

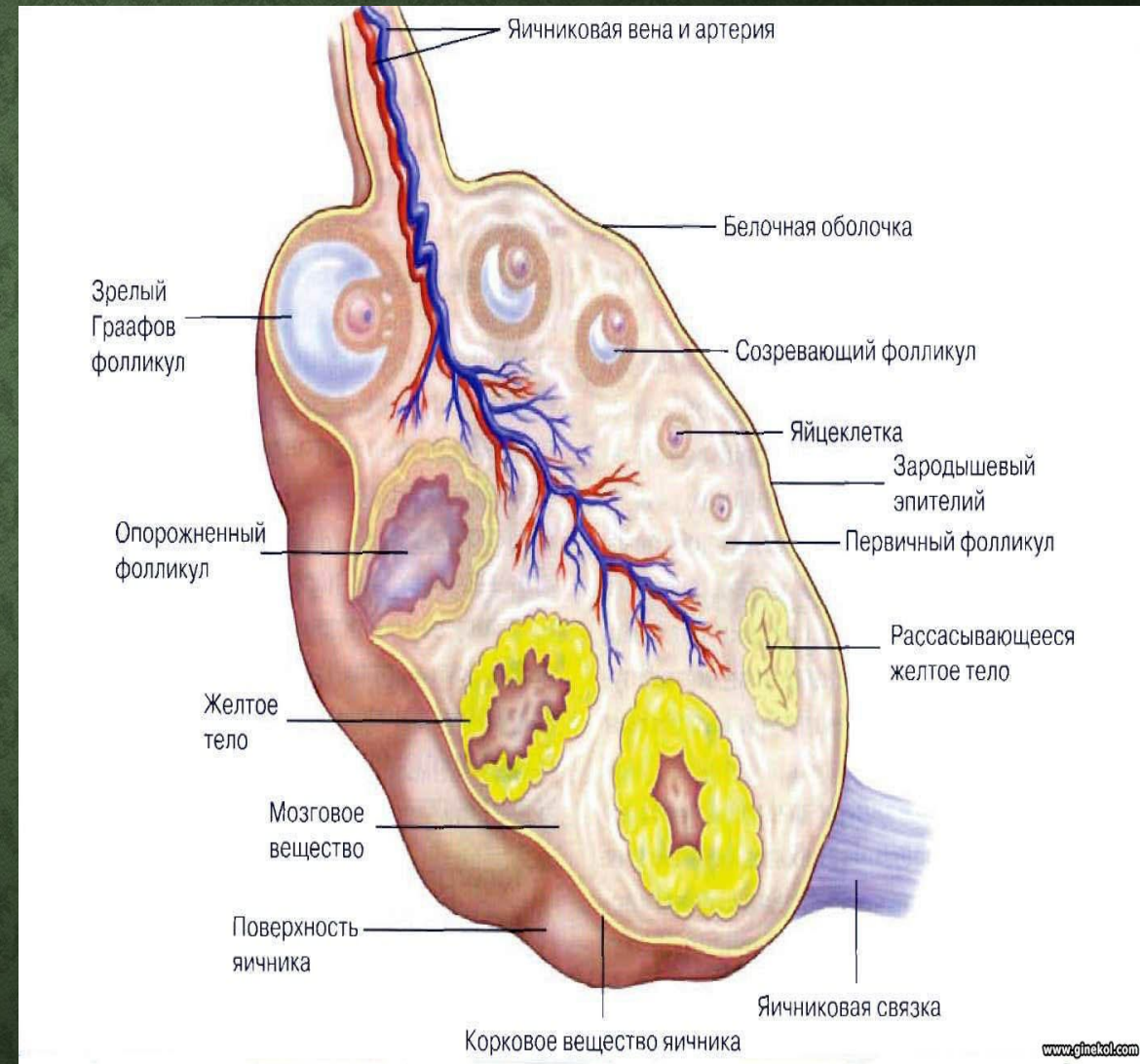
**«АПОПЛЕСКИЯ  
ЯИЧНИКА,  
ПЕРЕКРУТ НОЖКИ  
КИСТЫ, УЗЛА  
МИОМЫ»**

**К.М.Н. КОРАБЛИНА НАТАЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА**

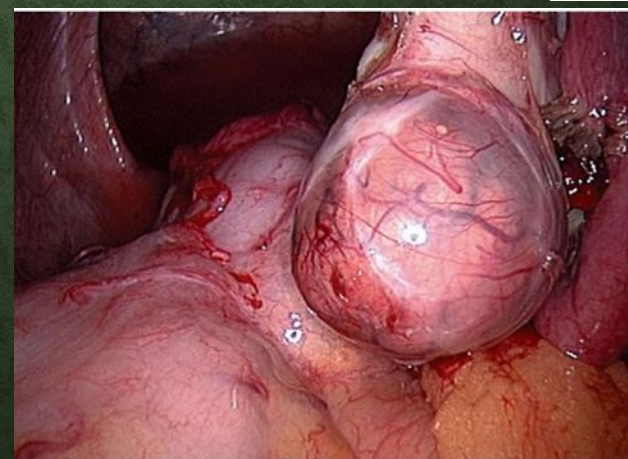
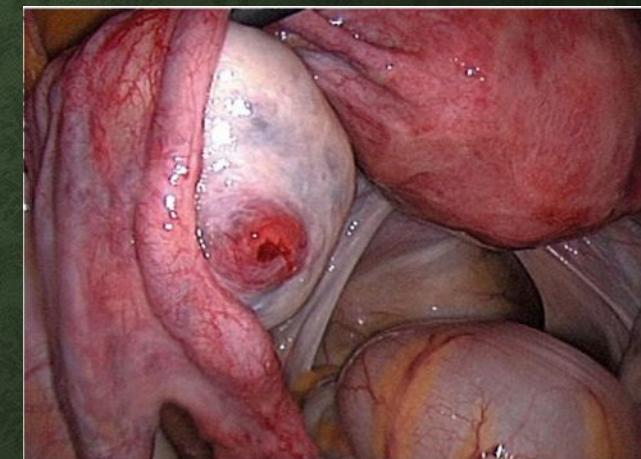
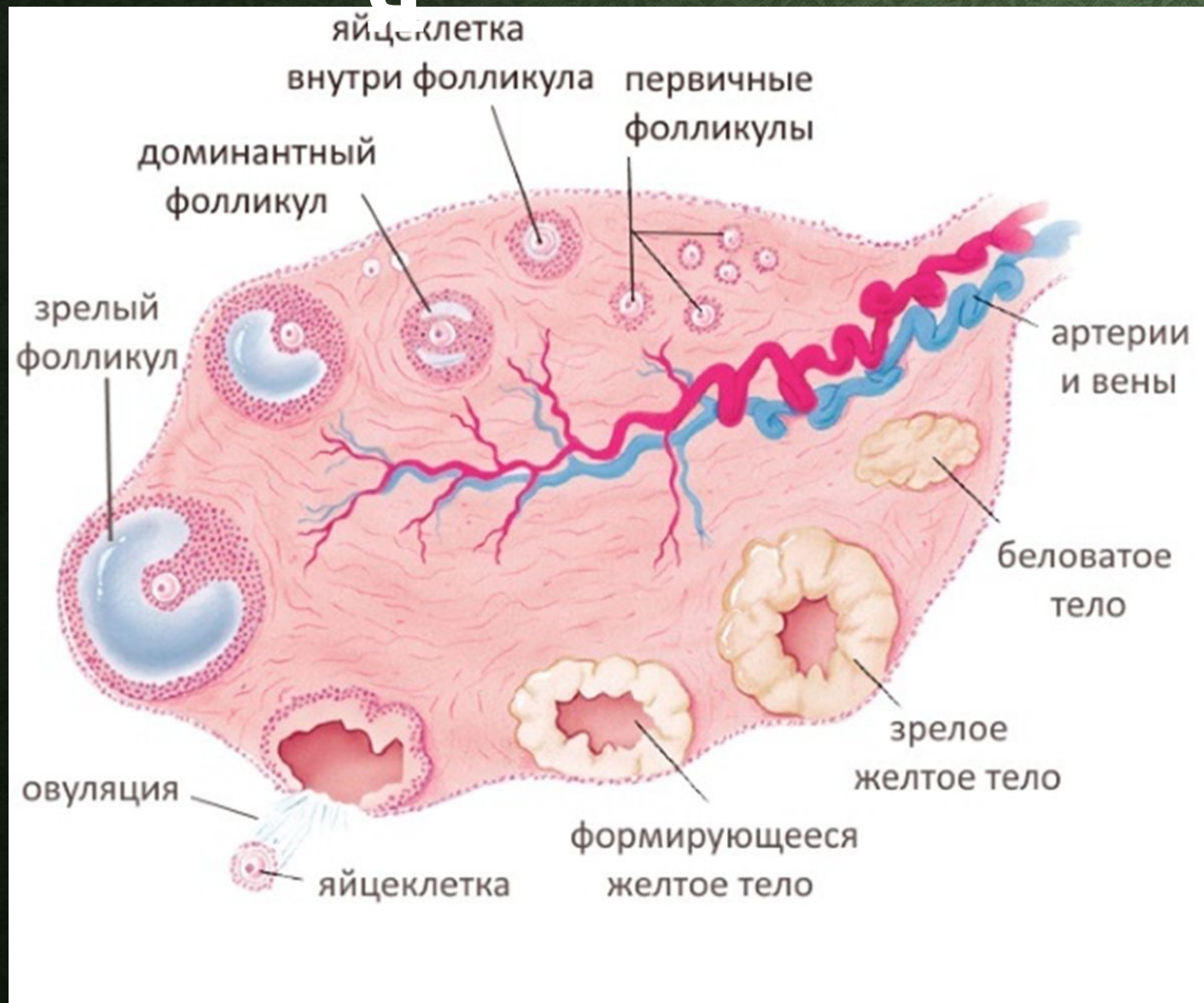
**Апоплексия яичника** — разрыв ткани яичника - заболевание коварное, часто маскирующееся под другую острую патологию в брюшной полости. Это чревато кровопотерей в связи с излиянием крови в брюшную полость. Массивное кровотечение при апоплексии бывает редко, однако требует экстренного оперативного вмешательства.



**Яичники** — это парные половые железы женщины, вырабатывающие стероидные половые гормоны: андрогены, эстрогены и прогестерон. Яичник содержит 4 слоя: **наружный** (кубический эпителий), **средний** (белочная оболочка, состоящая из сети коллагеновых волокон), **корковый** (содержит фолликулы в различных стадиях развития) и **мозговой** (соединительная ткань с нервными и кровеносными сосудами). Именно в фолликулах происходит рост и развитие яйцеклетки, которая в середине менструального цикла выходит из лопнувшего фолликула, попадает в брюшную полость и далее по маточной трубе в полость матки. Этот процесс называют **овуляцией**. После овуляции на месте развавшегося фолликула формируется желтое тело, вырабатывающее гормон прогестерон. Если наступает беременность, желтое тело активно функционирует примерно до 16-й недели, а затем гормоны начинает вырабатывать плацента. Если же беременность не наступает, желтое тело претерпевает обратное развитие и примерно на 21-е сутки цикла превращается в белое тело.

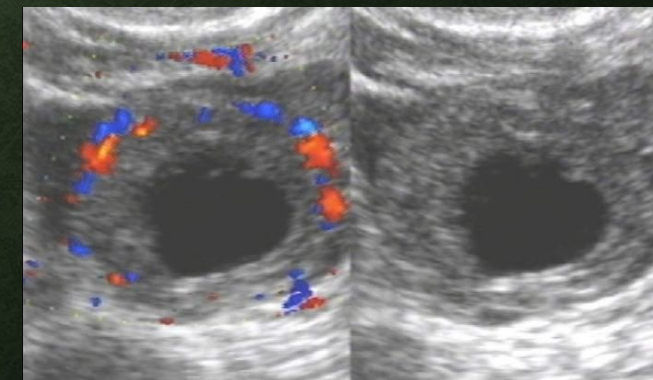
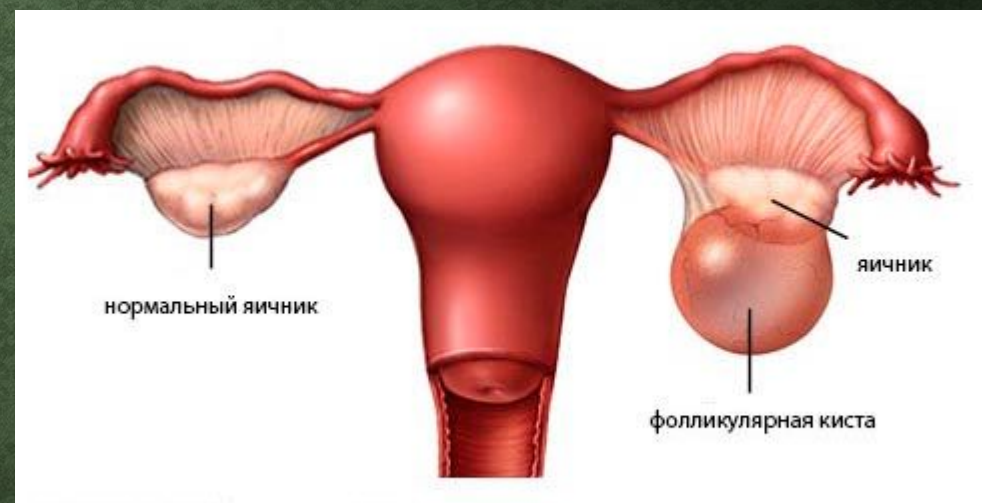
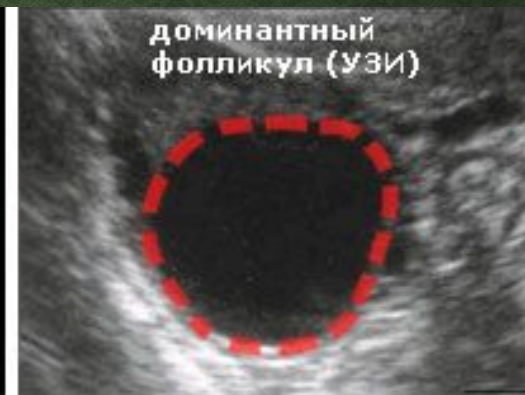


# Овуляци



# Причины апоплексии яичника:

- ✓ Разрыв сосуда в зоне разорвавшегося фолликула или желтого тела;
- ✓ Разрыв фолликулярной кисты;
- ✓ Разрыв кисты желтого тела;
- ✓ Разрыв стромы фолликула от внешнего воздействия.



## Чем обусловлена предрасположенность к апоплексии:

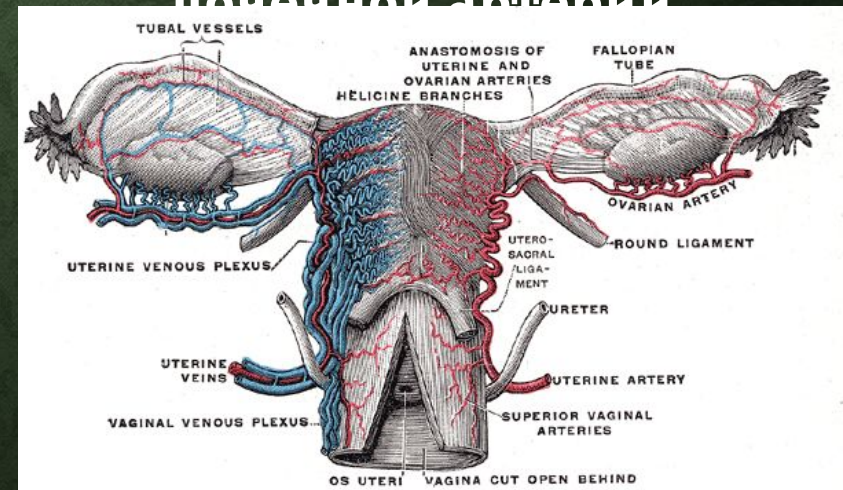
- нейроэндокринными заболеваниями, а также хронической инфекцией, приводящей к развитию склеротических и дегенеративных процессов в яичниках. То есть ткани яичника теряют эластичность;
- варикозным расширением сосудов и их склеротическими изменениями в области желтого тела или фолликула;
- застоем крови в системе вен малого таза;
- приемом препаратов, снижающих свертываемость крови;
- аномалиями развития половой системы, яичников в частности;
- наличием спаек в брюшной полости;
- наличием опухоли, оказывающей давление на яичники;
- повышенной выработкой лютеинизирующего гормона.

## Что может спровоцировать апоплексию:

- сверхактивный половой акт;
- травма живота;
- влагалищное исследование с использованием зеркала;
- интенсивные нагрузки в середине менструального цикла;

**NB!**

**Интересный факт:**  
апоплексия правого яичника встречается значительно чаще, чем апоплексия левого яичника. Связано это с особенностями их кровоснабжения. Так, кровоснабжение правого яичника осуществляется от аорты, он более васкуляризован. Левый же яичник питается от почечной артерии



Выделяют следующие формы апоплексии яичника:

- ❖ Болевую;
- ❖ Анемическую;
- ❖ Смешанную.

При диагностировании указывают степень тяжести в зависимости от кровопотери:

- легкая (кровопотеря до 150 мл);
- средней тяжести (кровопотеря до 500 мл);
- тяжелая (кровопотеря более 500 мл).



## Симптоматика:

1. Признаки кровопотери – резкое снижение АД, частый пульс, слабость, головокружение, бледность кожных покровов;
2. Вторая фаза овариально-менструального цикла;
3. Очень сильные боли внизу живота с преимущественной локализацией на стороне пораженного яичника;
4. Пациентка стремится принять сидячее положение, что уменьшает боль в животе (симптом ваньки-встаньки);
5. Френикус-симптом;
6. Симптом Куленкампффа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки);
7. Притупление перкуторного звука в отлогих частях живота;
8. При пальцевом исследовании прямой кишки наблюдается нависание передней стенки, при влагалищном исследовании – уплощение сводов, их



## Тактика бригады СМП:

- холод на живот;
- обеспечить надежный венозный доступ;
- при стабильной гемодинамике и систолическом АД на уровне 100 мм рт. ст. и выше инфузионная терапия не показана, так как ведет к повышению АД и усилению кровоизлияния в брюшную полость из поврежденных сосудов матки и ее придатков;
- при тахикардии и гипотензии - растворы внутривенно капельно в объеме, соответствующем сроку доставки в стационар – гидроксикрахмал 6% или 10% раствор по 500-1000мл, раствор натрия хлорида 0,9% - 400мл, раствор глюкозы 5% - 400мл;
- Введение внутримышечно или внутривенно этамзилат 4 мл (1000мг) и/или транексам в/в 5мл;
- ингаляция кислорода;
- экстренная доставка в гинекологический стационар на носилках, в положении, удобном для больной, но со слегка приподнятым ножным концом;
- при геморрагическом шоке - вызов в помощь реанимационной, в ее отсутствие - врачебной бригады с возможной передачей больной в пути доставки в стационар.

## При развитии геморрагического шока

### дополнительно:

- пульсоксиметрия;
- ЭКГ;
- инфузия: гидроксикрахмал 6% или 10% раствор по 1000 - 1500мл, раствор натрия хлорида 0,9% - 1000мл струйно;
- преднизолон 90 – 120мг внутривенно;
- при отсутствии эффекта (САД <70) допамин 200мг на 250мл 0,9% натрия хлорида 14-18 капель в минуту
- не поднимать САД выше 90 мм рт.ст.;
- ингаляция кислорода;
- при нарушении функции дыхания: атропина сульфат 0,1% - 1,0 в/в, реланиум – 2,0мл в/в, кетамин 1мг/кг в/в с последующей интубацией и ИВЛ.

**Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника** — это осложнение кисты или кистомы яичника.

Начало заболевания часто связано со следующими факторами:

- резким изменением положения тела;
- повышением внутрибрюшного давления в результате сильного натуживания,
- продолжительного кашля, тяжелой физической работы;
- нарушением кровоснабжения кисты.

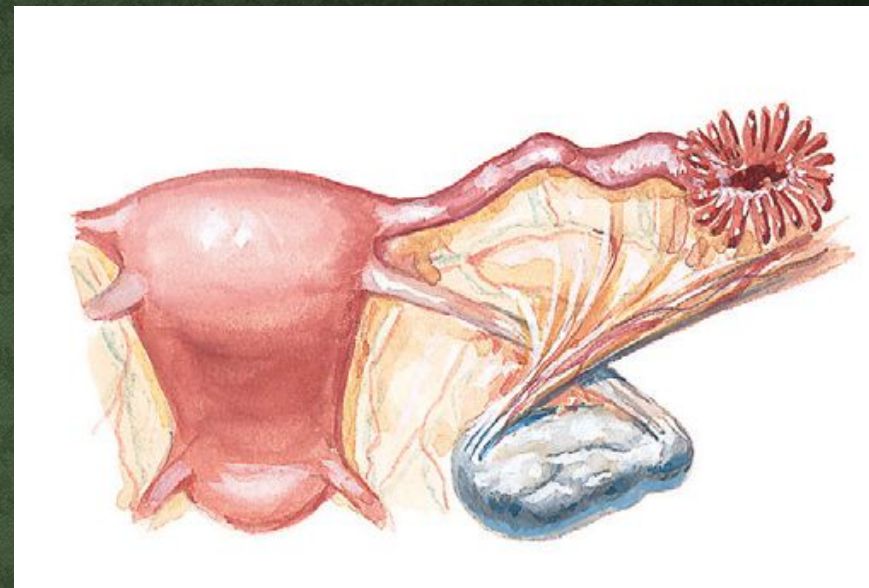
При перекруте ножки кисты наблюдается:

- нарушение кровоснабжения;
- отек кисты;
- кровоизлияние и некроз паренхимы.



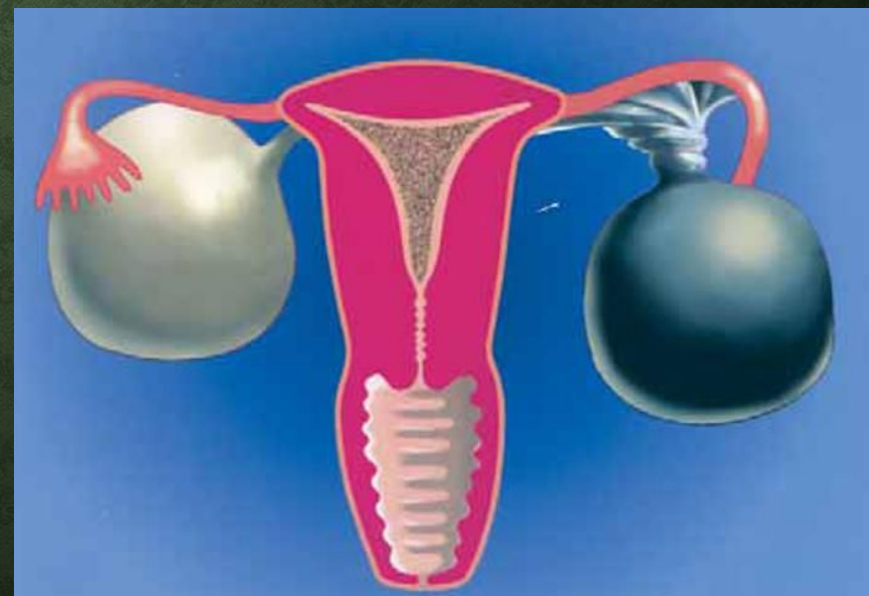
### При частичном (постепенном) перекруте:

- ✓ ножка изменяет свое положение на  $90-180^\circ$ ;
- ✓ артериальный ток крови сохраняется;
- ✓ венозный отток затруднен в связи с компрессией сосудов;
- ✓ возникают венозное полнокровие, отек стенки кисты.



### При полном (внезапном) перекруте:

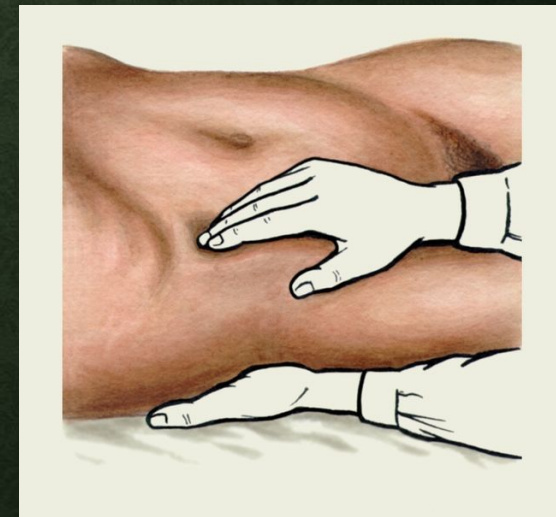
- ✓ ножка изменяет свое положение на  $360^\circ$ ;
- ✓ артериальный кровоток прекращается;
- ✓ в кисте яичника происходят некробиотические процессы;
- ✓ появляются перитонеальные симптомы;
- ✓ при инфицировании кисты начинается перитонит.



# Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника

## вызывает:

- боли в низу живота со стороны образования — постепенно нарастающие или острые;
- повышение температуры тела;
- тошноту, рвоту, метеоризм;
- парез кишечника;
- напряжение передней брюшной стенки;



# Перекрут узла миомы

Некротическим изменениям могут подвергаться узлы миомы матки различной локализации: субсерозные, интрамуральные и субмукозные.

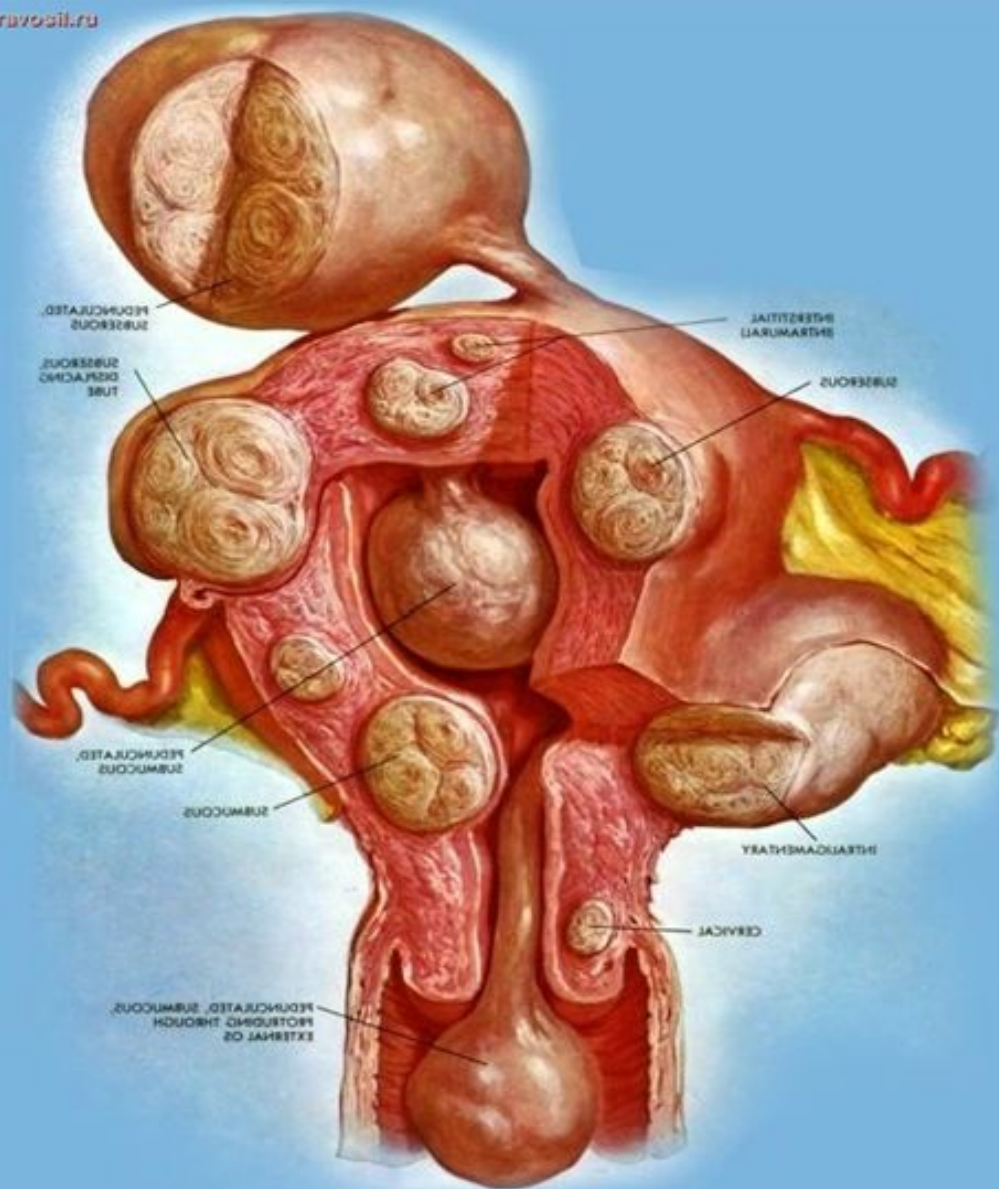
**Субсерозные узлы** подвергаются некрозу чаще всего при перекруте ножки опухоли.

**Интрамуральные узлы** нередко подвергаются дистрофическим изменениям и некрозу при резко выраженных сокращениях миометрия (сокращения матки в послеродовом периоде, после применения окситоцина и других препаратов, вызывающих сокращение мускулатуры матки).

Некротически измененный узел миомы часто подвергается вторичному инфицированию, что угрожает развитием перитонита.

**Субмукозные узлы** подвергаются вторичным изменениям в основном при их рождении.







## Симптомы некроза миоматозного узла

(выраженность клинических проявлений некроза миоматозного узла определяется степенью возникших нарушений)

В случае перекрута ножки узла симптомы появляются внезапно:

- развивается клиника острого живота со схваткообразными болями,
- тошнотой и рвотой,
- ознобом, повышением температуры,
- сухостью во рту,
- дисфункцией кишечника (запорами, метеоризмом).

При нарушении васкуляризации миоматозного узла симптомы более стертые и нарастают постепенно:

- периодически усиливающиеся и ослабевающие тянущие боли в пояснице и низу живота,
- во время болевого приступа развиваются субфебрилитет, тахикардия, озноб,
- тошнота,
- нарушение мочеиспускания и стула.

Внимание! При наличии перитонеальной симптоматики важно оценить наличие/отсутствие признаков системного воспалительного ответа:

- Температура более 38° или менее 36°С;
- Тахикардия более 90 ударов в 1 минуту;
- Частота дыхания более 20 в 1 минуту.

Сочетание данных признаков со снижением систолического АД менее 90 мм рт.ст. следует расценивать, как септический шок.

## Тактика:

1. При локальных и распространенных формах без признаков системного воспалительного ответа терапия на догоспитальном этапе не требуется.
2. При наличии перитонита и/или признаках системного воспалительного ответа:
  - Для фельдшерской бригады – вызов специализированной бригады СМП;
  - Катетеризация двух кубитальных вен;
  - Катетеризация мочевого пузыря;
  - Пульсоксиметрия;
  - Холод на низ живота;
  - Не есть, не пить (возможность оперативного лечения!);
  - При температуре выше 38,5°C парацетамол 500-1000мг (1-2 табл.) или ибуклин 1-2 таб., выше 39,0°C – матамизол натрия 50% 2мл в/м;
  - Инфузия: гидроксикрахмал 6% или 10% раствор по 500 - 1000 мл, раствор натрия хлорида 0,9% - 1000мл капельно;
  - Преднизолон 60 мг внутривенно;
  - Контрикал 200 – 300000 ЕД внутривенно (гордокс, трасилол);
  - Ингаляция кислорода.

## При признаках септического шока:

- Для общепрофильной бригады СМП – вызов специализированной бригады СМП;
- Катетеризация подключичной и периферических вен;
- Катетеризация мочевого пузыря;
- Глюкометрия;
- Пульсоксиметрия;
- ЭКГ;
- Инфузия: гидроксикрахмал 6% или 10% раствор по 1000 - 1500мл, раствор натрия хлорида 0,9% - 1000мл струйно;
- преднизолон 90 – 120мг внутривенно;
- при отсутствии эффекта (САД <70) допамин 200мг на 250мл 0,9% натрия хлорида 14-18 капель в минуту
- не поднимать САД выше 90 мм рт.ст.;
- ингаляция кислорода;
- при нарушении функции дыхания: атропина сульфат 0,1% - 1,0 в/в, реланиум – 2,0мл в/в, кетамин 1мг/кг в/в с последующей интубацией и ИВЛ.

