и гинекологии

СРО на тему:

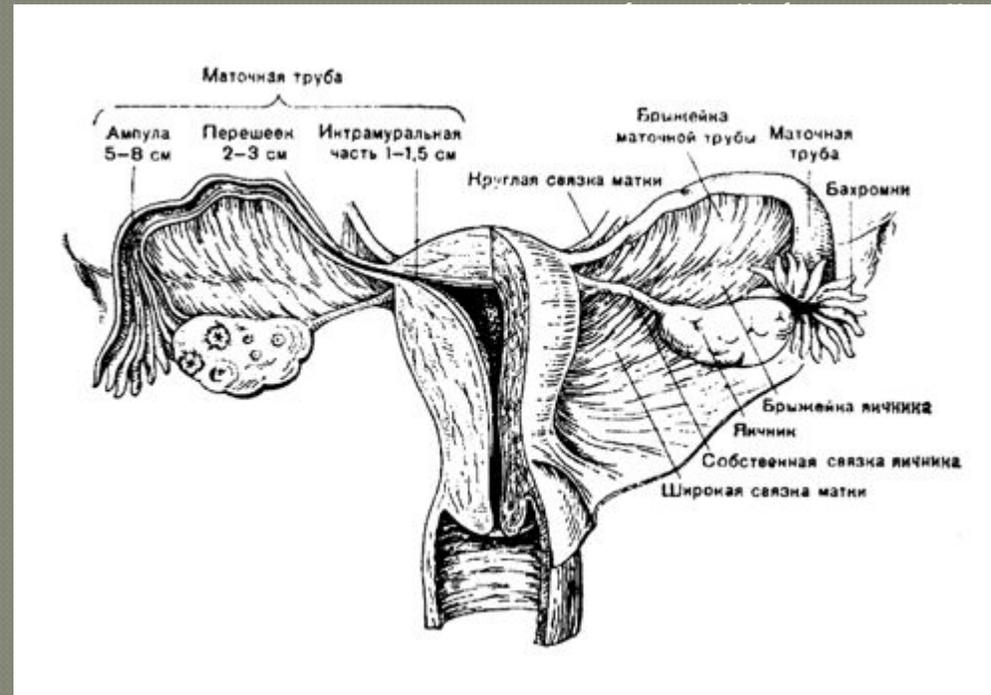
**«Внематочная беременность. Апоплексия яичника. Разрыв кисты.  
Реабилитация пациенток после осложненных родов, гинекологических  
операций»**

Подготовила: Горшенина А.С. 3006 стом  
Преподаватель: Отарбаева Ш. П.

Караганда 2015

Нормальная беременность развивается в полости матки, где имплантируется оплодотворенная яйцеклетка. Оплодотворение яйцеклетки, происходит в маточной трубе. После чего клетки, начавшие деление, перемещаются в матку, где имеются все условия для развития плода.

Но оплодотворенная яйцеклетка может и не попасть в полость матки, задержавшись в одной из маточных труб (так происходит в 95% случаев внематочной беременности). Иногда - довольно редко - беременность развивается в полости или яичнике.



Нормальная анатомия матки и маточных труб

**Беременность внематочная** –  
патология беременности, при  
которой имплантация и развитие  
плодного яйца происходят вне  
матки.

Развитие внематочной беременности  
связывают с теми изменениями  
маточных труб, которые препятствуют  
продвижению по ним оплодотворенного  
яйца.



## Этиология внематочной беременности.

- **Инфекция органов малого таза.** Хронический сальпингит — частая находка (30-50%) при эктопической беременности. Часто внематочная беременность возникает у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

1. Инфекционный процесс в слизистой оболочке маточной трубы ведёт к фиброзу и рубцовым изменениям, нарушающим транспортную функцию трубы из-за её сужения, формирования ложного хода, изменения реснитчатого эпителия и неполноценной перистальтики. Все эти особенности задерживают продвижение оплодотворённой яйцеклетки, способствуя её имплантации в трубе.

2. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза обычно поражают обе маточные трубы. Частота повторной эктопической беременности во второй трубе составляет 10-15%.

- **Сужение маточной трубы**

1. Врожденные дефекты маточной трубы (например, дивертикулы и карманы).
2. Доброкачественные опухоли или кисты трубы.
3. Фибромиомы матки в области трубного угла.
4. Эндометриоз труб.
5. Околотрубные спайки, возникающие вторично при аппендиците или после операций на органах малого таза и/или брюшной полости.
6. Хирургические вмешательства на маточных трубах. Частота эктопической беременности выше после пластических операций на маточных трубах по поводу воспалительных заболеваний или восстановления их проходимости после перевязки.

- многократные аборты
- внутриматочная спираль;
- стимуляция овуляции;
- патология зародыша
- генитальный инфантилизм;
- гормональные нарушения, изменяющие перистальтику труб ;
- гормональная контрацепция;
- аномалии развития половых органов;
- перенесенные ранее аборты;
- беременности, полученные путем экстракорпорального оплодотворения.

На фоне перечисленных патологических состояний нарушается физиологическое продвижение оплодотворенной яйцеклетки в сторону матки.

## Классификация

### а. Абдоминальная (брюшная) беременность

1. Первичную (имплантация в брюшной полости происходит первоначально).
2. Вторичную (имплантация в брюшной полости происходит вследствие изгнания плодного яйца из трубы).

### б. Трубная беременность

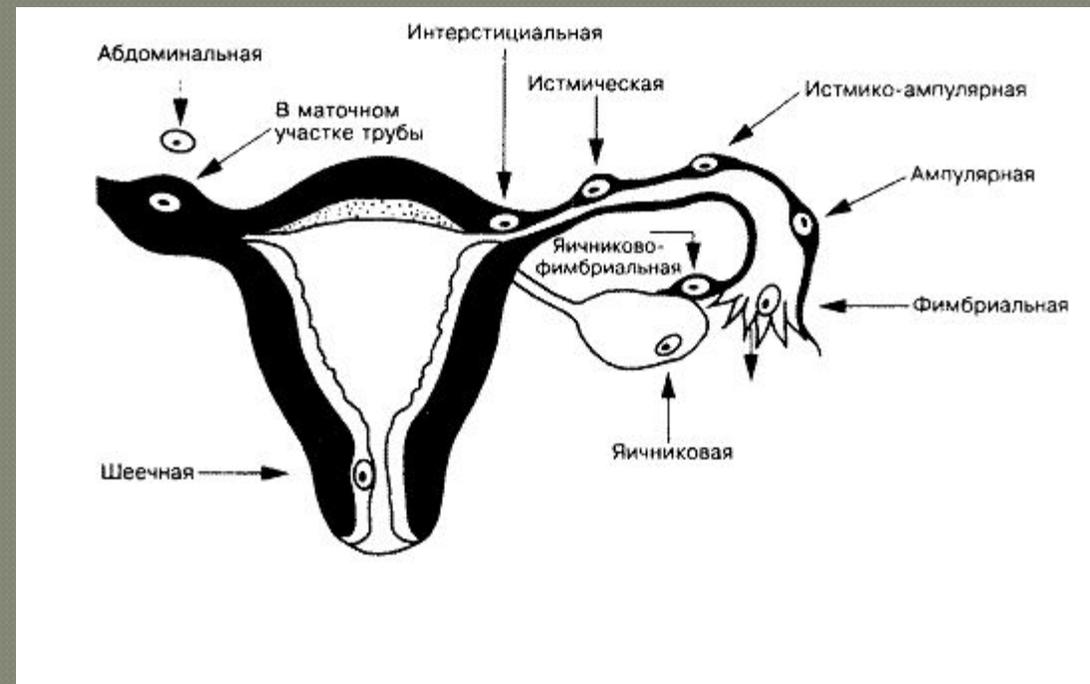
1. Ампулярная.
2. Истмическая.
3. Интерстициальная.

### в. Яичниковая беременность

1. Развивающаяся на поверхности яичника.
2. Развивающаяся интрафолликулярно.

### г. Другие формы внематочной беременности

1. Шеечная
2. Комбинированная
3. В роге матки
4. Внутрисвязочная
5. В брыжейке матки
6. Неуточнённая.



## *Развитие внематочной беременности различной локализации*

---

- Ампула маточной трубы (64%);
- Истмический отдел (25%);
- Фимбриальный отдел маточной трубы (9%);
- Интрамуральный отдел маточной трубы (2%);
- Яичниковая внематочная беременность, когда плодное яйцо прикрепляется к яичнику (0,5%);  
Шеечно-перешеечная, когда плодное яйцо прикрепляется в области шейки матки (0,4%);
- Брюшная беременность, когда плодное яйцо прикрепляется к органам брюшной полости или брюшине (0,1%).

## **По характеру клинического течения**

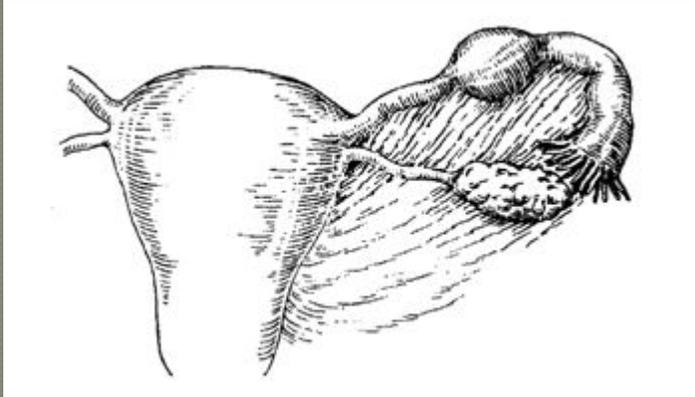
- **развивающаяся (прогрессирующая)**
  - **нарушенная (прервавшаяся).**
- 

Прогрессирующая внематочная беременность сопровождается такими же симптомами, как и маточная. Обычно на этой стадии развития внематочная беременность не диагностируется, и ее принимают за маточную. Изменения маточной трубы выражены незначительно.

В случае прервавшейся трубной беременности присоединяются признаки внутрибрюшного кровотечения:

- слабость,
  - потеря сознания,
  - снижение артериального давления,
  - частый слабый пульс,
  - резкий болевой синдром (характерно внезапное начало боли, которая может отдавать в задний проход, поясницу, ноги; обычно через некоторое время (несколько часов) после болевого приступа у 50-80% пациенток из половых путей отмечается кровотечение или скудные темные, иногда коричневые кровянистые выделения).
- В подавляющем большинстве случаев врачи имеют дело с **нарушенной внематочной беременностью.**

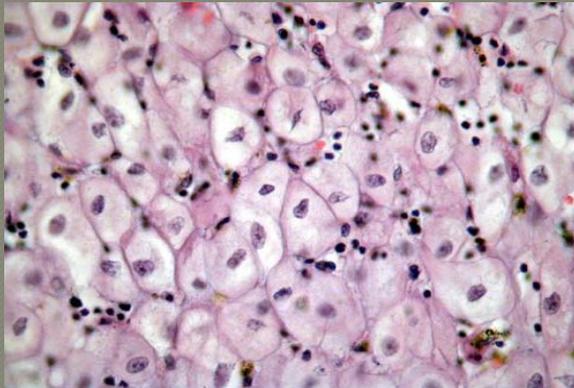
# ПАТОГЕНЕЗ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.



## ТРУБНАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

В маточной трубе, брюшной полости и зачаточном роге матки нет мощной специфической слизистой, которая свойственна для обычного места имплантации - полости матки.

Прогрессирующая внематочная беременность растягивает плодместилище, а ворсины хориона разрушают подлежащую ткань, в том числе и кровеносные сосуды. Этот процесс может протекать с разной скоростью в зависимости от места локализации и сопровождается более или менее выраженным кровотечением.



При трубной беременности в слизистой оболочке трубы, где прикрепляется и развивается яйцо, развивается **ДЕЦИДУАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ**, которая характеризуется появлением как в слизистой оболочке, так и в стенке трубы крупных децидуальных клеток. В слизистой оболочке развивается также ворсинчатая оболочка плода, причем ворсины хориона проникают в мышечный слой и его сосуды, разрушая тканевые элементы трубы. Со временем разрыхленная стенка трубы не в состоянии противостоять увеличению плодного яйца, что определяет течение и исход беременности.

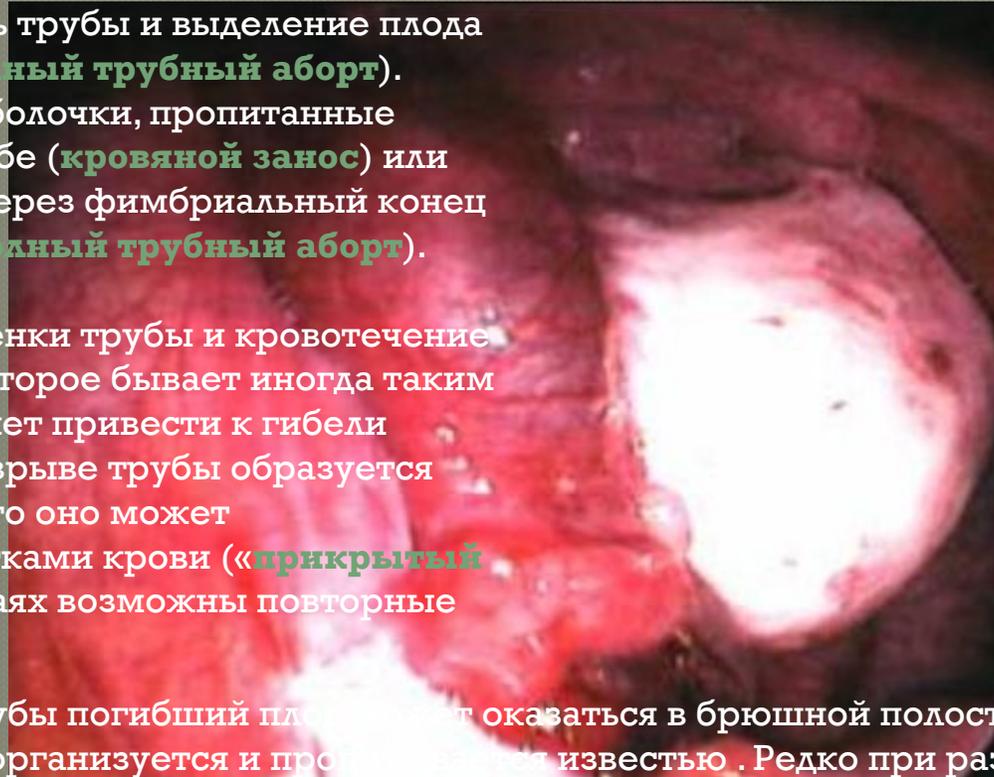
Если плодное яйцо развивается в **истмическом** отделе трубы, то имеет место базотропный рост ворсин хориона, которые быстро разрушают все слои трубы. И уже к 4-6 неделе это приводит к разрыву трубы и массивному кровотечению.

Аналогично протекает беременность, локализованная в **интерстициальном** отделе трубы, однако в связи с большей толщиной мышечного слоя длительность существования такой беременности больше и достигает 10-12 недель.

На 2-3 месяце трубной беременности возможно кровотечение в полость трубы и выделение плода в полость трубы (**неполный трубный аборт**). Погибший плод и его оболочки, пропитанные кровью, остаются в трубе (**кровавый занос**) или даже выбрасываются через фимбриальный конец в брюшную полость (**полный трубный аборт**).

Возможны разрывы стенки трубы и кровотечение в брюшную полость, которое бывает иногда таким значительным, что может привести к гибели женщины! Если при разрыве трубы образуется небольшое отверстие, то оно может тампонироваться свертками крови («**прикрытый разрыв**»). В таких случаях возможны повторные кровотечения.

При разрыве трубы погибший плод может оказаться в брюшной полости, где он частично рассасывается, организуется и превращается в известью. Редко при разрыве трубы и попадании плодного яйца в брюшную полость развивается вторичная брюшная беременность. Однако, обычно в таких случаях плод погибает и мумифицируется («**бумажный плод**») или обызвествляется (**автопедон**).



При ампулярной локализации плодного яйца возможна имплантация плодного яйца в складки эндосальпинкса. В этом случае рост ворсин хориона возможен в сторону просвета трубы. При этом вследствие антиперистальтики трубы возможно изгнание отслоившегося плодного яйца в брюшную полость, т.е. происходит трубный аборт.

При закрытии фимбриального отдела трубы изливающаяся в просвет трубы кровь приводит к образованию гематосальпинкса. При открытом просвете ампулы кровь, вытекая из трубы и сворачиваясь в области её воронки, может образовывать перитубарную гематому.

При скапливании крови в Дугласовом пространстве образуется замочная гематома, ограниченная от брюшной полости фиброзной капсулой.

В редких случаях плодное яйцо, изгнанное из трубы, не погибает, а имплантируется в брюшной полости и продолжает развиваться.

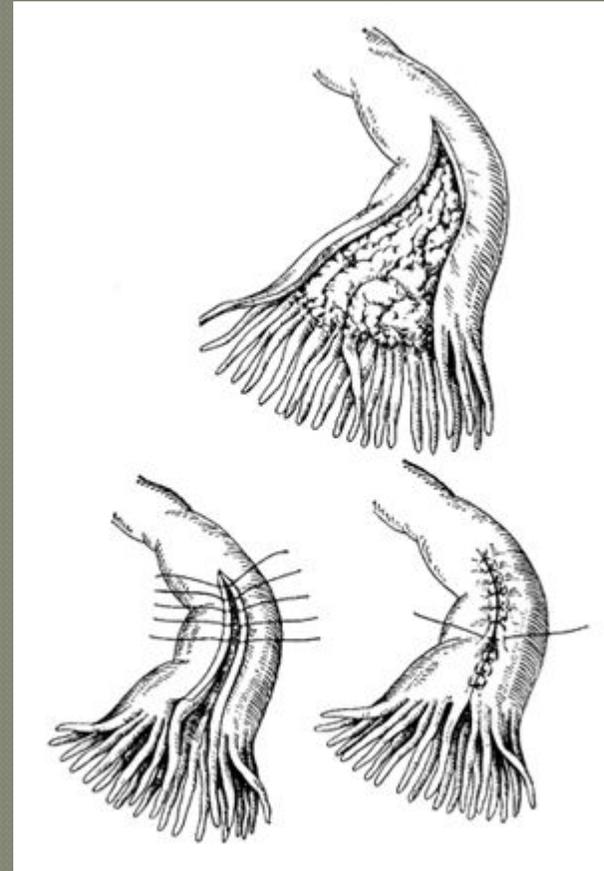
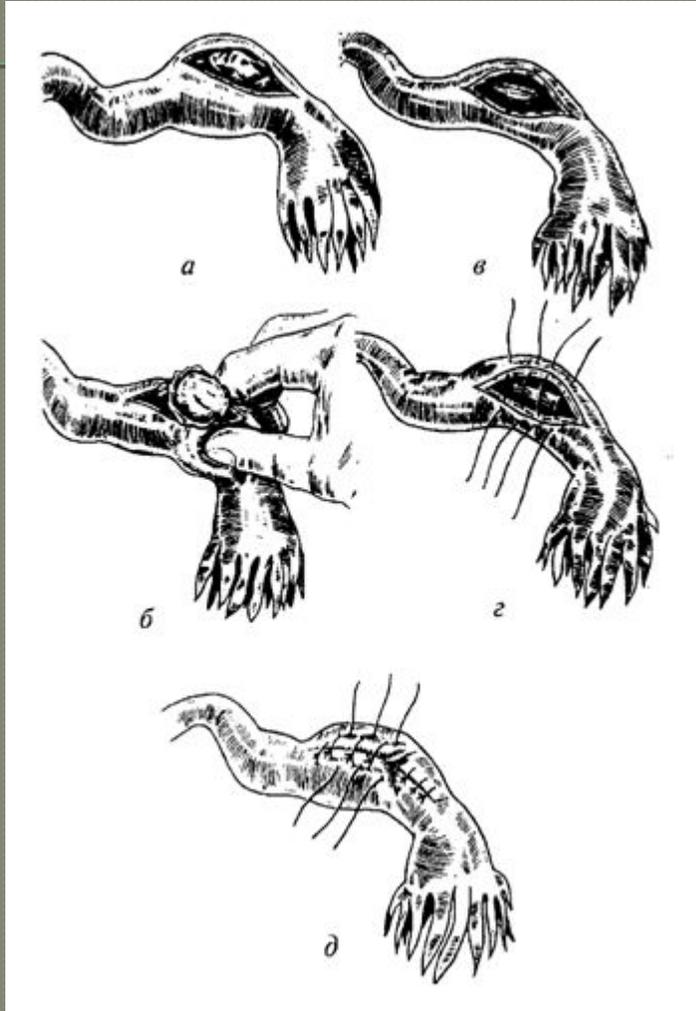
В определённых условиях возможно развитие яичниковой беременности, которая редко существует длительное время и приводит к разрыву плодместилища, сопровождающегося значительным кровотечением.

## Диагностика внематочной беременности

---

Внематочную беременность обычно диагностируют на 8 - 10 неделе беременности. Будущая плацента, с самого первого дня своего существования, выделяет специфический хорионический гормон, блокирующий функцию яичников по выработке следующей яйцеклетки, предотвращая тем самым вторичную беременность. Часто именно по содержанию в крови хорионического гормона и прогестерона можно диагностировать внематочную беременность. Как правило, в случае трубной беременности уровень хорионического гормона в крови понижается. УЗИ органов таза покажет точное расположение плода и наличие внематочной беременности. Лапароскопия также помогает определить точное расположение трубной беременности. Если внематочная беременность не заканчивается произвольным выкидышем, для удаления плаценты применяются некоторые лекарства, например, метотрексат. К такому лечению обращаются только в том случае, если внематочная беременность диагностирована на раннем сроке. Хирургическое вмешательство применяется, когда внематочная беременность зашла уже достаточно далеко

Внематочная беременность любой локализации является жизненным показанием к неотложной операции. Оперировать больных по поводу внематочной беременности следует в момент установления диагноза.



# Апоплексия яичника – это...

- патологическое кровоизлияние в ткань яичника и кровотечение из него в брюшную полость.



- = разрыв яичника – внезапный разрыв (нарушение целостности) ткани яичника, сопровождающийся кровотечением в брюшную полость и болевым синдромом.

По МКБ-10 коды: N83.0, N83.1

---

Апоплексия яичника  
- не только комплекс  
серьезных нарушений  
репродуктивной  
системы, но и  
заболевание всего  
организма с  
вовлечением  
различных уровней  
нервной системы.



# Эпидемиология

Встречается редко. Среди оперированных женщин по поводу внутреннего кровотечения, разрыв яичника обнаруживается в 0,5-3% случаев. Однако следует иметь в виду, что хирургическое лечение проводится не всем больным с подобным заболеванием. Некоторым из них из-за неясности клинической картины ставят другие диагнозы, так что частота апоплексии яичника все-таки превышает приведенные цифры.



Апоплексия правого яичника встречается в 2—4 раза чаще, чем левого, что объясняется более обильным кровообращением правого яичника, поскольку правая яичниковая артерия отходит непосредственно от аорты, а левая — от почечной артерии

# К разрыву яичника предрасполагают:

- воспалительные процессы органов малого таза, приводящие к склеротическим изменениям как в ткани яичника (склероз стромы, фиброз эпителиальных элементов, периоофориты), так и в его сосудах (склероз, гиалиноз), а также застойная гиперемия и варикозное расширение овариальных вен.
- Кровотечению из яичника могут способствовать заболевания крови и длительный прием антикоагулянтов, приводящие к нарушению свертывающей системы крови.

# Причины апоплексии яичника:

- Экзогенные: травма живота, физическое напряжение, бурное или прерванное половое сношение, верховая езда, спринцевание, влагалищное исследование и т.д.
- Эндогенные: неправильное положение матки, механическое сдавление сосудов, нарушающее кровоток в яичнике, давление на яичник опухолью, спаечные процессы в малом тазу и т.д. У ряда больных разрыв яичника происходит без видимых причин в состоянии покоя или во время сна.

---

Ведущую роль в патогенезе апоплексии яичника в настоящее время отводят нарушениям гормонального статуса. Одной из основных причин разрыва яичника считают чрезмерное увеличение количества и изменения соотношения гонадотропных гормонов гипофиза (ФСГ, ЛГ, пролактин), которое способствует гиперемии овариальной ткани.

Важная роль в возникновении апоплексии яичника принадлежит дисфункции высших отделов нервной системы, регистрируемой при ЭЭГ и РЭГ. В результате стрессовых ситуаций, психоэмоциональной лабильности, воздействия экологических факторов, условий жизни.

# Классификация

Выделяют следующие формы:

- болевую,
- анемическую,
- смешанную.

Сотрудниками клиники Г.М. Савельевой была предложена классификация, учитывающая выраженность внутри-брюшной кровопотери:

1. Болевая форма.
2. Геморрагическая форма:
  - I степень — легкая (внутрибрюшная кровопотеря не превышает 150 мл);
  - II степень — средняя (кровопотеря 150—500 мл);
  - III степень — тяжелая (внутрибрюшная кровопотеря более 500 мл).

# и легкой геморрагической формы

- Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.
- Пульс и артериальное давление в пределах нормы.
- Язык чистый, влажный.
- Живот мягкий, хотя возможно незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки в нижних отделах.
- Пальпаторно отмечается болезненность в подвздошной области, чаще справа, перитонеальных симптомов нет.
- Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

- При гинекологическом осмотре матка нормальных размеров, яичник несколько увеличен и болезнен. Своды влагалища глубокие, свободные.
- УЗИ органов малого таза - можно обнаружить скопление жидкости в позадиматочном (дугласовом) пространстве.
- При болевой форме апоплексии яичника есть незначительное количество жидкости в дугласовом пространстве.
- ОАК - выраженных изменений нет, иногда выявляется умеренный лейкоцитоз без сдвига формулы влево.

# Клиника и диагностика средней и тяжелой геморрагической (анемической) формы

- Заболевание начинается остро, часто связано с внешними причинами (половой акт, физическое напряжение, травма и т.д.).
- Боль в нижних отделах живота часто иррадирует в задний проход, ногу, крестец, наружные половые органы, сопровождается слабостью, головокружением, тошнотой, рвотой, обмороками. Выраженность симптоматики зависит от величины внутрибрюшной кровопотери.
- При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледные, на коже холодный липкий пот.
- АД снижено, тахикардия.
- Язык сухой, живот напряжен, возможно незначительное вздутие.

- При пальпации определяется резкая болезненность в одной из подвздошных областей или по всему гипогастрию.
- Перитонеальная симптоматика наиболее выражена в нижних отделах. Перкуторно определить свободную жидкость в отлогих местах живота (правый, левый боковые каналы).
- При гинекологическом осмотре слизистая оболочка влагалища нормальной окраски или бледная. Двуручное исследование может быть затруднено из-за выраженной болезненности передней брюшной стенки. Матка обычных размеров, болезненная, на стороне апоплексии пальпируется болезненный, слегка увеличенный яичник. Своды влагалища нависают, тракции за шейку матки резко болезненные.

- ОАК - снижение уровня Hb, но при острой кровопотере в первые часы возможно повышение уровня Hb в результате сгущения крови. У некоторых больных отмечается незначительное увеличение лейкоцитов без сдвига формулы влево.
- УЗИ - внутренних гениталий определяется значительное количество свободной мелко- и сред-недисперсной жидкости в брюшной полости со структурами неправильной формы, повышенной эхогенности (кровяные сгустки).
- Для диагностики заболевания без выраженных нарушений гемодинамических показателей применяют пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.

# апоплексии яичника стала лапароскопия

Апоплексия яичника при лапароскопии выглядит как стигма овуляции - приподнятое над поверхностью небольшое пятно диаметром 0,2—0,5 см с признаками кровотечения или прикрытое сгустком крови, в виде кисты желтого тела в «спавшемся» состоянии либо в виде самого желтого тела с линейным разрывом или округлым дефектом ткани с признаками кровотечения или болюсу



**Стигма овуляции.  
Лапароскопия**



**«Спавшаяся» киста  
желтого тела.  
Лапароскопия.**



**Желтое тело с разрывом  
и кровотечением.  
Лапароскопия.**

# Лечение

Зависит от формы заболевания и тяжести внутрибрюшного кровотечения.

При болевой форме и незначительной внутрибрюшной кровопотере (менее 150 мл) без признаков нарастания кровотечения можно проводить консервативную терапию. Она включает в себя покой, лед на низ живота (способствует спазму сосудов), препараты гемостатического действия (этамзилат), спазмолитические средства (папаверин, но-шпа), витамины (тиамин, пиридоксин, цианокобала-мин), физиотерапевтические процедуры (электрофорез с хлоридом кальция, СВЧ-терапия).

---

Консервативная терапия проводится в стационаре под круглосуточным наблюдением. При повторном приступе болей, ухудшении общего состояния, нестабильности гемодинамики, увеличении количества крови в брюшной полости клинически и при ультразвуковом сканировании появляются показания к оперативному вмешательству (лапароскопии, лапаротомии).

## Показания к лапароскопии:

- более 150 мл крови в брюшной полости, что подтверждено физикальным исследованием и УЗИ, при стабильных показателях гемодинамики и удовлетворительном состоянии пациентки;
- неэффективность консервативной терапии в течение 1—3 дней, признаки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, подтвержденного УЗИ;
- дифференциальная диагностика острой гинекологической и острой хирургической патологии.

Оперативное вмешательство при апоплексии яичника должно быть максимально щадящим: коагуляция места разрыва, вскрытие или пункция кисты и удаление содержимого с помощью аквапура-тора-отсоса, резекция яичника. При больших повреждениях и отсутствии возможности сохранения яичника его удаляют.

## Показания к лапаротомии:

- признаки внутрибрюшного кровотечения, приводящего к нарушениям гемодинамики с тяжелым состоянием больной (геморрагический шок);
- невозможность проведения лапароскопии (вследствие спаечного процесса, усиления кровотечения из поврежденных сосудов яичника).

Оперативное вмешательство выполняют нижнесрединным доступом или надлобковым разрезом по Пфанненштилю. Объем вмешательства не отличается от лапароскопического. При лапаротомии возможна реинфузия крови, излившейся в брюшную полость.

# Профилактика

- У больных с болевой формой апоплексии яичника нарушения ЦНС, гормонального профиля и кровообращения в яичнике обратимы, поэтому специфических профилактических мероприятий не требуется.
- Перенесшим геморрагическую форму - дисфункция высших отделов ЦНС, изменения гормонального статуса и нарушения овариального кровотока обычно стойкие. Показана комплексная медикаментозная терапия:
  1. В течение 3 мес проводят терапию, корригирующую деятельность структур головного мозга: ноотропы - для улучшения обменных процессов в ЦНС, препараты, улучшающие церебральную перфузию (кавинтон, танакан, винпоцетин), транквилизаторы, при внутричерепной гипертензии — мочегонные препараты.
  2. Для подавления овуляции и коррекции гормонального профиля в течение 3—6 мес используют комбинированные эстроген-гестагенные монофазные низко- и микродозированные оральные контрацептивы (марвелон, регулон, жанин, фе-моден, силест, новинет, мерсилон, логест).

## Прогноз

---

При болевой форме апоплексии яичника прогноз для жизни благоприятный.

У больных с геморрагической формой прогноз для жизни зависит от своевременности диагностики и лечебных мероприятий. К летальному исходу при разрыве яичника может привести декомпенсированный необратимый геморрагический шок, возникающий при кровопотере более 50% ОЦК.

- **Восстановление после операции**

- 
- Восстановительное лечение родильниц, перенесших операцию абдоминального кесарева сечения, должно быть направлено не только на устранение факторов, которые могут затормозить заживление раны первичным натяжением, но и на профилактику эндометрита. В этом плане таким целям соответствуют антибиотики — преимущественно полусинтетические пенициллины и цефалоспорины. Их вводят прежде всего женщинам группы риска возникновения послеродовых гнойно-септических заболеваний, основанием для включения в которую являются воспалительные гинекологические и экстрагенитальные заболевания, длительный безводный промежуток, многочисленные влагалищные исследования в родах и др. В настоящее время наиболее эффективным считают периоперативное введение, когда первую инъекцию делают после пережатия пуповины, последующие возможны через 4 и 8 ч. В группе высокого риска развития указанных осложнений, например, после выполненной во время операции консервативной миомэктомии, применять антибиотики следует не менее 5 дней.

- **Физиотерапия**

- 
- Результативному восстановительному лечению способствует раннее профилактическое и терапевтическое применение физических факторов. В первом случае воздействия направлены на предупреждение эндометрита с помощью интерференционных токов или менее эффективного диадинамофо-реза цинка. Процедуры начинают на 2-е (предпочтительнее) или 3-й сутки после операции. Воздействуют интерференционными токами с ритмично автоматически меняющейся частотой в диапазоне 25—50 Гц (аппарат «Interdyn» типа 1D-79M). Используют 4 электрода размером 7х7 см каждый и электродные прокладки из махровой ткани, смоченные теплой водой. Первую пару электродов располагают на передней брюшной стенке соответственно ребрам матки: с красным наконечником — справа, с черным — слева; вторую пару электродов размещают симметрично на спине слева (красный наконечник) и справа (черный наконечник). Величину тока определяют индивидуально, по ощущению выраженной, но безболезненной вибрации (как правило, не более 30 мА). Продолжительность воздействий 15—20 мин, их проводят ежедневно; на курс назначают 5—7 процедур.

## ● **Используемая литература**

- 
- Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация или восстановительная медицина. – Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 2006, 1, с. 3-12
- Епифанов В.А., Кузбашева Т.Г. Роль и место лечебной физкультуры в медицинской реабилитации. – Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 2004, 6, с. 3-5
- Карандашев В.И., Петухов Е.Б., Зродников В.С. Физиотерапия. Руководство для врачей «Под редакцией В.Р. Палеева». – М, 2001г.
- Сосин И.Н., Буявых А.Г. Физиотерапия в гинекологии и венерических болезнях. – Симферополь, 2001г.
- Боголюбов В.М., Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия: учебник