

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Государственное образовательное учреждение высшего  
профессионального образования  
Санкт-Петербургская государственная медицинская  
академия им. И. И. Мечникова

Д.Ф. Костючек, Р.К. Рыжова, Г.А. Жигулина,  
А.В. Кан, Е.А. Рукояткина

# ПРАКТИКУМ ПО НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ГИНЕКОЛОГИИ

Под редакцией проф. Д.Ф. Костючек

Санкт-Петербург 2005

УДК 618 1-083 98(07)  
П69

**Д.Ф. Костючек, Р.К. Рыжова, Г.А. Жигулина, А.В. Кан, Е.А. Рукояткина. Практикум по неотложной помощи в гинекологии / Под ред. Д.Ф. Костючек. - СПб: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2005. - 96 с.**

В издании рассмотрены наиболее актуальные вопросы неотложных состояний и неотложной помощи в гинекологии, недостаточно освещенные в учебниках, но имеющие важное теоретическое и практическое значение. По каждой теме приведены ситуационная задача и программа лечебно-диагностических мероприятий при заболеваниях, требующих оказания экстренной помощи

Практикум предназначен для студентов V и VI курсов медицинских вузов, врачей-интернов, клинических ординаторов

*Рекомендовано ученым советом СПбГМА им. И. И. Мечникова для использования в учебном процессе*

ISBN 5-7243-0035-4

© Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И. И. Мечникова, 2005  
© Коллектив авторов, 2005

## Список принятых сокращений

АК/ОФ - соотношение количества аскорбиновой кислоты и ее окисленных форм  
ВМК - внутриматочный контрацептив  
ВНСММ - вещества низкой и средней молекулярной массы  
ГБО - гипербарическая оксигенация крови  
ГВЗПМ - гнойно-воспалительные заболевания придатков матки  
ГРЛ - гнойно-резорбтивная лихорадка  
ГСГ - гистеросальпингография  
ГСИ - гнойно-септическая инфекция  
ДВС - синдром - синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания  
ДМК - дисфункциональные маточные кровотечения  
ЖКТ - желудочно-кишечный тракт  
ИС - интоксикационный синдром  
КПИ - кариопикнотический индекс  
ЛГ - лютеинизирующий гормон  
ЛИИ - лейкоцитарный индекс интоксикации  
ОПечН - острая печеночная недостаточность  
ОПН - острая почечная недостаточность  
ОЦК - объем циркулирующей крови  
ОЦП - объем циркулирующей плазмы  
ОЦЭ - объем циркулирующих эритроцитов  
СШ - септический шок  
УФО - ультрафиолетовое облучение  
ФСГ - фолликулостимулирующий гормон  
ХГ - хорионический гонадотропин  
ЦВД - центральное венозное давление  
ЦИК - циркулирующие иммунные комплексы  
ЦНС - центральная нервная система  
ЭИ - эндогенная интоксикация

## ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ

Воспалительные заболевания женских гениталий вызываются гноеродной флорой (стафилококками, стрептококками, гонококками), кишечной палочкой, анаэробными микроорганизмами, вирусами, клостридиями, хламидиями и др.

Анатомическое строение женских половых органов, специфические функции женского организма, диагностические и лечебные внутриматочные процедуры, применяющиеся при различных заболеваниях гениталий, облегчают проникновение в половые пути женщины микроорганизмов и последующее их развитие. Важное значение для развития заболевания играет состояние здоровья женщины и защитных механизмов ее организма. Некоторые промышленные яды и загрязняющие воздух вещества, табачная, угольная, меловая и другая пыль производственных помещений в силу своего длительного воздействия способствуют возникновению и развитию воспалительных заболеваний гениталий.

Патогенез и патологоанатомическая картина острого воспалительного процесса хорошо известны. Решающее значение имеет инфекционный агент. В ответ на его раздражающее действие быстро мобилизуются защитные механизмы микроорганизма по типу сложного безусловного рефлекса. Инфекционное начало подавляется, патологический процесс ограничивается характерным тканевым барьером, и воспаление ликвидируется. Если это не происходит, то может наступить гибель части тканей (органа). Поэтому так важно своевременно поставить диагноз, оценить выраженность процесса, вероятность его распространения, прогноз для пораженного органа и для больной, оказать неотложную помощь в нужном объеме, предупредить возможные серьезные осложнения местного и общего характера.

При развитии воспаления в патологическом очаге нарушается тканевый обмен, возникает ацидоз тканей, нарушается нормальное соотношение электролитов, снижается осмотическое давление и увеличивается дисперсность коллоидов, резко повышается способность удерживать воду. В начале заболевания отмечается кратковременный спазм сосудов, за которым следует их расширение, приток крови, местная гиперемия и повышение температуры в очаге инфекции. В дальнейшем наблюдается паралич сосудов, создаются условия для тромбоза и отека, для экссудации (форменные элементы крови переходят в ткань). Патологоанатомическая картина характеризуется тремя признаками: повреждением тканей - альтерацией, сосудистыми расстройствами и размножением клеточных элементов - пролиферацией.

В хронической стадии заболевания микроб-возбудитель существенного значения не имеет. Обострение часто не связано с инфекцией. В патогенезе хронических воспалительных заболеваний женских половых органов (особенно наиболее распространенного заболевания - сальпингоофорита) имеется ряд особенностей. Очаг, существующий при хроническом воспалительном процессе, служит источником длительного раздражения нервной, эндокринной и других систем организма. Появляются признаки нарушения их. Проявления обычно бывают множественными и нередко преобладают над локальными симптомами. Особенно страдает вегетативный отдел нервной системы.

Воздействие на нервную систему может осуществляться рефлекторным и гуморальным путем в связи с поступлением из очага воспаления в кровь денатурированных белков, токсинов и ряда других веществ. Отмечается нарушение кровоснабжения, связанное со склерозированием и сужением просвета сосудов яичников и маточных труб с частичной облитерацией кровеносных и лимфатических сосудов. Большое значение имеют фиброз и рубцово-спаечные процессы, нарушающие правильные анатомические и функциональные взаимоотношения, а также дистрофические процессы в нервных клетках солнечного, подчревного и аортального сплетений, которые носят восходящий характер. Изменения, возникшие в нервных сплетениях брюшной полости, диэнцефальной области, подкорковых и других отделах центральной нервной системы (ЦНС), вызывают изменения в более отдаленных периферических вегетативных образованиях, которые становятся самостоятельными, вторичными центрами патологической импульсации.

Значительная роль при распространении воспалительного процесса принадлежит сенсibilизации организма. Антигенами могут быть и различные фармакологические препараты, длительно применяемые с лечебной целью, а также продукты распада и измененного обмена в очаге воспаления. Длительно существующие воспалительные заболевания женских половых органов вызывают нарушения менструальной функции, сексуальные расстройства, нарушения функций мочевыделительной системы и кишечника, служат фоном для развития бластоматозных процессов. Ряд воспалительных заболеваний (особенно при нагноительном процессе) требуют неотложной помощи для предупреждения возможных серьезных осложнений.

**Острый бартолинит** - воспаление большой железы преддверия влагалища. Отмечаются припухлость овоидной формы на границе средней и нижней трети больших половых губ, гиперемия, синопность. Выпячивание большой половой губы распространяется на малую половую губу и закрывает вход во влагалище. Больные жалуются на резкие боли, усиливающиеся при ходьбе. Температура тела повышается до 38-39 °С. При отсутствии флюктуации лечение консервативное, при абсцессе - оперативное. Для обезболивания употребляются анестетики короткого действия.

**Острый эндометрит** - воспаление слизистой оболочки матки. Чаще процесс захватывает и мышечный слой (метроэндометрит). Особенно тяжело протекает метроэндометрит после криминальных внутриматочных вмешательств с целью прерывания беременности. Характерна выраженная общая реакция организма на воспалительный процесс: высокая температура тела, ознобы, слабость, потливость, тахикардия, интоксикация организма. Больные жалуются на боли в животе, выделения из половых путей - гнилостные, с ихорозным запахом. При бимануальном исследовании определяется увеличенная, болезненная при пальпации матка; воспалительные заболевания другой локализации отсутствуют.

Характерные изменения периферической крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анемия, токсическая зернистость нейтрофилов) позволяют поставить диагноз **метроэндометрита**. При метроэндометрите всегда имеется опасность распространения инфекции за пределы матки и вовлечения в процесс придатков матки, брюшины, околоматочной клетчатки, а также генерализации инфекции с развитием бактериально-токсического шока. При этом осложнении всегда необходимо назначать интенсивную консервативную терапию. При осложнении заболевания мешотчатыми гнойными опухолями придатков матки, острой

почечной или печеночной недостаточностью, генерализацией инфекции показано срочное оперативное лечение - экстирпация матки с маточными трубами.

Прогноз зависит от тяжести заболевания, своевременной диагностики и достаточной по объему терапии в до- и послеоперационном периодах.

**Сальпингофорит (аднексит)** - воспаление придатков матки (см. «Гнойные tuboооариальные образования»).

**Параметрит** - вторичное воспаление околоматочной клетчатки (передний, задний и боковые параметриты). Наиболее вероятный путь распространения инфекции - лимфогенный. Ранний симптом параметрита - боли. Они отличаются постоянством и постепенно усиливаются с иррадиацией в крестец и ноги. Из-за сильных болей затруднены мочеиспускание и дефекация. Больные жалуются на головную боль, общую разбитость, повышение температуры тела до 39 °С, учащенный пульс. Состояние больных резко ухудшается при гнойном расплавлении параметральной клетчатки (до 10%). Параметрит подтверждают симптом совпадения перкуторной границы тупости и пальпаторной, невозможность пальпации крестцово-маточных связок, плотность инфильтрата, переходящего на стенку таза, неподвижность влагалищной стенки. О гнойном расплавлении следует думать при ухудшении состояния больной, дальнейшим повышением температуры тела, определении участков размягчения инфильтрата при влагалищно-прямокишечном исследовании.

Неотложная консервативная терапия требуется во всех случаях, а при гнойном расплавлении инфильтрата показано оперативное лечение в объеме задней кольпотомии и дренирования гнойника (при возможности - удаление основного источника параметрита).

**Пельвиоперитонит** - воспаление тазовой брюшины (гонорейной или неспецифической природы). Больные отмечают сильные боли в животе, иногда задержку стула. Симптом Щеткина положительный. При исследовании верхней половины живота болезненность и напряжение отсутствуют. Температура тела повышена, но общее состояние больной часто остается удовлетворительным. При исследовании внутренних половых органов границы опухоли нечеткие из-за напряжения брюшной стенки. При наличии абсцесса в заматочном пространстве задний свод в зависимости от количества гноя уплощается или даже выпячивается, определяется флюктуация. Слизистая оболочка влагалища под абсцессом подвижна, абсцесс не распространяется на кости таза.

Неотложная помощь при пельвиоперитоните заключается в комплексном консервативном лечении. Иногда выполняют заднюю кольпотомию и дренирование брюшной полости как временное лечебное мероприятие.

**Острый перитонит.** Гинекологическими перитонитами принято называть такие, которые развиваются вследствие заболеваний женских половых органов (перфорация гнойных опухолей придатков матки, метроэндометрит, перфорация матки и др.). Характерным является тяжелое состояние больной: высокая температура тела, тахикардия, изменения периферической крови, резкие боли в животе, вздутие и напряжение брюшной стенки, рвота, выраженный симптом Щеткина по всему животу, атония кишечника, метеоризм.

В качестве неотложной помощи показано срочное оперативное лечение: чревосечение, удаление очага инфекции, санация и дренирование брюшной полости (см. «Гнойные tuboооариальные образования»).

### Тактика врача

1. Постановка диагноза. Диагностика острых воспалительных заболеваний женских гениталий, требующих неотложной помощи, должна включать:

- своевременную топическую диагностику заболевания;
- оценку выраженности патологического процесса, степени поражения органа и окружающих тканей;
- выявление прогностических критериев (клинических и лабораторных) для конкретной больной;
- составление плана обследования и лечения больной в порядке неотложной помощи.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Воздействие на возбудителей инфекции является главным принципом антибактериальной терапии.

**Антибиотики.** Терапия антибиотиками должна быть многокомпонентной, с учетом воздействия на вероятную флору (грамположительную и грамотрицательную, аэробную и анаэробную). Предусмотреть необходимость применения антибиотиков широкого спектра действия, выбрать наиболее рациональное и эффективное их сочетание и пути введения (в том числе парентеральный).

В настоящее время наиболее активными по воздействию является сочетание

цефалоспоринов, пенициллинов с аминогликозидами и метрагилом, а также полусинтетические пенициллины и их сочетания.

*Сульфаниламидные препараты.* Оказывают бактериостатическое, жаропонижающее, антиаллергическое и антитоксическое действие. В тяжелых случаях применяют в сочетании с антибиотиками. Наиболее слабой токсичностью и хорошей переносимостью обладают полисульфаниламиды и сульфаниламиды длительного действия: сульфамониметоксин, сульфадиметоксин, сульфален, бисептол.

*Нитрофурановые препараты* (фурагин, фуразолидон, фурадонин, фуразолин и др.) близки к антибиотикам широкого спектра действия. Они малотоксичны, редко вызывают дисбактериоз и кандидоз. Обладают выраженным синергическим свойством в сочетании с антибиотиками, оказывают бактерицидный эффект, усиливают фагоцитоз.

*Производные метронидазола* (флагил, клион, нидазол, вагинил) особенно эффективны при анаэробной инфекции и устойчивых штаммах стафилококков (возможно внутривенное введение).

3. Коррекция гемодинамических нарушений. В основе ее лежит многокомпонентная инфузионная терапия, направленная на устранение гиповолемии, расстройств сердечно-сосудистой деятельности, нарушений периферической гемодинамики и транскапиллярного обмена, под контролем центрального венозного давления (ЦВД), объема циркулирующей крови (ОЦК), почасового диуреза. При тяжелых заболеваниях лечение следует начинать с внутривенного введения раствора Рингера - Локка, глюкозы (2,5%, 5% или 10%) с добавлением инсулина (из расчета 1 ЕД на 4 г глюкозы), альбумина, полиглюкина, реополиглюкина, 5-10% раствора кальция хлорида. Целесообразно введение сердечных гликозидов (дигоксин, изоланид), а после стабилизации АД — раствора эуфиллина. Для защиты миокарда от гипоксии вводят курантил (персантин, дипиридамол). В ряде случаев показаны препараты, обладающие  $\beta$ -адреноблокирующим действием, препараты для нейролептоанальгезии (дроперидол, фентанил).

Одновременно с проводимой терапией достигается и дезинтоксикационный эффект, который усиливается применением гемодеза, полидеза, реополиглюкина, солевых и белковых растворов, антиоксидантов (унитиол с аскорбиновой кислотой, витамин Е).

4. Десенсибилизирующая терапия. Включает назначение димедрола, дипразина, супрастина.

5. Общеукрепляющая и иммуностимулирующая терапия. Не вызывает сомнения необходимость соответствующего питания и ухода за больными. При обострении хронического процесса требуется проведение иммуностимулирующей терапии. Пассивная иммунизация осуществляется применением гипериммунной антистафилококковой плазмы, антистафилококкового иммуноглобулина и бактериофага. Пассивную иммунотерапию следует подкреплять стимуляцией процессов активации системы Т-лимфоцитов (стафилококковый анатоксин, декарис). Неспецифическую реактивность организма усиливают пирогенал, продигозан. Направленно изменяют иммунные реакции организма с помощью гипербарической оксигенации (ГБО), ультрафиолетового облучения (УФО) крови, лазерного облучения крови (см. «Гнойные тубоовариальные образования»).

6. Симптоматическое лечение. Применяют следующие средства: ненаркотические анальгетирующие (аспирин, антипирин, амидопирин, анальгин, бутадиион), седативные (валериана, настойка пустырника), транквилизаторы (триоксазин и др.), стимулирующие (настойка лимонника, препараты женьшеня, пантокрин, элеутерококк).

## **ГНОЙНЫЕ ТУБООВАРИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ**

В структуре гинекологической заболеваемости первое место занимают воспаления придатков матки, среди которых гнойные воспалительные процессы отличаются особой тяжестью. 20-25% стационарных больных репродуктивного возраста составляют женщины с острыми воспалительными заболеваниями придатков или обострениями хронических процессов. У 20% из них развиваются дисфункция яичников, бесплодие, повышенный риск внематочной беременности или наблюдаются хронические тазовые боли. Почти все оперированные больные лишаются репродуктивной функции.

Хронический воспалительный очаг сопровождается множественными функциональными изменениями ЦНС, которые становятся источником самостоятельной патологической импульсации. Поэтому дисцефальные нарушения, вегетоневрозы, тазовые плекситы, астеновегетативные нарушения сопутствуют воспалительным процессам в гениталиях, затрудняют лечение, а их обострения нередко сопровождаются нагноительными процессами, требующими хирургического лечения.

Наиболее частыми причинами развития гнойных заболеваний придатков матки являются внутриматочная контрацепция, внутриматочные вмешательства (диагностические

выскабливания полости матки, гистеросальпингография, гистероскопия), аборт медицинские и внебольничные, перенесенные ранее гинекологические операции, осложнения после родов, вторичные осложнения после аппендэктомии.

**Этиология и патогенез.** Тяжесть воспалительного, особенно гнойного, процесса определяется микрофлорой, биологические свойства которой значительно изменились в последние годы. Чаще всего микрофлора гениталий представлена ассоциациями аэробных микроорганизмов и всегда 1-2 анаэробными микроорганизмами. Из аэробной микрофлоры чаще всего встречаются энтерококк, кишечная палочка, эпидермальный стафилококк. Из анаэробных микроорганизмов в гениталиях обнаруживают часто пептококки, пептострептококки и бактероиды. Возрастает роль грамотрицательных возбудителей, представленных протеом, клебсиеллой. Чаще стали выявляться дрожжеподобные грибы рода *Candida*, возбудители, передающиеся половым путем (хламидии, трихомонады, микоплазмы), их ассоциации с гарднереллами и другими микробами. Анаэробы в 90% случаев обуславливают развитие перитонита.

Внутриматочный контрацептив (ВМК) способен колонизировать на себе различные микробы, из которых особую опасность для абсцедирования представляют энтерококк, стафилококк и анаэробы. Наличие гонококков (как внутриклеточных, так и внеклеточных), диплококков и ассоциации их со стафилококком и кишечной палочкой приводят к развитию наиболее тяжелых воспалительных заболеваний придатков матки с формированием тазовых абсцессов и вовлечением в процесс брюшины.

Таким образом, отмечающееся большое разнообразие этиологических факторов воспалительных заболеваний придатков матки определяет пестроту клинических проявлений. В маточных трубах вначале образуются многочисленные мелкоточечные воспалительные инфильтраты, затем - изъязвления на поверхности эпителия, которые сливаются и образуют мелкопетлистую сеть. В результате этого воспаления утолщаются и склеиваются фимбрии, облитерируется отверстие трубы с накоплением экссудата в ее просвете. При стихании воспаления экссудат постепенно рассасывается.

Воспалительный процесс в маточных трубах вызывает деструкцию лимфатических сосудов, нервных сплетений, расположенных непосредственно под эпителием, с нарушением крово- и лимфообращения и образованием либо гидросальпинксов, либо пиосальпинксов.

При гидросальпинксе наблюдаются не только глубокие морфологические, но и не менее тяжелые функциональные изменения маточных труб. Поэтому, по мнению многих авторов, любые реконструктивные операции обречены на неудачу.

Яичники вовлекаются в воспалительный процесс не всегда - их покрывает зародышевый эпителий, который служит барьером на пути распространения инфекции. Однако наличие в яичниках кистозных образований способствует внедрению инфекции с образованием микроабсцессов и слиянием их в пиоовариумы.

Можно высказать следующие положения, касающиеся формирования гнойных tuboовариальных абсцессов:

- хронический сальпингит у больных с tuboовариальными абсцессами наблюдается в 10% случаев;
- распространение инфекции идет преимущественно интраканаликулярным путем - от хронического эндометрита (при ВМК, абортах, внутриматочных вмешательствах и др.) к гнойному сальпингиту и оофориту;
- закономерным является сочетание кистозных преобразований в яичниках с хроническим сальпингитом;
- наблюдается обязательное сочетание абсцессов яичника с обострением гнойного сальпингита;
- абсцессы яичника (пиоовариум) формируются преимущественно из кистозных образований.

**Классификация tuboовариальных образований.** Различают следующие морфологические формы гнойных tuboовариальных образований: пиосальпинкс - поражение маточной трубы; пиооварий - преимущественное поражение яичника; tuboовариальная гнойная опухоль. Осложнениями данных процессов являются:

- перфорация гнойников;
- абсцессы без перфорации;
- пельвиоперитонит;
- перитонит (ограниченный, диффузный, серозный или гнойный);
- тазовый абсцесс;
- параметрит (задний, передний, боковой);

- вторичные поражения смежных органов (сигмоидит, вторичный аппендицит, оментит, межкишечные абсцессы с формированием свищей или без них).

**Клиника, диагностика и лечение.** Дифференцировать каждую из гнойных форм процесса практически невозможно и нецелесообразно, так как лечение их принципиально одинаково. Это связано с многообразием повреждающих агентов и факторов, исходных характеристик организма, с изменением биологических свойств возбудителей и появлением новых методов воздействия (антибиотики, химиотерапевтические препараты и др.). Однако в основе всегда лежит необратимый характер воспалительного процесса. Необратимость обусловлена:

- морфологическими изменениями;
- глубиной и тяжестью процесса;
- функциональными нарушениями, при которых единственным и рациональным методом лечения является хирургический.

Консервативное лечение необратимых изменений придатков матки малоперспективно. Если такое проводится, то оно создает предпосылки для новых рецидивов, усугубления нарушенных обменных процессов, развития тяжелых нарушений функции почек, что увеличивает риск предстоящей операции (невозможность произвести вмешательство в необходимом объеме, реальная возможность травматизации смежных органов и др.).

Гнойные тубоовариальные образования представляют тяжелый в диагностическом и клиническом плане процесс. Тем не менее в течении заболевания можно выделить:

- интоксикационный синдром;
- болевой синдром;
- инфекционный синдром;
- ранний почечный синдром;
- синдром гемодинамических расстройств;
- синдром воспаления смежных органов;
- синдром метаболических нарушений.

### Интоксикационный синдром

Интоксикационный синдром (ИС) заключается в том, что образующиеся в лейкоцитах лизосомальные гидрокаталазы поступают в кровь, вызывают катаболические процессы и освобождение полипептидов. В патологический процесс вовлекаются продукты кинин-кининогеновой системы (в первую очередь брадикинин), отрицательно влияющие на ферментативные системы тканей, увеличивающие проницаемость стенок капилляров, что приводит к выходу за пределы сосудистой системы электролитов, форменных элементов крови, белков и к другим нарушениям. Уменьшается объем циркулирующей жидкости. Развивается микробная интоксикация (вначале за счет аэробов), к которой присоединяется действие токсинов неспорообразующих и/или споровых анаэробов, отличающихся чрезвычайной токсичностью.

ИС сопровождается экзогенной интоксикацией - действием микробных токсинов и эндогенной интоксикацией (ЭИ), мембранно-деструктивным процессом и накоплением веществ низкой и средней молекулярной массы (ВНСММ). Различают 5 стадий ЭИ:

1-я, начальная, стадия - компенсаторная фаза; наблюдается увеличение сорбционной емкости эритроцитов без повышения концентрации ВНСММ в плазме крови; встречается у больных с острым сальпингоофоритом или обострением хронического процесса;

2-я стадия - фаза накопления продуктов из очага агрессии; наблюдается увеличение концентрации ВНСММ как в плазме крови, так и в эритроцитах; отмечается у больных с тубоовариальными абсцессами;

3-я стадия - фаза обратимой декомпенсации органов детоксикации (печень, почки, легкие, кожа), или фаза полного насыщения; концентрация ВНСММ в эритроцитах остается неизменной, а в плазме крови она продолжает нарастать, достигая значительных величин; наблюдается у больных с тубоовариальными абсцессами;

4-я стадия — фаза необратимой декомпенсации органов детоксикации (фаза несостоятельности гомеостаза); снижается концентрация ВНСММ в эритроцитах, вероятны изменения структуры мембран и повышается содержание ВНСММ в плазме крови;

5-я, терминальная, стадия - фаза полной дезинтеграции систем и органов; происходит повреждение мембран, уменьшаются концентрация ВНСММ в эритроцитах и плазме, внутриклеточное накопление продуктов метаболизма.

Определение содержания ВНСММ как в плазме крови, так и в эритроцитах позволяет установить степень и фазу интоксикации и выбрать метод детоксикационной терапии. При 1-й

стадии ЭИ используется мембраностабилизирующая терапия (антиоксиданты, полиен, аскорбиновая кислота и др.). При 2-й стадии ЭИ мембраностабилизирующая терапия сочетается с детоксикацией гепатопротекторами (эссенциале, карсил, глутаминовая кислота) и препаратами, улучшающими функцию почек (уросептики, эуфиллин, трентал). При 3-й и 4-й стадиях ЭИ вышеуказанная терапия сочетается с мощной детоксикационной терапией (гемосорбция, ультрафильтрация, лимфосорбция, оксигенация крови, ГБО).

В развитии ИС существенное значение имеет действие продуктов, недостаточно обезвреживаемых печенью в связи с нарушением у больных мочевинообразовательной и дезинтоксикационной функций.

Оценка активности ферментативных систем печени, ответственных за метаболизм лекарственных соединений, представляет интерес для акушеров-гинекологов. Среди ферментных систем микросом следует выделить систему оксиредуктазы и особенно монооксигеназную систему, содержащую цитохром P<sub>450</sub>. Эти системы осуществляют окислительный метаболизм ксенобиотиков, стероидных гормонов, простагландинов, жирных кислот, токсических субстанций. Активность цитохрома P<sub>450</sub> отражает детоксикационную функцию печени. Для снижения лекарственных осложнений, особенно у беременных с токсикозом и у больных с гнойно-септическими осложнениями, определяют активность цитохрома P<sub>450</sub>, затем назначают гепатотропную терапию.

Клинически ИС проявляется симптомами интоксикационной энцефалопатии: головные боли, заторможенность или эйфория, тяжесть в голове, затрудненная речь или многословие, постоянно закрытые глаза, «туманный» взгляд, иногда беспокойство за жизнь, страх, коматозное состояние. Тяжелое общее состояние сопровождается диспепсическими расстройствами (сухость во рту, тошнота, рвота, отсутствие чувства облегчения после нее, горечь во рту). Нарушения сердечно-сосудистой системы (тахикардия, реже - брадикардия, цианоз, гиперемия лица на фоне резкой бледности, гипертензия или гипотензия) являются ранними симптомами ИС, начинающегося септического шока.

### Болевой синдром

Болевой синдром присутствует почти у всех больных с гнойными tuboовариальными образованиями, причем характер болей может быть различным. Особенно характерны нарастающие боли в низу живота или в подвздошных областях и расширение зоны болевого синдрома (к области мезогастриума, тогда как при перитоните боли распространяются по всему животу). Нарастающий характер болей сопровождается ухудшением общего состояния больной. При специальном исследовании смещение за шейку матки резко болезненное, симптомы раздражения брюшины вокруг пальпируемого tuboовариального образования выраженные.

Пульсирующая нарастающая боль, сохраняющаяся лихорадка с температурой тела выше 38 °С, тенезмы, жидкий стул, отсутствие при гинекологическом исследовании четких контуров опухоли, распространение зоны симптомов раздражения брюшины выше гипогастрия, появление и нарастание дизурических расстройств, длительно текущий воспалительный процесс и отсутствие эффекта от лечения ~ все это свидетельствует об угрозе перфорации или о наличии ее, что является абсолютным показанием для срочного оперативного лечения.

### Инфекционный синдром

Само собой разумеется, что инфекционный синдром присутствует у всех больных с гнойными tuboовариальными образованиями. Проявляется у большинства больных лихорадкой (с температурой тела 38 °С и более), у части из них она начинается с субфебрилитета и нарастает, может быть озноб, который не носит характера потрясающего септического озноба, сменяющегося резкой слабостью. Чаще бывают познабливание, ощущение холода. Тахикардия соответствует степени выраженности лихорадки, при явлениях пельвиоперитонита и перитонита имеется несоответствие частоты пульса температуре тела больной. В крови больных повышаются лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), СОЭ, лейкоцитоз, снижается количество лимфоцитов, увеличивается содержание палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов. Повышение ЛИИ связано с исчезновением в крови больных эозинофилов, увеличением содержания сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, снижением количества лимфоцитов и моноцитов, появлением плазматических клеток.

Уменьшение в крови содержания моноцитов и лимфоцитов может расцениваться как угнетение иммунной защиты, а появление молодых и незрелых форм нейтрофилов - как напряженность компенсаторных механизмов, обеспечивающих дезактивацию токсинов.

Уровень веществ средней молекулярной массы, отражающий тяжесть инфекционного и



интоксикационного синдромов, значительно выше у больных с гнойными процессами, нежели у больных с острым воспалением. Следует отметить, что этот показатель очень динамичен и снижается по мере ремиссии, коррелирует с клиническими симптомами интоксикации и может служить диагностическим и прогностическим критерием гнойного процесса.

### Ранний почечный синдром

Клинические признаки почечного синдрома появляются на ранних стадиях гнойного процесса, так как в воспалительный процесс малого таза вовлекаются тазовая клетчатка и, особенно, предпузырная клетчатка.

Ранний почечный синдром встречается у 55-65% больных с гнойными воспалениями придатков матки. Отмечаются раннее появление белка в моче, лейкоцитурия, цилиндрурия, эритроцитурия, у  $2/3$  больных диагностируются функциональные нарушения мочевыделительной системы, обусловленные интоксикацией, сдавлением воспалительной опухолью дистального отдела мочеточников и мочевого пузыря. При этом у половины больных выявляется нарушение пассажа мочи с развитием гидроуретера, гидронефроза. Впоследствии может сформироваться передний параметрит с нагноением и перфорацией гнойников в мочевой пузырь и образованием мочеполовых свищей.

### Синдром гемодинамических расстройств

У больных с tuboовариальными образованиями наблюдаются как общие, так и местные гемодинамические расстройства. Изменения наиболее важных гемодинамических показателей (дефицит ОЦК, ОЦП, ОЦЭ) сопровождаются расстройствами микроциркуляции, что в дальнейшем приводит к недостаточной регенерации тканей.

### Синдром воспаления смежных органов

Гнойные воспаления придатков матки всегда сопровождаются распространением инфекционного процесса на близлежащие ткани и органы, вследствие чего развиваются воспалительные изменения тазовой брюшины и образуются обширные межорганные сращения, вторичные поражения аппендикулярного отростка с формированием вторичного аппендицита. Одновременно появляются воспалительная инфильтрация в прилежащих петлях толстой и тонкой кишки с формированием сигмоидита, воспаление мочевого пузыря с явлениями пиелостита, а также инфильтративные и гнойные воспалительные изменения в клетчатке параметриев (с развитием параметрита), приводящие к сдавлению устьев мочеточников, блокированию функции почек, острой или хронической почечной недостаточности.

Клинические проявления этих осложнений чрезвычайно тяжелы: проводимая в стационаре интенсивная терапия эффекта не дает, нарастают интоксикация и динамическая непроходимость кишечника, расширяется зона перитонеальных симптомов, увеличивается в размерах воспалительная опухоль, что в конечном итоге приводит к перфорации гнойников с образованием наиболее тяжелых осложнений - разлитого гнойного перитонита, мочеполовых, кишечно-половых, брюшностеночных и других свищей. Распространение гнойного процесса по клетчатке из параметриев на переднюю брюшную стенку вызывает образование флегмоны, абсцессов.

### Синдром метаболических нарушений

Метаболические нарушения при гнойных tuboовариальных образованиях многообразны. Наибольшее внимания заслуживают нарушения белкового, водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния.

Белковый обмен нарушается в связи с гиперметаболизмом, потерей белка с экссудатом, деструкцией тканей, мочой и рвотными массами. Потери белка могут достигать 50-200 г/сут. Гипопротеинемия, диспротеинемия с уменьшением количества альбуминов, увеличением содержания глобулинов за счет  $\gamma$ - и  $\alpha$ -глобулинов. Диспротеинемия сопровождается нарушением азотистого баланса.

Электролитные нарушения при гнойных процессах являются следствием общей реакции организма на распространенный воспалительный процесс. В связи с усилением выделения калия с мочой, рвотными массами и выходом его из внутриклеточного пространства у ряда больных, особенно с гинекологическим перитонитом, может наблюдаться гипокалиемия, требующая коррекции. По мере прогрессирования процесса, угнетения выделительной функции почек,

дезорганизации метаболизма клеток и их гибели содержание калия в плазме возрастает, гипокалиемия может смениться гиперкалиемией. Выраженной гипернатриемии обычно не наблюдается, так как значительное количество натрия перемещается внутрь клеток, вытесняя оттуда калий, небольшое количество натрия депонируется вместе с отечной жидкостью в интерстициальном пространстве. Изменение концентрации других ионов менее выражено.

Кислотно-основное состояние подвержено значительным колебаниям: как правило, развивается ацидоз, обусловленный нарушением кровообращения в тканях, гипоксией и дезорганизацией метаболизма клеток, развитием дыхательного алкалоза.

Клинически метаболические нарушения у больных с гнойными процессами проявляются как до операции, так и после нее нарастающими симптомами сердечной, дыхательной и других видов полиорганной недостаточности, снижением моторики желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и другими расстройствами.

## **Обследование больных с гнойными tuboовариальными образованиями**

При гнойно-воспалительных заболеваниях придатков (ГВЗПМ) применяют следующие методы исследования

1. Общеклинические.
2. Лабораторные: бактериоскопия, бактериология, биохимические, иммунологические, коагулограмма.
3. Функциональные: ЭКГ, рентгеноскопия или рентгенография легких, ЖКТ, урография, ректороманоскопия, ирригоскопия и др.
4. Трансвагинальная эхография - скрининговый метод диагностики всех клинических форм ГВЗПМ.
5. Компьютерная томография или ядерно-магнитный резонанс - для дифференциальной диагностики ГВЗПМ и истинных опухолей яичника.
6. Диагностическая лапароскопия:
  - для исключения осложнений (пельвиоперитонит, вторичный или первичный аппендицит, перфорация ГВЗПМ);
  - при отсутствии или неадекватном клиническом эффекте лечения в течение первых 24-48 ч,
  - при расхождении клинических данных и результатов неинвазивных инструментальных методов диагностики;
  - для уточнения нозологической формы, определения степени тяжести и распространенности процесса с целью возможности выполнения органосохраняющих операций.
7. Диагностическая пункция. Следует отметить, что мы отрицательно относимся к выполнению диагностической пункции при ГВЗПМ. Для уточнения диагноза мы применяем вышеперечисленные методы обследования. Чем раньше удаляется источник гнойного процесса, тем меньшей деструкции подвергаются окружающие ткани. Из гноя или из замкнутых полостей почти никогда не удается выделить возбудителей, и антибиотики не могут воздействовать на очаг через плотную капсулу абсцесса. Поэтому фактор времени при лечении тяжелых больных, истощенных длительно существующим гнойным процессом, имеет решающее значение.

## **Основные принципы терапии**

Стратегия лечения данной группы больных должна строиться на органосохраняющих принципах, но с радикальным удалением основного гнойного очага. Поэтому для каждой конкретной больной выбор срока операции и ее объема должен быть оптимальным.

Уточнение диагноза иногда занимает несколько суток, особенно в тех случаях, когда рассматривается пограничный вариант между нагноением и острым воспалительным процессом или при необходимости дифференцировать от онкологического процесса.

*Предоперационная терапия* включает назначение антибиотиков, антипротозойных препаратов, антигрибковых средств, антигистаминных препаратов, проведение дезинтоксикационной терапии (инфузионная коррекция волевических и метаболических нарушений), оценку эффективности лечения по динамике лихорадки, перитонеальных симптомов, показателей крови, ЛИИ, ВНСММ.

*Хирургический этап лечения* состоит из эндотрахеального наркоза, лапаротомии или лапароскопии (выбор необходимого объема операции, возможность его выполнения, сочетание с операциями на смежных органах, выбор способа дренирования).

Лечение больных с tuboовариальными абсцессами всегда представляет тяжелую проблему для хирурга, так как эта патология сопровождается вторичными воспалительными изменениями в прилегающих петлях кишечника, аппендикулярном отростке, предпузырной клетчатке,

мочевом пузыре, сальнике, клетчатке параметриев. Нарушение топографии вследствие тяжелых гнойных процессов неизбежно ведет к травматичным повреждениям смежных органов, невозможности выполнения требуемого объема операции, повторным операциям в связи с осложнениями, а также к послеоперационным осложнениям (нагноение и расхождение швов, параметрит, прогрессирование перитонита, межкишечные и тазовые абсцессы, кишечная непроходимость и др.).

*Лечение в послеоперационном периоде включает:*

- продолжение антибактериальной терапии в сочетании с антипротозойными и антигрибковыми препаратами, уросептиками;
- инфузионную терапию с коррекцией гиповолемии, интоксикации, метаболических нарушений;
- нормализацию моторики ЖКТ (стимуляция функции кишечника, ГБО, гемосорбция или плазмаферез, прием ферментов, перидуральная блокада, промывание желудка и др.);
- гепатотропную терапию;
- общеукрепляющую терапию;
- антианемическую терапию;
- парентеральное питание;
- профилактику гиподинамии;
- иммуностимулирующую терапию (УФО, лазерное облучение крови, иммунокорректоры).

*Госпитальная и постгоспитальная реабилитация включает:*

- лечение остаточных явлений воспалительного процесса;
- профилактику рецидивов;
- восстановление специфических функций;
- коррекцию астенического синдрома;
- коррекцию посткастрационного синдрома (в случаях тотальной аднексэктомии).

*Динамическую лапароскопию* применяют у больных при необходимости сохранения репродуктивной функции. Этот метод заключается в лапароскопической санации, которая проводится многократно, с интервалами 24 ч на протяжении 2-6 сут.

По данным Н.М. Подзолковой (1995), изучавшей отдаленные результаты лечения женщин, перенесших лапароскопическую санацию, у которых удалось сохранить менструальную функцию, маточная беременность наступила у каждой пятой женщины, при контрольной ГСГ в 91,3% случаев выявлена проходимость маточных труб.

### **Ситуационная задача**

Больная М., 25 лет, доставлена в стационар сантранспортом с жалобами на высокую температуру тела (38-39 °С) в течение 2 нед, общую слабость, потливость, боли в низу живота с иррадиацией в область прямой кишки. 2 нед тому назад обращалась по поводу болей к врачу женской консультации, который назначил бисептол и свечи с белладонной. Состояние ухудшалось. Менструальный цикл не нарушен, последние менструации в срок, 3 нед назад. Имела 1 нормальные роды и 2 медицинских аборта без осложнений. В течение 6 лет использует ВМК, половая жизнь вне брака с разными партнерами.

При поступлении состояние больной тяжелое, температура тела 38,8 °С, пульс 106 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст., одышка - до 26 дыханий в минуту. Кожные покровы бледные, с землистым оттенком, язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, участвует в дыхании, болезнен при пальпации в нижних отделах, где отмечаются симптомы раздражения брюшины. Слева над лоном пальпируется плотное образование, исходящее из малого таза, болезненное при исследовании, с симптомами раздражения брюшины над ним. Мочеиспускание учащено и болезненно. Стул жидкий, зловонный.

Осмотр в зеркалах: явления кольпита, гнойные выделения из матки, из цервикального канала свисают нити ВМК. Матка четко не контурируется, так как вовлечена в большой конгломерат опухоли размерами 20x15x15 см, доходящей почти до левой стенки таза, болезненной при исследовании, плотной при пальпации. Сзади от матки и справа определяется ретортообразная плотная опухоль, болезненная при пальпации, исходящая из правых придатков.

Анализ крови: НЬ 112 г/л; л.  $22,8 \cdot 10^9$ /л; эр.  $3,8 \cdot 10^{12}$ /л; п. 12%; с. 77%; лимф. 10%; мон. 3%; СОЭ 36 мм/ч; тр.  $210,0 \cdot 10^9$ /л.

Анализ мочи: белок 0,33 г/л, лейкоциты 35-40 в п/зр., гиалиновые цилиндры 1-2 в п/зр., бактерии.

## Тактика врача

1. Постановка диагноза. Диагноз устанавливается на основании клинических симптомов инфекции, лихорадочного состояния, тахикардии, тахипноэ, болевого симптома, картины крови, наличия плотного болезненного образования в малом тазу с вовлечением матки и придатков, гнойных выделений из матки. Заболевание возникло вследствие имеющегося в матке ВМК.

Диагноз: тубоовариальная гнойная опухоль слева; правосторонний пиосальпинкс; острый метроэндометрит на фоне ВМК; пельвиоперитонит.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Извлечь внутриматочный контрацептив (потягиванием за «нити») при бимануальном исследовании. Начать противовоспалительную интенсивную терапию в качестве предоперационной подготовки. Интенсивная терапия должна включать:

- два антибиотика цефалоспоринового ряда (клафоран, клиндамицин, цефамезин, цефазолин и др.) в сочетании с гентамицином и метрагилом в терапевтических дозах;
- инфузионную терапию кристаллоидными и коллоидными растворами (растворы Рингера - Локка и «Ацесоль», полиионные растворы, гемодез, реополиглюкин, альбумин, протеин, трисамин, реоглюман и др.);
- сердечные гликозиды, витамины, антигистаминные средства;
- антиоксидантную терапию унитиолом с аскорбиновой кислотой, витамин Е.

Продолжить обследование больной в течение предоперационной подготовки (бакпосев выделений из цервикального канала, исследование крови из вены на гемокультуру, биохимический анализ крови, коагулограмма, ЭКГ, УЗИ, рентгенография легких, осмотр терапевтом и анестезиологом).

Предоперационная подготовка может длиться 6-12 ч. Ухудшение общего состояния больной, нарастание болей указывают на угрозу перфорации гнойника, возникновение перитонита и являются показанием к срочной операции.

Операция проводится в необходимом, но по возможности щадящем объеме. Больной М. было выполнено чревосечение, удаление левых придатков матки и правой маточной трубы.

Далее следует продолжить интенсивную терапию для ликвидации последствий инфекции и операции.

## ИНФИЦИРОВАННЫЙ АБОРТ

Инфицированный внебольничный аборт встречается у 18-20% гинекологических больных, нередко сопровождается тяжелыми осложнениями, оперативными вмешательствами, а иногда приводит к летальному исходу. Возникает в результате непосредственного попадания микробов-возбудителей в матку (чаще при криминальных вмешательствах), заноса лимфогенным или гематогенным путем, а также во время выполнения легального аборта при наличии противопоказаний к нему (воспалительные заболевания гениталий - кольпит, аднексит, эндометрит; инфекционные заболевания экстрагенитального происхождения - ОРВИ, грипп, ангина, пневмония, пиелонефрит и др.), вследствие субинволюции матки или остатков плодного яйца после аборта.

Распространению инфекции способствуют такие факторы, как:

- наличие раневой поверхности матки, разрывы и травмы шейки матки, являющиеся входными воротами для инфекции;
- хорион и его остатки, обладающие всасывающей способностью, что облегчает дальнейшее распространение в кровяное русло как самих микробов, их токсинов, продуктов распада, так и агрессивных химических веществ, введенных в матку с целью прерывания беременности;
- ожог, травма, некробиотические изменения в матке, возникшие от использованных с целью прерывания беременности химических веществ (растворы водки, спирта, мыла и др.);
- кровопотеря и анемизация, снижающие сопротивляемость организма инфекции.

Значительная роль в распространении инфекции принадлежит естественной резистентности организма, исходному уровню иммунодефицита при беременности, процессам сенсибилизации.

Наиболее частыми возбудителями гнойно-септической инфекции (ГСИ) после аборта являются ассоциации грамотрицательных анаэробов, бактероидов (*Bacteroides fragilis*, *Bacteroides melaninogenes* и др.), фузобактерий, пептококков, пептострептококков с условно-патогенными возбудителями (стафилококк, синегнойная палочка, вульгарный протей, стрептококк и др.). Для развития локализованных форм инфекции (инфицированного аборта) достаточно средней степени обсемененности: 10<sup>4</sup>-10<sup>5</sup> КОЕ в 1 мл биосубстрата (КОЕ - колониобразующая единица).

В ответ на внедрение возбудителя в матку при снижении общей реактивности возникает очаг

воспаления с присущими ему стадиями развития. Скорость развития более глубоких патологических изменений связана с особенностью и мощностью воздействия токсинов, выделяемых грамположительными и грамотрицательными бактериями, а также с интенсивностью воспалительных изменений в матке. При этом экзотоксин грамположительных микробов обладает цитотоксическим эффектом, вызывает протеолиз клеток (лизис эритроцитов и лейкоцитов) с образованием и выделением в кровотоки кининоподобных субстанций, приводящих к стимуляции симпатической нервной системы и повышенному выбросу катехоламинов.

Эндотоксин, выделяемый при разрушении грамотрицательных бактерий, образует в кровотоке сложные комплексы, обладающие симпатомиметической активностью, что приводит к резким нарушениям микроциркуляции и в системе свертывания крови.

В результате воздействия этих биологически активных веществ на сосудистую стенку возникает спазм артериол с перераспределением крови, ее депонированием и уменьшением ОЦК.

## **Классификация гнойно-септических заболеваний после аборта**

Для определения клинических форм гнойно-септических заболеваний после аборта целесообразнее использовать классификацию послеродовых гнойно-септических осложнений СВ. Сазонова и А.В. Бартельса (1973), адаптированную и дополненную нами. При этом следует различать переходящие один в другой 3 этапа распространения инфекции:

1-й этап - неосложненный инфицированный (лихорадящий) аборт, при котором инфекция ограничена плодным яйцом и децидуальной оболочкой матки;

2-й этап - осложненный инфицированный аборт, при котором инфекция вышла за пределы матки, но осталась локализованной в малом тазу (поражены мышцы матки, маточные вены, трубы, яичники, параметральная клетчатка и тазовая брюшина);

3-й этап - септический аборт, при котором инфекция распространилась за пределы малого таза и стала генерализованной (септицемия - сепсис без видимых метастазов, септикопиемия - сепсис с метастазами, септический шок, анаэробный сепсис, перитонеальный сепсис).

4-й этап распространения инфекции - осложненный инфицированный аборт следует выделить в особую пограничную форму - гнойно-резорбтивную лихорадку (ГРЛ), нередко трактуемую как септическое состояние, сепсис (?), септический аборт. Эта клиническая форма инфекции является пограничной между локализованным и генерализованным процессом. При ГРЛ всегда имеются фактор нагноения с еще несовершенным ограничительным грануляционным процессом и фактор резорбции. Любое активное хирургическое вмешательство в матку без предварительного лечения будет способствовать «факту прорыва» инфекционного агента в кровь и генерализации инфекции с возможным летальным исходом вследствие быстро развивающегося септического шока.

### *Неосложненный инфицированный (лихорадящий) аборт*

Больные с этой патологией жалуются на температуру тела выше 37,5 °С, однократный озноб, незначительную головную боль, наличие кровянистых или кровянисто-гнойных выделений из матки.

Способ криминального вмешательства (на ранних сроках беременности - до 14 нед): чаще внутриматочное введение катетера и растворов, реже - медикаментов общего действия. Больные поступают в стационар через 5-7 дней после вмешательства, иногда со значительным кровотечением. Общее состояние больных при поступлении удовлетворительное или средней тяжести; кровотечение не сильное, но длительное, приводящее к анемизации (бледность, слабость, тахикардия, содержание гемоглобина менее 100 г/л). Высокая температура тела сохраняется 5-7 дней, затем переходит в субфебрильную, особенно при неадекватном самолечении.

Выкидыш (чаще неполный) может произойти дома или в стационаре. При специальном гинекологическом обследовании выявляются структурные изменения шейки матки (размягчение, укорочение, раскрытие цервикального канала), наличие травм на слизистой оболочке шейки матки, размягчение и болезненность матки при исследовании, наличие кровянистых, гнойно-кровянистых или гнилостных выделений. Почасовой диурез достаточный, анализ мочи без изменений. Артериальное давление в норме, тахикардия соответствует температуре тела, одышки нет.

При исследовании крови больной выявляются анемия при значительной и длительной кровопотере, умеренный лейкоцитоз до  $10,0-12,0 \cdot 10^9/л$ ; отсутствие токсических изменений,

ЛИИ не более 4; умеренное снижение содержания общего белка за счет уменьшения альбуминовой фракции; высокий титр С-реактивного белка (+++ или ++++).

Морфологические изменения носят местный характер: эндомиометрит с некрозом децидуальной ткани, мелкоклеточной лейкоцитарной инфильтрацией в прилежащем мышечном слое, расширенными кровеносными и лимфатическими сосудами.

#### *Осложненный инфицированный аборт*

При осложненном инфицированном аборте (вариант течения - гнойно-резорбтивная лихорадка) больные предъявляют следующие жалобы: повышение температуры тела до 38 °С и более, озноб, общая слабость, головные боли, снижение аппетита, плохой сон, тошнота, иногда рвота, боли в низу живота, кровянисто-гнойные выделения.

Беременность прерывается чаще всего в сроки более 14 нед внутриматочным введением катетера и различных химических веществ (водка, спирт, растворы мыла с водкой, калия перманганата и др.). Больные госпитализируются в стационар поздно - обычно на 7-14-й день после вмешательства, нередко после неадекватного лечения дома другими специалистами или после непрофильной госпитализации.

Общее состояние больных при поступлении средней тяжести или тяжелое за счет выраженного интоксикационного синдрома: заторможенность или эйфория, бледность кожных покровов, гиперемия лица, пульс более 100 уд/мин, частота дыхания до 22-26 в минуту, анемия токсического характера, температура тела 39--40 °С с ознобом, потами и резкой слабостью.

Инфицированный плод или его части нередко находятся в матке, являясь благоприятной средой для увеличения обсемененности, резорбции микробов, токсинов, продуктов распада, агрессивных веществ и способствуя процессам некробиоза в матке.

При гинекологическом исследовании нередко можно обнаружить следы травмы шейки матки с некротическими налетами, следы ожога слизистой оболочки влагалища, размягчение шейки матки; цервикальный канал может пропускать 1-2 пальца за внутренний зев; иногда пальпируются части плода в матке; воды нередко изливаются раньше; матка увеличена, мягкая, болезненная локально или по всей поверхности, не сокращается при пальпации. Придатки матки отечны, болезненны, имеют положительные симптомы раздражения тазовой брюшины, иногда определяются сглаженность или нависание заднего свода из-за скопления жидкости в отлогах местах малого таза, движения матки за шейку болезненны, выделения из цервикального канала гнойно-кровянистые, гнилостные, с ихорозным запахом, явления цервицита и нередко кольпита.

Суточный диурез несколько снижен до поступления, почасовой диурез на фоне проводимого лечения нормальный, однако при исследовании мочи обнаруживают белок, единичные эритроциты, лейкоцитурия, гиалиновые цилиндры. Артериальное давление нормальное или немного повышено, выраженная тахикардия (пульс 100-120 уд/мин), тахипноэ - до 22-30 дыханий в минуту. Тоны сердца ясные, иногда выслушивается легкий систолический шум на верхушке, на ЭКГ - синусовая тахикардия, нередко - мышечные изменения. В легких при аускультации могут отмечаться сухие хрипы, на рентгенограмме - усиление легочного рисунка. Печень и селезенка не увеличены, отмечаются умеренное вздутие кишечника, плохое отхождение газов, иногда жидкий стул.

При исследовании крови выявляются: умеренная анемия токсического характера (без указания на значительную кровопотерю), гипохромия, лейкоцитоз до  $12,0-18,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , умеренная лимфопения, сдвиг формулы влево, ЛИИ 4-6, выраженная диспротеинемия со снижением содержания общего белка, особенно его альбуминовой фракции, повышение уровня  $\alpha$ - и  $\beta$ -глобулинов с отсутствием существенных изменений в  $\gamma$ -глобулиновой фракции, высокий титр С-реактивного белка (+++ или ++++), признаки метаболического ацидоза, значительное снижение количества Т- и В-лимфоцитов.

Морфологическая картина. Эндомиометрит и метротромбофлебит при осложненном инфицированном аборте, протекающем по типу гнойно-резорбтивной лихорадки, характеризуются распространением инфекции по лимфатическим щелям и сосудам в глубь миометрия. Воспалительные изменения и некроз захватывают внутренний слой мышц матки, мелкоклеточная инфильтрация наблюдается в глубоких слоях миометрия и на отдельных его участках достигает серозного покрова матки. Инфекционный процесс может распространяться на придатки матки, приводя к отеку и инфильтрации маточных труб, отеку и инфильтрации тазовой брюшины.

### Септический аборт

Среди всех инфицированных аборт частота септических составляет от 0,9 до 4,6%, при этом летальность достигает 26% (Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д., 2000).

Септический аборт является общим генерализованным процессом, обусловленным реакцией организма на инфекционную агрессию. Он может протекать в виде септицемии (сепсиса без метастазов), септикопиемии (сепсиса с метастазами), анаэробного сепсиса, септического шока с осложнениями (острая почечная, печеночная, легочная и надпочечниковая недостаточность, ДВС-синдром), послеабортного перитонита. В течении септического аборта можно выделить 3 фазы:

- фазу напряжения (компенсаторно-защитная реакция макроорганизма в ответ на агрессию возбудителей);
- катаболическую фазу (прогрессирующий распад ферментных и структурных систем с последующей их декомпенсацией);
- анаболическую фазу (постепенное восстановление утраченных резервных ресурсов организма).

*Септицемия (сепсис без метастазов)* - тяжелое острое заболевание, протекающее с бактериемией и выраженной интоксикацией организма. Может иметь быстрое и бурное или молниеносное течение, нередко развивается в более поздние сроки после криминального вмешательства. При длительном течении нередко переходит в следующую стадию распространения инфекции - септикопиемию. Может развиваться осложнение - септический шок, что раньше трактовалось как молниеносная форма септицемии.

При септицемии не всегда удается обнаружить в крови возбудителей, однако тяжелые клинические проявления не исключают их наличия в организме больной. Бактерии могут находиться в межклеточных пространствах и выделять токсины. Диагностические скрининг-тесты при септицемии следующие.

1. Жалобы больных: высокая температура тела (до 40-41 °С), неоднократный озноб, сопровождающийся резкой слабостью, проливными потами, упорная головная боль, плохой сон, отсутствие аппетита, иногда боли в суставах, затруднение при ходьбе, гноевидные выделения из половых путей.

2. Срок прерываемой беременности: чаще от 14 до 27 нед.

3. Способ криминального вмешательства нередко больными отрицается, но при тщательном их опросе выявляется внутриматочное введение химических растворов.

4. Госпитализация больных поздняя, нередко после 4-5-дневного печения в домашних условиях, у врачей других специальностей, амбулаторно или в непрофильных отделениях.

5. Общее состояние больных тяжелое или крайне тяжелое, характеризуется ранним началом заболевания после вмешательства, повышением температуры тела до 40-41 °С с неоднократным ознобом и быстро нарастающей интоксикацией. У больных наблюдаются галлюцинации, бред, эйфория или адинамия, сонливость или бессонница, нарастающая слабость. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком или серо-землисто-го цвета, синюшный оттенок ногтевых фаланг и слизистой оболочки губ, иногда бывают мелкоточечные петехиальные кровоизлияния на конъюнктивах, на лице в форме бабочки, мочках ушей, груди, конечностях вследствие поражения капилляров. Подобные сосудистые поражения возникают во внутренних органах, головном мозге, на слизистых оболочках мочевого пузыря, желудка, кишечника. Нередко отмечаются пастозность лица, ног, отечность наружных поверхностей бедер.

6. Повышение температуры тела до 40-41 °С наблюдается у 18-20% больных, у остальных - до 38-39 °С (с колебаниями до 3 °С). Озноб повторяется 1-2 раза, если чаще (до 3-5 раз в сутки), то прогноз заболевания становится сомнительным.

7. Инфицированный плод или его части могут находиться в матке больной.

8. При специальном гинекологическом исследовании можно обнаружить на шейке матки, слизистой оболочке влагалища следы криминального вмешательства. Цервикальный канал раскрыт на 1-2 см, матка увеличена и болезненна, имеются гноевидные выделения, иногда локальная бледность по ребрам матки, свидетельствующая о тромбофлебите маточных вен. Локальные изменения менее значимы, чем общее тяжелое состояние больной.

9. Придатки матки могут быть изменены вследствие попадания токсинов из матки в кровеносное русло и нарастания признаков интоксикации. Но при длительном течении септицемии могут быть воспалительные изменения в придатках и клетчатке параметриев в виде бокового, переднего или заднего параметрита, сопровождающегося инфильтратом, тромбозом, нагноением, появлением серозного или гнойного выпота в малом тазу. При криминальном вмешательстве распространение воспалительного процесса на клетчатку параметриев следует рассматривать как проявление септикопиемии, то есть как вторичный инфекционный процесс,

разрешение которого лишь в исключительных случаях возможно при консервативном и длительном лечении. Основным и главным первичным источником нагноения является матка с инфицированными остатками плодного яйца или без них. В сосудах матки - васкулиты и инфицированные тромбы. Прорыв гнояника в полые органы, брюшную полость или длительный нагноительный процесс с расплавлением клетчатки малого таза нередко приводят к смертельным исходам, если своевременно не предпринято адекватное хирургическое лечение.

10. Наблюдается выраженная олигурия, появляется белок, выявляются лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндры, слизь, бактерии.

11. АД снижено у трети больных, у большинства больных отмечаются тахикардия до 120-140 уд/мин и тахипноэ - до 30 дыханий в минуту, признаки перегрузки правых отделов сердца. Язык чаще сухой, обложен коричневым налетом, губы сухие, часто с герпетическими высыпаниями. Печень увеличена, край ее болезнен при пальпации, селезенка увеличена не всегда. Живот умеренно вздут, может наблюдаться зловонный понос токсического происхождения, непровольные мочеиспускание и стул вследствие паретического состояния сфинктеров.

12. При исследовании крови выявляются анемия токсического характера, значительный лейкоцитоз (до 20,0-30,0 • 10<sup>9</sup>/л) лишь у четверти больных, у остальных количество лейкоцитов чуть выше нормы либо наблюдается лейкопения, что прогностически неблагоприятно и свидетельствует об угнетении функции костного мозга. Отмечаются появление юных форм нейтрофилов, отсутствие эозинофилов, значительно увеличивается число нейтрофилов за счет палочкоядерных форм, наблюдаются лимфопения, моноцитопения, высокая СОЭ, выраженная токсическая зрелость нейтрофилов, плазматические клетки, анизцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия.

Сочетание анемии, лейкопении, лимфо- и моноцитопении при высокой СОЭ (до 70 мм/ч) является прогностически плохим признаком. Отмечаются высокий ЛИИ (более 6-8), повышенное содержание С-реактивного белка, гипопротейнемия со снижением уровня альбуминов (на 25-30%). Содержание  $\gamma$ -глобулинов в начале заболевания немного увеличено, затем начинает уменьшаться. В начале заболевания наблюдается увеличение содержания всех классов иммуноглобулинов, затем значительно повышаются уровни IgA, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), снижаются количество и функциональная активность Т-лимфоцитов.

В аскорбатной окислительно-восстановительной системе преобладают окисленные формы, вплоть до разрушения аскорбиновой кислоты, соотношение количества аскорбиновой кислоты и ее окисленных форм (коэффициент АК/ОФ) снижен в 2,5-4 раза.

13. Морфологическая картина. В матке явления эндомиометрита и метротромбофлебита, некротические изменения эндометрия, нередко некротические остатки плодного яйца, глубокая лимфо- и лейкоцитарная инфильтрация миометрия, васкулиты с инфицированными тромбами. Маточные трубы отечные, с признаками эндосальпингита. Ткань яичников отечная, с кровоизлияниями, нередко инфицированные тромбы в связочном аппарате.

*Септикопиемия (сепсис с метастазами).* Септикопиемия при септическом аборте является следующим этапом септицемии, или сепсисом с метастазами. Характеризуется образованием гнойных очагов в различных органах и тканях - легких (пневмония, инфаркт легких, абсцесс легких, гнойный плеврит), почках (пиелонефрит, субкапсулярные абсцессы, карбункул почек), эндокарде (септический эндокардит с образованием некротических язвочек клапанов сердца), головном мозге (гнойный менингоэнцефалит и энцефалит). Встречаются гнойное поражение печени и селезенки, карбункул глаза, абсцессы мягких тканей, поражения суставов и др. Септикопиемия может развиваться после выведения больных из септического шока. Скрининг-симптомами септикопиемии являются следующие.

1. Жалобы больных такие же, как при септицемии, с присоединением жалоб в зависимости от места поражения: одышка, затрудненное дыхание, кашель, удушье - при поражении легких и сердца; дизурические расстройства, ознобы, высокая лихорадка, пиурия - при поражении почек; боли, желтуха - при поражении печени, селезенки; упорные головные боли, заторможенность или возбуждение, явления менингизма - при поражении головного мозга; отечность суставов, затруднения при ходьбе, боли - при поражении суставов (инфильтрация, гиперемия); флюктуация абсцессов мягких тканей и др.

2. Госпитализация больных поздняя, обусловлена стертым течением сепсиса или неадекватным лечением пиемических очагов.

3. Септикопиемия начинается через 10-15 дней после криминального вмешательства, характеризуется волнообразным течением с периодами тяжелой интоксикации и бактериемии, сменяющихся короткими ремиссиями. Нередко септикопиемия возникает после эвакуации плодного яйца при генерализованном процессе.



4. Общее состояние больных тяжелое или крайне тяжелое. На фоне незначительной ремиссии имеют место повышение температуры тела до 40-41 °С с повторяющимся ознобом, заторможенность или возбуждение; выраженная адинамия, бред сменяются бессонницей, апатия - возбуждением; появляются боли в икроножных мышцах и суставах; при поражении головного мозга - нестерпимые головные боли, ригидность в области затылка. Кожные покровы бледные, с желтушным оттенком, цианоз ногтевых фаланг и слизистой оболочки губ, выраженные явления сердечной недостаточности (тахикардия - до 120-140 уд/мин), тахипноэ - до 25-40 дыханий в минуту. Сердечные тоны приглушены, гипотония, систолический или диастолический шум на верхушке сердца или аорте, аритмия, расширение границ сердца, иногда шум трения перикарда. Печень и селезенка увеличены. Нередко отмечается понос, масса тела уменьшается. Выражение лица становится безразличным. Появляются поражения на коже в виде трещин, корок, петехиальной сыпи, присоединяются клинические симптомы со стороны пораженных гнойными метастазами органов.

5. При гинекологическом исследовании можно наблюдать явления эндоцервицита, небольшие гнойевидные выделения, слегка увеличенную матку без изменений придатков при отсутствии остатков плодного яйца в матке или такие же изменения, как при септицемии.

6. Выявляются олигурия со значительной потерей белка, цилиндрурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, значительное содержание бактерий. При соответствующей терапии диурез и концентрационная способность почек нормализуются.

7. Картина крови зависит от того, когда была взята кровь для исследования. В период обострения выявляются выраженная анемия с уменьшением количества эритроцитов, появлением нормобластов и фибробластов, пойкилоцитоз и анизоцитоз. Нередко наблюдаются лейкопения (до  $5,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ), лимфопения и моноцитопения, отсутствие эозинофилов, сохраняется токсическая зернистость нейтрофилов. В период ремиссии показатели белой крови улучшаются, однако токсическая анемия продолжает сохраняться до следующей волны обострения, так же как и высокая СОЭ (до 60-70 мм/ч).

Гипопротеинемия с дальнейшим уменьшением количества альбуминов обусловлена продолжающейся циркуляцией в крови токсических продуктов. Содержание калия снижено, содержание натрия не изменено, появляется гипербилирубинемия, повышается количество креатинина, остаточного азота, мочевины, глюкокортикоидов, снижается содержание общих липидов и холестерина, значительно уменьшаются количество Т- и В-лимфоцитов и их функциональная активность, повышается уровень ЦИК.

В аскорбатной окислительно-восстановительной системе значительное повышение окисленных форм наблюдается в период образования новых метастатических очагов, однако и в период ремиссии антиоксидантная система значительно угнетена, восстановления равновесия АК и ОФ не наступает, наблюдается значительный дефицит восстановленных форм.

8. Морфологическая картина. При отсутствии остатков плодного яйца в матке имеются васкулиты и инфицированные тромбы в сосудах.

*Анаэробный сепсис.* Возникает исключительно при криминальных абортах вследствие инфицирования *Cl. perfringens*, являющихся анаэробными бактериями. Возбудитель выделяет токсин, обладающий летальными, некротическими и гемолитическими свойствами. Под его действием происходит разрушение химической структуры гемоглобина, который превращается в метгемоглобин, наблюдаются гемолиз эритроцитов, частичное изменение тромбоцитов, протеинов плазмы, обуславливающие развитие капилляротоксикоза, что способствует транссудации и отеку тканей. Под воздействием коллагеназы, продуцируемой возбудителем, разрушаются тканевые белки и коллагеновые структуры, мышечная ткань при этом может расплавляться с образованием пузырьков газа, который выделяется из матки вместе с отхождением тканей.

Заболевание начинается остро, с повышения температуры тела до 39-40 °С, озноба, рвоты, болей в мышцах, появления желтухи, в течение нескольких часов кожа приобретает бронзовый оттенок. Возникает триада симптомов, известная как триада Нюренберга: бронзовая окраска кожи, моча цвета мясных помоев, темно-коричневый цвет плазмы крови (гемолизированная кровь). Быстро развиваются тяжелая интоксикация, острая почечная недостаточность. Состояние больных становится критическим вследствие увеличивающейся гипоксии, уремии (вялость, сонливость, запах ацетона изо рта, рвота, паретический живот, жидкость в отлогих местах, дыхание Куссмауля, азотемия), нарастающей тахикардии до 140-160 уд/мин. Больные в 90% случаев погибают, особенно когда развиваются гангрена матки и перитонит. Если больные не погибают от уремии, то на 10-11-е сутки повышается диурез, появляется полиурия, повышается уровень гемоглобина, прекращается рвота, исчезают отеки.

В результате гемолиза эритроцитов снижается уровень гемоглобина, увеличивается

количество лейкоцитов ( $30,0-50,0 \cdot 10^9/\text{л}$  и более). В лейкоцитарной формуле появляются молодые формы (миелоциты, юные), количество палочкоядерных нейтрофилов увеличивается до 20-40%, отмечается лимфо- и моноцитопения, уровень билирубина повышается в 20-30 раз. Быстро нарастают диспротеинемия с выраженной гипоальбуминемией, гипокалиемия, тканевый ацидоз; повышенная проницаемость сосудов сопровождается изъязвлением слизистой оболочки полости рта. Поскольку при анаэробном сепсисе очень быстро, в течение первых часов или суток, наступает поражение почек вследствие шока и некротического действия токсинов, уже в начале заболевания наблюдаются резкое снижение количества и функциональной активности Т-лимфоцитов и значительное повышение количества ЦИК. В аскорбатной системе преобладают окисленные формы аскорбиновой кислоты, вплоть до ее разрушения.

*Септический шок (СШ)* может осложнить течение как локализованных форм ГСИ после аборта, так и любой генерализованной формы этой инфекции. Спровоцировать развитие СШ могут любые хирургические вмешательства (выскабливание полости матки, хирургическая обработка абсцессов, ран, активная антибактериальная терапия, приводящая к бурному лизису бактерий, родовая деятельность и др.). При этом микробная инвазия в сочетании с повреждением у больных иммунной системы и гуморальной регуляции быстро приводит к нарушению адекватности перфузии тканей оксигенированной кровью вследствие развития тяжелых системных расстройств. Возникают поражения паренхиматозных органов с нарушением их функции: острая почечная недостаточность (ОПН) («шоковая почка»), острая печеночная недостаточность (ОПечН) («шоковая печень»), острая легочная недостаточность («шоковое легкое»), развивается ДВС-синдром. Нередко больные поступают в стационар уже с этими осложнениями СШ.

При бурном поступлении в кровь эндотоксинов грамотрицательных бактерий, а также экзотоксинов грамположительных микробов наступает пирогенная реакция, приводящая к спазму артериол с перераспределением крови, ее депонированию и уменьшению ОЦК. Кратковременное перераспределение крови предотвращает развитие гемодинамического кризиса, более продолжительный спазм сосудов приводит к ишемии органов и необратимым изменениям в них. Возникновение местных и общих реакций протекает по типу феномена Санарелли - Швартцманна и рассматривается в настоящее время как «срыв» иммунитета.

Клиническая картина СШ характеризуется сочетанием симптомов острого гнойного процесса и нарушения функций органов и систем организма. Условно следует различать 6 симптомов СШ:

- симптомы инфекции (лихорадка, озноб, бактериемия, анемия, лейкоцитоз);
- изменения со стороны ЦНС (неадекватность поведения, возбуждение, сопорозно-коматозное состояние);
- нарушения гемодинамики (гипер- и гиподинамический синдром, нарушение автоматизма и ритма сердца с тахикардией до 110-120 уд/мин, ишемия миокарда, нарушение микроциркуляции, коагулопатия);
- нарушения дыхания (тахипноэ более 30 дыханий в минуту), гипоксия, рентгенологические признаки «шокового легкого»;
- нарушения функций почек и печени (признаки ОПН с олигурией 20-30 мл/ч и ОПечН);
- нарушения метаболизма (диспротеинемия, гипергликемия, метаболический ацидоз, гиперлактатемия, гиперосмоляльность, снижение онкотического давления крови).

При исследовании крови выявляются уменьшение содержания гемоглобина и количества эритроцитов, их анизоцитоз и пойкилоцитоз, лейкоцитоз не менее  $15,0 \cdot 10^9/\text{л}$  (иногда  $50,0-70,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ) или умеренная лейкопения, ЛИИ не менее 9-10, гипопропротеинемия со снижением уровня альбуминов, некоторое увеличение содержания иммуноглобулинов всех классов. Наблюдаются уменьшение протромбинового индекса, количества фибриногена, фибринолитической активности крови, нарастание уровня окисленных форм аскорбиновой кислоты и снижение уровня ее восстановленных форм.

Анализ мочи: относительная плотность снижена до 1005-1009, изостенурия, умеренная протеинурия (до 1 г/л), цилиндрурия, гематурия до 15-20 эритроцитов в поле зрения, анурия или олигурия до 30 мл/ч. Отмечается нарастание в течение суток креатинина, мочевины, остаточного азота, билирубина в 2-3 раза.

Если больную не удастся вывести из состояния СШ, она либо очень скоро погибает, либо заболевание переходит в стадию, характеризующуюся нарушением функции жизненно важных органов. При этом прогрессируют уремия, ОПН, ОПечН, ДВС-синдром, и при явлениях нарастающей легочно-сердечной недостаточности больная умирает. Ранняя диагностика СШ, адекватный комплекс реанимационных и хирургических мероприятий с последующей интенсивной терапией позволяют снизить летальность при этом грозном осложнении.

*Послеабортный перитонит.* Возникает при повреждениях матки и органов брюшной полости или при распространении микробов из матки на брюшину лимфогенным, гематогенным путем или через маточные трубы, чаще всего при криминальных вмешательствах с целью прерывания беременности. Течение послеабортного перитонита имеет ряд особенностей в связи с тем, что это динамически развивающийся процесс, переходящий из отграниченного (местного), чаще серозного, в разлитой (общий) фибринозно-гнойный или гнойный. Местный перитонит является следствием распространения инфекционного процесса из инфицированной матки в первые 2-3 сут, в то время как разлитой перитонит развивается в течение нескольких часов при перфорации матки с травмой (или без нее) органов брюшной полости (мочевого пузыря, кишечника, брыжейки, сальника), пиосальпинкса, пиовариума, абсцессов малого таза, при задержке инфицированных частей плода в течение длительного времени (1-2 нед).

Воздействие патогенных микроорганизмов на брюшину проявляется ответной гиперергической реакцией в виде отека, гиперемии, экссудации с образованием фибриновых налетов. Эндо- и экзотоксины возбудителей усиливают интоксикацию с нарушением и дискоординацией обменных процессов, рефлекторными изменениями деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, угнетением активности желудочно-кишечного тракта, истощают энергетические ресурсы с постепенным развитием необратимых изменений в организме больной. Лишь своевременная постановка диагноза, осуществление адекватного хирургического и интенсивного лечения могут обеспечить благоприятный прогноз.

В диагностике послеабортного перитонита имеют значение следующие скрининг-симптомы и лабораторные данные.

1. Жалобы больных: повышение температуры тела (более 38 °С), озноб, внезапные резкие и прогрессирующие боли в животе, общая слабость, тошнота, рвота, икота, болезненное и учащенное мочеиспускание, метеоризм, жидкий стул, необходимость поиска вынужденного положения.

2. Возникает при любом сроке беременности.

3. Способ криминального вмешательства: внутриматочное введение металлических или деревянных предметов, инструментов для опорожнения матки, наконечников, введение токсических рас-і воров.

4. Срок госпитализации: в течение первых 2-3 ч или 2-3 дней от момента вмешательства или при появлении сильных болей в животе.

5. Общее состояние больных тяжелое, с прогрессирующим ухудшением, обусловленным нарастающей интоксикацией организма. Характерными ее признаками являются:

- нарушения со стороны ЦНС (заторможенность сознания, иногда эйфория, неадекватность поведения, галлюцинации, явления психоза, бред), резкая слабость, быстрая утомляемость, бледность или землистость кожных покровов, субиктеричность склер и кожи, тахипноэ -до 36-40 дыханий в минуту, тахикардия - до 120-150 уд/мин с пониженными свойствами пульса, акроцианоз, вынужденное положение (на спине), усиление болей при движении;

- нарушения моторной деятельности кишечника: тошнота, икота, рвота, рвотные массы застойного характера и цвета кофейной гущи с гнилостным, а затем каловым запахом, язык суховат или сухой, с налетом бурого цвета, губы сухие, ощущение сильной жажды, парез кишечника, вздутие петель кишечника, затрудненное дыхание вследствие поднятой диафрагмы, напряжение брюшной стенки с положительными симптомами раздражения брюшины, отсутствие отхождения газов, жидкий стул, появление шума плеска при аускультации кишечника и отсутствие перистальтики кишечника, притупление звука (экссудат) в отлогих местах;

- печень может выступать из-под края реберной дуги, край ее болезненный (токсическое поражение), селезенка не пальпируется из-за напряжения брюшной стенки;

- тоны сердца приглушены, функциональный систолический шум на верхушке, на ЭКГ синусовая тахикардия с признаками электролитных нарушений;

- в легких ослабленное дыхание, застойные явления.

6. Высокая температура тела (39—40 °С) сохраняется и носит гектический характер.

7. Плод или части плода чаще всего находятся в матке; при ее перфорации могут быть ущемлены в перфорационном отверстии петли кишечника, большой сальник, мочевого пузыря; в матке и брюшной полости могут быть оставлены инородные тела.

8. При гинекологическом исследовании информация скудная из-за напряжения брюшной стенки: матка плохо контурируется, резко болезненное движение матки за шейку, иногда определяется конгломерат опухоли, содержащий матку, придатки, подпавшие петли кишечника и сальника, болезненность при пальпации крестцово-маточных связок, пастозность или выпячивание заднего свода из-за скопившегося выпота, который может смещать матку

кверху и в стороны. При имевшем место криминальном вмешательстве цервикальный канал раскрыт на 2-3 см, выделения из матки кровянистые или гнойные, с ихорозным запахом.

9. Придатки матки не определяются из-за напряжения передней брюшной стенки. При наличии перфорации tuboовариального образования пальпируется плотный болезненный конгломерат без четких контуров, выявляются высокое его расположение из-за подпаянных петель кишечника и сальника, инфильтрация тазовой брюшины и области боковых сводов, иногда доходящая до стенки таза.

10. Суточный и почасовой диурез снижен за счет значительной гиповолемии и нарушения фильтрационной функции почек вследствие интоксикации.

11. Выраженной анемизации не наблюдается, если нет перфорации матки со значительным внутренним кровотечением, но имеются значительный лейкоцитоз (до  $12,0-26,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ) с увеличением количества нейтрофилов, появлением юных, незрелых форм лейкоцитов, исчезновением эозинофилов, уменьшением количества лимфоцитов и моноцитов, повышение СОЭ и ЛИИ (более 12). Появляется токсическая зернистость нейтрофилов. Крайне неблагоприятный прогностический признак - лейкопения в сочетании с лимфо- и моноцитопенией.

Нарушения белкового обмена, обусловлены обширным гнойным процессом и интоксикацией. Возникающая диспротеинемия вследствие повышенного катаболизма белков, нарушений проницаемости сосудистой стенки и белково-образовательной функции печени характеризуется снижением содержания общего белка в крови (до 50 г/л), значительным уменьшением количества альбуминов, покидающих русло (34-35 г/л); из печени в русло поступают глобулиновые фракции, количество которых значительно повышено, в основном за счет  $\gamma$ -глобулинов, содержащих специфические и неспецифические антитела.

Высокое содержание в крови С-реактивного белка на протяжении всего острого периода является свидетельством деструктивных процессов в организме больной.

Наблюдается метаболический алкалоз, уменьшается концентрация калия, увеличивается концентрация натрия, происходит дисфункция коры надпочечников, выражающаяся в относительном повышении содержания 17-дезоксикортикостероидов, снижается уровень общих липидов (до 3,3 г/л), являющихся основным энергетическим ресурсом организма.

Выявляется существенное подавление активности макрофагального звена иммунологического гемостаза: снижаются число и функциональная активность Т-лимфоцитов с одновременным повышением уровня ЦИК, компенсаторно повышается уровень IgG, особенно в первые сутки заболевания при низкой концентрации IgM.

В аскорбатной окислительно-восстановительной системе отмечаются уменьшение количества восстановленных форм аскорбиновой кислоты и значительное увеличение количества ее окисленных форм с повышением коэффициента АК/ОФ в 2-2,5 раза.

Анализ мочи: низкая относительная плотность, высокое содержание белка (иногда 1 г/л и более), лейкоцитурия, эритроцитурия, гиалиновые и зернистые цилиндры, нередко бактерии.

12. Морфологическая картина. Первым локальным ответом на инфекционную агрессию (реакция на экзотоксины бактерий) являются отек, набухание и глыбчатый распад коллагеновых волокон. Нагноительный процесс в брюшной полости способствует развитию высокой всасывающей способности брюшины: всасываются токсины белковой природы (альбумин), достигающие общего кровотока, и токсины кристаллоидного характера, способные как изолированно, так и в различных сочетаниях вызывать резкую антигенную перестройку организма - стресс вследствие повышения продукции гистамина, серотонина, гепарина, аммиака. Они быстро и в большом количестве поступают в печень, нарушая ее дезинтоксикационную функцию. Всасываются как продукты извращенного белкового обмена (полипептиды, тканевые протеазы), образующиеся при разрушении бактерий, так и сами бактерии - живые и погибшие.

### Лечебная тактика при септическом аборте

Лечение больных с септическими абортами должно быть интенсивным и многокомпонентным. Оно должно включать:

- проведение предоперационной подготовки или комплекса реанимационных мероприятий;
- хирургическое удаление основного источника инфекции;
- интенсивную послеоперационную терапию основного заболевания и его осложнений;
- реабилитационные мероприятия на госпитальном этапе;
- постгоспитальную реабилитацию и диспансерное наблюдение больных.

*Патогенетическая предоперационная (или реанимационная) подготовка* больных включает:

- ликвидацию гиповолемии и гиповолемического шока введением коллоидных и

кристаллоидных растворов;

- стабилизацию гемодинамических показателей введением больших доз глюкокортикоидов, вазопрессоров, кардиотонических средств, витаминов;
- антибактериальную терапию двумя-тремя антибиотиками широкого спектра действия, применение ингибиторов протеаз с целью предупреждения повреждения тканей и потенцирования действия антибиотиков;
- при необходимости форсирование диуреза применением осмодиуретиков и спазмолитиков;
- введение поливалентной противогангренозной сыворотки при подозрении на анаэробный сепсис;
- постоянное насыщение организма кислородом, при нарастающей дыхательной недостаточности — раннюю и длительную искусственную вентиляцию легких.

*Хирургическое удаление основного источника инфекции* при септическом аборте предусматривает экстирпацию матки с удалением маточных труб, ревизию и дренирование брюшной полости в наиболее ранние сроки после постановки диагноза «сепсис», независимо от варианта его течения. Необходимым условием является стабилизация центральной гемодинамики для успешного проведения анестезиологического пособия и самой операции. В течение 2-3 ч при перитоните и 6-8 ч при других вариантах сепсиса должен быть решен вопрос о возможности выполнения операции или об отказе от нее.

Отказаться от выполнения оперативного лечения следует при терминальном состоянии больной или прогрессирующем ДВС-синдроме. В остальных случаях гнойно-септические изменения в самой матке, нарушение перфузии «органов-мишеней», пиемические очаги настолько значительны, что консервативными мероприятиями никогда не удастся полностью ликвидировать инфекцию, поэтому больные обречены на развитие хронического сепсиса или на полиорганные поражения.

Операция удаления воспалительно-измененных гениталий представляет технические трудности. Матка всегда бывает дряблой, при наложении зажимов травмируется, гнойники в области придатков, малом тазу и клетчатке параметриев затрудняют их мобилизацию и ориентацию со смежными органами. Гнойники находятся в близком соседстве с мочеточниками, которые могут сдавливаться гнойниками. Повышенная кровоточивость затрудняет иногда выполнение операции в полном объеме. Кроме того, при удалении основного источника инфекции облегчается лечение ее осложнений. При септикопиемии вслед за удалением матки необходимы вскрытие, ревизия и дренирование пиемических очагов, а также тщательный уход и санация возможных источников образования метастатических гнойных очагов (катетеризованные вены, дренажные отверстия, культя влагалища и др.).

*Интенсивная терапия в послеоперационном периоде* предусматривает:

- продолжение антибактериальной терапии антибиотиками широкого спектра действия с соблюдением основных правил их применения (сочетание тиенама, меронема, аугментина с метрагилом, нитрофуранами, антигрибковыми и другими антипротозойными препаратами);
- интенсивную инфузионную терапию, которая проводится как во время операции, так и после нее в палате реанимации с учетом регуляции всех видов обмена (введение аминокислот, кровезаменителей, коллоидных и кристаллоидных растворов, белков, иногда гемотрансфузии);
- детоксикационную терапию: гемосорбцию со второго дня после операции (3-6 сеансов через день), ГБО (5-6 сеансов), УФО крови со второго дня после операции ежедневно (8-10 сеансов), внутривенное введение 5% раствора унитиола с аскорбиновой кислотой 2-3 раза в сутки с целью улучшения окислительно-восстановительных процессов, увеличения бактерицидной активности сыворотки крови, улучшения процессов тканевого дыхания, устранения гипоксии, улучшения микроциркуляции, функции паренхиматозных органов и моторики кишечника;
- применение антигистаминных препаратов (супрастин, димедрол и др.) для обеспечения седативного, противоотечного и антигистаминного эффектов;
- повышение резистентности организма к инфекции путем введения антистафилококкового  $\gamma$ -глобулина, антистафилококковой плазмы, полиглобулина, тималина, Т-активина, проведения УФО крови;
- продолжение гормональной терапии в убывающих дозах (гидрокортизон, преднизолон) в период реконвалесценции, особенно при септикопиемии;
- применение гепарина по 5000 ЕД с интервалом 6 ч для улучшения реологических свойств крови и предупреждения процессов тромбообразования, а также с противовоспалительной целью;
- применение кардиотонических и кардиостимулирующих средств (кокарбоксилаза, сердечные гликозиды, курантил, АТФ, дигоксин, цитохром С, комплекс витаминов) для

стабилизации сердечной деятельности и показателей ЭКГ;

- улучшение моторики кишечника с первых суток после операции путем применения стимулирующих перистальтику кишечника средств, ГБО, перидуральной блокады, липолитических ферментов, лечебной гимнастики, полноценного питания и др.;

- продолжение сбалансированной по объему и составу инфузионной терапии, ежедневные сеансы гемосорбции, ГБО, УФО крови при формирующейся почечной недостаточности, отсутствии эффекта от мероприятий по форсированию диуреза; при нарастающих и критических показателях азотемии - сеансы гемодиализа;

- введение гепатотропных средств (глутаминовая кислота, эссенциале, рибоксин, корсил), желчегонных средств и спазмолитиков, препаратов калия, ферментов при явлениях ОПечН с целью улучшения функции печени;

- раннее применение общего и локального ультрафиолетового облучения, лекарственного электрофореза, фонофореза, лечебной гимнастики, фитотерапии.

*Реабилитационные мероприятия на госпитальном этапе* после периода клинического выздоровления включают:

- лечение остаточных явлений ОПН, ОПечН, пневмонии, посттромбофлебитического синдрома, миокардиодистрофии, локальных инфильтратов и астеновегетативных нарушений в специализированных отделениях и центрах реабилитации в течение 1-1,5 мес.;

- назначение гепатотропных и сердечно-сосудистых средств, витаминов, фитотерапии, физиотерапии, полноценной диеты, ЛФК, которые способствуют предупреждению развития хронического сепсиса.

Больные с генерализованными формами инфекции нуждаются в течение 3 мес. в лечебных мероприятиях, направленных на предупреждение рецидивов заболевания и лечение остаточных проявлений сепсиса (лечение у гинеколога и других специалистов - эндокринолога, хирурга, терапевта, отоларинголога, психиатра, невропатолога). Появление у больной озноба, высокой температуры тела, слабости, головных болей и болей в суставах свидетельствует о рецидиве

сепсиса, требует срочной госпитализации и проведения интенсивной терапии. Лечебные мероприятия при остаточных проявлениях сепсиса включают противовоспалительную противорецидивную терапию, физиотерапию, фито-, игло- и рефлексотерапию, общеукрепляющее лечение, регуляцию режима труда и отдыха, санаторно-курортное и бальнеолечение (родонозные и сероводородные ванны не ранее чем через год).

*Постгоспитальная реабилитация и диспансерное наблюдение больных.* Перенесшие локализованные формы ГСИ нуждаются в продолжении противовоспалительного лечения амбулаторно с включением повторных курсов физиотерапии, витаминотерапии, биостимуляторов, с коррекцией менструальной функции в течение 2-3 мес., в санаторно-курортном и бальнеолечении (не ранее чем через 6 мес. после лечения).

Все больные, перенесшие септический процесс, должны находиться под наблюдением врача женской консультации и районной поликлиники в течение 3 лет. Они ежегодно должны проходить амбулаторное или стационарное обследование (биохимический и клинический анализы крови, ЭКГ, флюорограмма, бактериологический посев мочи, крови, отделяемого из цервикального канала, функциональные пробы почек, печени).

Лечебные мероприятия в период диспансерного наблюдения должны быть направлены на лечение нейроэндокринных нарушений, расстройств менструальной и генеративной функций, сформировавшейся органной патологии. Снятие с учета больной производится через 3 года при отсутствии у нее рецидивов заболевания, при восстановлении трудоспособности и отсутствии органических изменений в половых и других органах.

### ***Ситуационная задача 1***

В гинекологическое отделение поступила больная К., 23 лет, с жалобами на умеренные кровянистые выделения из половых путей, несильные боли в низу живота, повышение температуры тела до 37,5 °С. Накануне произошел выкидыш при беременности 12-13 нед, кровопотеря около 300 мл. Сразу к врачу не обратилась.

При поступлении состояние больной средней тяжести, кожные покровы бледные, лицо гиперемировано, температура тела 37,4 °С, пульс 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм рт. ст.

При влагалищном исследовании установлено: шейка матки укорочена, цервикальный канал проходим для одного пальца за внутренний зев, где определяется плацентарная ткань. Матка увеличена, ее размер соответствует 11-12 нед беременности, мягковатая, слегка болезненная при исследовании, выделения кровянистые, незначительные. Мочеиспускание не нарушено, диурез достаточный.

## Тактика врача

1. Постановка диагноза. Диагноз устанавливается на основании данных об имевших место аборте при сроке беременности 12-13 нед, невысокой лихорадке, тахикардии, кровопотере, результатов специального обследования, подтверждающих наличие воспалительных явлений в матке (эндометрите), а также на основании симптомов неполного выкидыша (структурные изменения шейки матки, болезненность и увеличение матки, наличие за внутренним зевом частей плодного яйца, умеренных кровянистых выделений).

Диагноз: неполный инфицированный внебольничный аборт при сроке беременности 12-13 нед.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Необходимые дополнительные методы обследования (посев из цервикального канала, уретры), клинические анализы крови и мочи, УЗИ. Динамическое наблюдение за общим состоянием больной, артериальным давлением, частотой дыхания и пульса, почасовым диурезом.

Наиболее безопасным является консервативно-выжидательный метод лечения при опасном для жизни кровотечении - опорожнение матки от плодного яйца. Последовательно проводятся:

- интенсивная антибактериальная подготовительная терапия двумя антибиотиками широкого спектра действия (предпочтительны цефалоспорины или полусинтетические препараты группы пенициллинов - ампициллин, ампиокс в сочетании с аминогликозидами, гентамицин и метрогил в максимальных терапевтических дозах) внутривенно и внутримышечно после взятия мазков и биосубстратов для определения флоры и чувствительности с последующей сменой антибиотиков в соответствии с антибиотикограммой;

- инфузионная терапия путем внутривенного введения коллоидных и кристаллоидных растворов (растворы Рингера - Локка, полифера, реополиглюкина, полиглюкина, полиионные растворы, гемодез, полидез, альбумин, сухая или нативная плазма, протеин), гемотрансфузия по показаниям; общее количество вводимых растворов не менее 1,5-2 л;

- витаминотерапия (аскорбиновая кислота с унитиолом, витамины группы В);

- десенсибилизирующая терапия (димедрол, тавегил, пипольфен), транквилизаторы, снотворные, кардиотонические средства, постельный режим;

- отсроченное на 12-24 ч (после стабилизации температуры тела и улучшения общего состояния больной) бережное опорожнение матки от инфицированных остатков или плодного яйца абортангом и тупой кюреткой методом *in situ* под внутривенным обезболиванием (калписол, диприван);

**Примечание.** При обильном и продолжающемся кровотечении (более 400-500 мл) по жизненным показаниям следует немедленно выполнить удаление абортангом свободно лежащую часть плода и кюретаж тупой кюреткой, одновременно провести антибактериальную и инфузионную терапию, при необходимости - гемотрансфузию. При большом сроке беременности (более 15-16 нед), наличии плода в матке и невозможности одномоментного ее опорожнения, не дожидаясь снижения температуры тела, больной назначают родовозбуждение с внутривенным введением простагландинов, окситоцина и спазмолитиков по традиционной схеме. Одновременно проводят интенсивную терапию небольшими дозами кортикостероидов.

- применение после кюретажа сокращающих матку средств (окситоцин, метилэргометрил), местно - лед на низ живота, постельный режим.

Интенсивная антибактериальная, инфузионная, общеукрепляющая, противовоспалительная терапия продолжается до клинического выздоровления и нормализации лабораторных показателей. Выписка из стационара не ранее чем через 12-13 дней после операции.

### **Ситуационная задача 2**

Больная Р., 19 лет, при беременности 16 нед за 2 дня до госпитализации вводила в полость матки через катетер мыльно-водочный раствор с целью прерывания беременности. Дома отмечала неоднократные ознобы, повышение температуры тела до 38 °С; отошли околоплодные воды. Настоящая беременность первая, менструальный цикл не нарушен, заболеваний не отмечает. На учете по беременности не состоит. При поступлении состояние тяжелое, температура тела 38,7 °С, пульс 106 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст., частота дыханий до 28 в минуту. Кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный над лоном, печень не увеличена, диурез нормальный.

При внутреннем исследовании: канал проходим до 2 см за внутренний зев, матка увеличена на 14-16 нед беременности, мягкая, болезненная, подтекают околоплодные воды.

Анализ крови: Нб 102 г/л; эр.  $3,8 \cdot 10^{12}/л$ ; л.  $27,0 \cdot 10^9/л$ ; тр.  $240,0 \cdot 10^9/л$ ; п. 12%; с. 77%; лимф. 9%; мон. 2%; СОЭ 29 мм/ч.

Анализ мочи: белок 0,33 г/л, лейкоциты 20-30 в п/зр., гиалиновые цилиндры 1-2 в п/зр., бактерии.

### Тактика врача

1. Постановка диагноза. Диагноз устанавливается на основании данных о внутриматочном вмешательстве агрессивными средствами для прерывания беременности, большого срока беременности, лихорадочного состояния, тахикардии, тахипноэ, анемии, высокого лейкоцитоза и сдвига формулы крови влево, явлений метроэндометрита.

Диагноз: осложненный инфицированный внебольничный аборт при беременности 14—16 нед; гнойно-резорбтивная лихорадка.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. При указанном диагнозе без признаков явной генерализации процесса, г. е. без симптомов септического шока, перитонита, острой почечной, печеночной и сердечно-легочной недостаточности, тромбоз-моррагического синдрома, наиболее щадящей является выжидательно-активная тактика с отсроченным на 6-8 ч опорожнением матки от инфицированного плодного яйца или его остатков.

Нередко схожесть проявлений ГРЛ и септицемии позволяет уточнить диагноз в течение 6-8 ч наблюдения за больной. Этого времени достаточно для обследования больной, мониторингового наблюдения, консультативного осмотра специалистами и оценки результатов проводимой терапии.

При выжидательно-активной тактике ведения больной осуществляется сбалансированная по объему и составу предоперационная подготовительная терапия. Применяют:

- два антибиотика широкого спектра действия (аугментин, цефалоспорины, клофлан, кефзол, цефамизин, аминогликозиды, полусинтетические пенициллины, метрагил) с бактерицидными свойствами в массивных дозах путем внутривенного введения (проводится катетеризация подключичной вены);

- инфузионную терапию в условиях гиперволемической гемодилюции белковыми препаратами (альбумин, протеин, сухая нативная плазма), низко- и высокомолекулярными декстранами и кристаллоидами (гемодез, полидес, реополиглюкин, полиглюкин, желатиноль, полиионные растворы, лактосол, трисамин, геотрансфузия по показаниям);

- сердечные гликозиды, антигистаминные препараты, витамины, малые дозы гормонов (преднизолон, гидрокортизон).

При условии возможного одномоментного опорожнения матки через 6-8 ч наблюдения, не дожидаясь нормализации температуры тела и общего состояния, производят удаление абортцангом и тупой кюреткой инфицированного плодного яйца или его остатков под внутривенным кратковременным наркозом (калпидол, диприван). При этом преследуется цель: как можно раньше удалить из матки плодное яйцо, инфицированное анаэробными микробами и стафилококком, обладающими некробактериальными свойствами.

При распространении инфекции в глубь миометрия последующая активная антибактериальная терапия дает возможность ликвидировать ее. В то же время создать достаточную терапевтическую концентрацию антибиотиков в остатках плодного яйца не представляется возможным. Длительное нахождение этих остатков в матке может привести к дальнейшему этапу распространения инфекции - сепсису.

При обильном кровотечении у больной необходимо абортцангом удалить свободно лежащие в матке части плода до остановки кровотечения, одновременно провести интенсивную терапию.

При больших сроках беременности одновременно с интенсивной терапией больной следует провести родовозбуждение с введением простагландинов и спазмолитиков.

Через 15-20 мин после операции выскабливания полости матки и стабилизации гемостаза больной необходимо провести сеанс гемосорбции, чтобы вывести из организма бактериальные эндо- и экзотоксины, токсические продукты аутолиза тканей, резорбировавшиеся и поступившие в кровь после инструментального вмешательства. Массивное поступление этих веществ в кровь, как следствие «прорыва инфекта», нередко вызывает картину септицемии и септического шока.

Сразу после выскабливания полости матки у больной могут появиться озноб, повышение температуры тела до 39-40 °С, одышка, акроцианоз, тахикардия до 120-140 уд/мин, АД 140-150 мм рт. ст., олигурия. Экзо- и эндотоксины, активирующие структуру среднемолекулярных олигопептидов, хорошо адсорбируются гранулами активированного угля, поэтому гемосорбция способствует предупреждению грозных осложнений.

После сеанса гемосорбции следует продолжить интенсивную антибактериальную, инфузионную терапию, витаминотерапию, введение иммуностимуляторов



(антистафилококковый  $\gamma$ -глобулин и плазма, тимолин, декарис и др.) до клинического выздоровления больной. Средняя продолжительность пребывания в стационаре - 14-15 сут.

Один сеанс гемосорбции позволяет санировать основной очаг инфекции. Возникающая при инструментальном вмешательстве в полость матки реакция организма в ответ на поступление в кровь инфекционно-токсического агента купируется применением экстракорпоральной детоксикации, которая предупреждает развитие некробиотических изменений в матке и других органах и позволяет сохранить молодой женщине специфические функции.

### **Ситуационная задача 3**

Больная Г., 32 лет, имеет в анамнезе 2 родов и 2 медицинских аборта. За 9 дней до поступления при беременности 5-6 нед вводила в матку катетер на 12 ч. В течение недели лечилась у терапевта по поводу межреберной невралгии. Температура тела повышалась до 38,5 °С, за сутки до поступления уменьшился диурез.

Больная доставлена в больницу в тяжелом состоянии: температура тела 41,5 °С, эйфория, бледность кожи с акроцианозом, пульс 130-140 уд/мин, частота дыханий 28-30 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст., в легких жесткое дыхание, хрипы, печень увеличена на 1,5 см, диурез снижен (за 3 ч наблюдения на фоне инфузии выделилось 100 мл мочи), сильная головная боль. Матка увеличена до 7 нед беременности, мягкая, болезненная, цервикальный канал раскрыт на 1 см, гнойно-кровянистые умеренные выделения.

Анализ крови: Нб 94 г/л; л.  $20,0 \cdot 10^9$ /л; п. 16%; с. 75%; мон. 4%; лимф. 5%; СОЭ 45 мм/ч.

Гипопротеинемия (50,1 г/л), гипокалиемия (2,2 ммоль/л), билирубинемия (14,2 мкмоль/л), мочевины 4,2 ммоль/л, креатинин 121 ммоль/л.

Анализ мочи: белок 0,033%, л. 40-50 в л/зр.

### **Тактика врача**

1. Постановка диагноза Диагноз устанавливается на основании гектического характера температуры, тахикардии, тахипноэ, гипотонии, олигурии, токсической анемии, криминального вмешательства в матку при беременности 7 нед, явления метроэндометрита.

Диагноз: неполный септический выкидыш при беременности 7 нед, метроэндометрит, олигурия, септикопиемия.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. В течение 6 ч больной проводилась интенсивная терапия: кефзол, канамицин; инфузионная терапия в количестве 3,5 л с форсированием диуреза, гормоны, кардиотонические средства. Состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастали явления интоксикации, олигурии, сохранялась гипотония. В связи с этим через 6 ч после поступления выполнена экстирпация матки с удалением маточных труб и дренированием брюшной полости.

В течение 10 дней после операции состояние больной было тяжелым из-за выраженного пареза кишечника, септической пневмонии, экссудативного плеврита, электролитных нарушений. До 17-го дня сохранялось состояние средней тяжести, присоединились флебит вен левой голени, перикардит, произошло частичное расхождение швов (с вторичным натяжением). Кроме интенсивной терапии, в послеоперационном периоде больная получила 2 сеанса гемосорбции, 4 сеанса ГБО и 6 сеансов УФО крови.

В бактериальных посевах из матки и цервикального канала выделен золотистый стафилококк, чувствительный к канамицину, левомицетину, стрептомицину. Смену антибиотиков производили на основании антибиотикограммы.

Морфологическая картина: гнойный метроэндометрит, остатки некротизированной плацентарной ткани, флеботромбоз вен матки.

На догоспитальном этапе больной Г., имевшей инфицированный криминальный аборт, был поставлен диагноз «межреберная невралгия», в связи с чем она в течение недели получала неадекватную терапию. По-видимому, у нее уже была септическая пневмония. Одышка, тахикардия, хрипы при аускультации, тяжелое состояние больной при поступлении, увеличение размеров печени, олигурия, анемия, локальный гнойный метроэндометрит свидетельствовали о септическом процессе, по поводу которого предпринято радикальное удаление матки - основного источника инфекции. Потребовалась энергичная интенсивная терапия с применением гемосорбции, ГБО и УФО крови для устранения возникших осложнений. Наличие нескольких пиемических очагов (септическая пневмония, перикардит, флебит вен голени, нагноение раны) создавало опасность для жизни. Однако применение методов детоксикации, иммуностимуляции антистафилококковой плазмой, гемотрансфузии, УФО крови позволило быстро купировать осложнения и выписать больную на 24-й день в удовлетворительном состоянии.

## САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ

Частота самопроизвольного прерывания беременности варьирует в пределах 4-8%. Невынашивание беременности в сроки до 27 нед относят к самопроизвольным выкидышам (абортам), прерывание беременности в сроки более 28 нед - к преждевременным родам (недонашивание беременности). Самопроизвольные выкидыши по клиническому течению подразделяют на ранние (до 16 нед) и поздние (более 16 нед). Выделяют также привычное невынашивание в случаях прерывания беременности подряд 2 раза и более.

**Этиология и патогенез.** Наибольшее значение в этиологии невынашивания беременности имеют гормональные нарушения, особенно недостаточность функции яичников и плаценты, встречающиеся у 70-75% женщин. При этом дефицит эстрогенов у большинства сочетается с недостаточностью продукции прогестерона. Функциональная недостаточность щитовидной железы, нарушение функции коры надпочечников, наследственные факторы также могут служить причиной самопроизвольного выкидыша.

Установлено, что чем раньше происходит выкидыш, тем вероятнее, что причиной его является нарушение хромосомного набора эмбриона.

Принято различать факторы, предрасполагающие (постоянно действующие) к возникновению самопроизвольного аборта. К ним относятся: инфекционные (хламидиоз, токсоплазмоз, микоплазмоз, листериоз, острые инфекции) и неинфекционные заболевания; нарушения функции желез внутренней секреции, обмена веществ, вегетативной нервной системы; нарушения питания и гиповитаминозы; заболевания крови; изоантигенная несовместимость крови супругов; хронические соматические заболевания (пиелонефрит, гипертоническая болезнь, пороки сердца); опухоли и аномалии развития половых органов; патология оплодотворенной яйцеклетки; последствия аборт; физические и психические травмы и др.

К группе риска по угрозе прерывания беременности относят женщин, имевших 2 или более выкидыша в прошлом. Факторами риска также являются:

- продолжительное бесплодие в анамнезе, гормональная стимуляция овуляции или резекция яичников, которые предшествовали наступлению беременности;
- наличие экстрагенитальной патологии и эндокринопатий;
- ожирение, несбалансированное питание, функциональные нарушения органов пищеварения;
- общий генитальный инфантилизм, часто сочетающийся с функциональным и анатомическим недоразвитием половых органов и недостаточностью эндокринной, сосудистой и других систем организма;
- аномалии развития и опухоли половых органов, которым обычно сопутствует гипофункция яичников;
- артефициальные аборт в анамнезе, ведущие к возникновению вторичной недостаточности функции яичников, эндометрия, истмического отдела матки;
- воспалительные заболевания внутренних половых органов, которым сопутствуют нейроэндокринные нарушения;
- острые и хронические инфекционно-аллергические болезни;
- влияние химических факторов, вибрации и других профессиональных вредностей.

**Клиника.** Принято выделять 5 стадий течения самопроизвольного аборта: угрожающий аборт, начавшийся аборт, аборт «в ходу», неполный и полный аборт.

При угрожающем аборте больных беспокоят тянущие боли и ощущение тяжести в низу живота при отсутствии кровянистых выделений, величина матки соответствует сроку беременности, наружный зев закрыт.

Начавшийся аборт характеризуется схваткообразными болями в низу живота и небольшими кровянистыми выделениями, величина матки соответствует сроку беременности, открытие наружного зева небольшое. При угрожающем и начавшемся аборте возможно сохранение беременности.

Аборт «в ходу» проявляется сильными схваткообразными болями в низу живота в сочетании с кровотечением, матка плотная, по величине меньше, чем должна быть при действительном сроке беременности, цервикальный канал открыт, плодное яйцо находится в канале шейки матки, нижний полюс его может выступать во влагалище. Сохранение беременности невозможно.

Неполный аборт характеризуется задержкой в полости матки плодного яйца или его частей, небольшими тянущими болями в низу живота и кровянистыми выделениями, которые могут быть продолжительными, умеренными или обильными, канал шейки матки приоткрыт, величина матки не соответствует сроку беременности.

При полном аборте больная жалоб не предъявляет, матка плотная, нормальных размеров, шеечный канал закрыт, кровянистых выделений нет, что бывает крайне редко.

Самопроизвольный поздний выкидыш клинически проявляется схваткообразной или ноющей болью в низу живота, периодическим напряжением матки и, реже, кровянистыми выделениями, протекает по типу родов: раскрытие шейки матки, излитие околоплодных вод, рождение плода и последа.

При выявлении больных, относящихся к группе риска по невынашиванию беременности, а также при наличии клинических проявлений угрозы прерывания беременности пациентки должны быть госпитализированы в гинекологические отделения для обследования и лечения.

**Диагностика** основывается на клинической картине, данных гинекологического осмотра, а также на результатах ультразвукового и гормонального исследований.

Кольпоцитологическая картина мазка во время беременности имеет свои особенности и помогает в диагностике угрозы прерывания беременности в I и II триместрах. При нормально развивающейся беременности первые 2-3 нед картина влагалищного мазка носит характер «предменструального». Постепенно клетки группируются в скопления, количество поверхностных клеток уменьшается, появляются лабевидные клетки.

Большое значение в ранней диагностике угрожаемых состояний имеет радиоиммунологический метод определения в сыворотке крови и моче хорионического гонадотропина (ХГ), секреция которого начинается после имплантации плодного яйца, то есть с 10-го дня после овуляции. Определение плацентарного лактогена помогает в диагностике функционального состояния плаценты. Экскреция прегнандиола в моче и прогестерона в сыворотке крови имеет значение для диагностики угрозы прерывания беременности, а также для контроля эффективности лечения. Диагностическое определение величины экскреции эстриола особенно важно для диагностики нарушений фетоплацентарной системы и угрожаемых состояний при беременности.

Ультразвуковое сканирование является высокоинформативным, безвредным методом исследования и позволяет проводить динамическое наблюдение за прогрессированием беременности. Угроза ее прерывания характеризуется наличием локального утолщения миометрия, возникающего вследствие повышенного тонуса матки. В случае начавшегося выкидыша определяется отслойка плодного яйца с образованием ретроплацентарной гематомы. К дополнительным признакам угрозы прерывания беременности относится снижение ректальной температуры ниже 37 °С. Изменения результатов вышеперечисленных диагностических исследований как при наличии, так и при отсутствии клинических проявлений угрозы прерывания беременности являются показанием для госпитализации.

**Лечение.** При угрозе прерывания беременности лечение должно быть комплексным и проводиться в стационаре. Необходим постельный режим, назначаются седативные средства (настойка пустырника и отвар валерианы), витамин Е, токолитики (М-холинолитики - метацин, β-адреномиметики - партусистен, гинепрал), антипростагландиновые препараты (индометацин). Корректирующую гормональную терапию проводят под контролем кольпоцитогаммы или уровня гормонов в крови (прогестерон, дюфастон, утрожесталь, 17-ОПК, хориогонин или профази).

Немедикаментозные средства включают иглорефлексотерапию, эндоназальную гальванизацию, электрорелаксацию матки.

При истмико-цервикальной недостаточности показана ее хирургическая коррекция — наложение циркулярного шва по Широкару.

В случае начавшегося аборта при обильных кровянистых выделениях возможно сохранение беременности. Поэтому назначают такую же терапию, как при угрожающем аборте. Если начавшийся аборт сопровождается обильными кровянистыми выделениями, то сохранение беременности невозможно. Показано срочное выскабливание полости матки с целью остановки кровотечения.

При аборте «в ходу» и неполном аборте необходимо выскабливание полости матки с целью остановки кровотечения, удаление плодного яйца или его остатков и сгустков крови для предотвращения инфицирования. Профилактические мероприятия при угрозе невынашивания беременности проводят вне и во время беременности. Все женщины после самопроизвольного аборта подлежат диспансерному наблюдению, включающему специальное обследование (тесты функциональной диагностики, гистеросальпингография, ультразвуковое сканирование, бактериологическое, вирусологическое, иммунологическое и генетическое исследования) и лечение выявленных отклонений.

Беременных женщин из группы риска по невынашиванию, госпитализируют с лечебно-профилактической целью до появления клинических признаков угрозы прерывания (за 2 нед до

сроков, предшествующих выкидышам).

#### **Ситуационная задача**

Больная А., 25 лет, поступила в стационар с жалобами на схваткообразные боли в низу живота, кровянистые выделения из влагалища и увеличение их в течение 2 дней, головокружение, слабость. В анамнезе 2 родов без осложнений, последняя менструация 3 мес. назад. За неделю до появления болей перенесла грипп.

При поступлении: кожные покровы больной бледные, АД 100/60 мм рт. ст., тахикардия, из влагалища обильные кровянистые выделения, матка увеличена до 8 нед беременности, плотно-ватая, безболезненная, цервикальный канал открыт.

#### **Тактика врача**

1. Постановка диагноза. Диагноз устанавливается на основании задержки месячных (последняя менструация была 3 мес. назад), клинического симптомокомплекса - наличия боли и маточного кровотечения, гинекологического осмотра. Причиной выкидыша могла быть вирусная инфекция, так как больная перенесла грипп.

Диагноз: неполный аборт при 12 нед беременности.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. В связи с обильным кровотечением из половых путей показано срочное выскабливание полости матки с целью удаления остатков плодного яйца и остановки кровотечения. Больную на каталке следует перевести в малую операционную, вызвать анестезиолога, начать введение кровезамещающих растворов и выполнить выскабливание полости матки под наркозом.

#### **ШЕЕЧНАЯ И ШЕЕЧНО-ПЕРЕШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

И.М. Львов в 1881 г. первым описал случай развития плодного яйца в канале шейки матки. Различают истинную шеечную беременность, когда плодное яйцо развивается только в шеечном канале, и шеечно-перешеечную беременность, при которой в плодное ложе, помимо шейки, вовлекается и область перешейка. Данная патология встречается редко, но сопровождается профузным кровотечением, поэтому необходимо своевременно поставить диагноз.

**Этиология и патогенез.** Важную роль в возникновении шеечной беременности играют:

- дистрофические, воспалительные, рубцовые и атрофические изменения эндометрия (эндометрит, частые аборт и др.), особенно у повторнобеременных, затрудняющие имплантацию плодного яйца в теле матки;

- гипоплазия матки;
- наличие рубца на матке;
- недостаточность истмико-цервикального отдела;
- миома матки;
- аномалии развития матки;
- малая активность трофобласта, в результате чего не происходит имплантации плодного яйца в теле матки.

Имплантация плодного яйца в области шейки или перешейка приводит к тому, что трофобласт, а затем и ворсины хориона быстро прорастают слизистую оболочку и проникают в мышечные слои стенки шейки матки, расплавляя мышечные элементы и являясь причиной кровотечения.

**Клиника.** Шеечная и шеечно-перешеечная беременности характеризуются основным симптомом - кровотечением. Оно появляется на ранних сроках беременности, может быть в виде постоянных мажущих или периодических кровянистых выделений, вплоть до обильного кровотечения, представляющего угрозу для жизни больной.

**Диагностика** основывается не только на данных УЗИ, позволяющего заподозрить локализацию плодного яйца в шейке матки, но и на результатах гинекологического осмотра.

При осмотре в зеркалах наружный маточный зев располагается эксцентрически, приближаясь к лону или задней стенке влагалища. При малых сроках беременности эксцентрическое расположение наружного зева тем выраженнее, чем ниже расположено место прикрепления плодного яйца в шейке матки. Характерным является истончение краев наружного зева при небольшом его открытии. Шейка матки колбообразной формы, раздута, особенно с той стороны, где произошла имплантация плодного яйца.

При бимануальном исследовании тело матки при шеечной беременности по величине не соответствует сроку беременности, значительно меньше шейки, имеет плотную консистенцию, определяется в виде плотного узла, расположенного на мягкой, раздутой шейке матки.

У некоторых больных отмечается нарушение функции мочевого пузыря за счет его смещения резко увеличенной шейкой матки.

Шеечную беременность необходимо дифференцировать от шеечного аборта, при котором плодное яйцо находится в растянутом шеечном канале, а тело матки сокращено и имеет плотную консистенцию, наружный маточный зев располагается в центре, цервикальный канал растянут и введенный в него палец проникает между гладкими стенками шейки матки и плодным яйцом, которое свободно лежит в канале шейки матки.

В некоторых случаях за шеечную беременность можно принять шеечную миому матки. Отличием является более плотная консистенция миоматозного узла в шейке матки, отсутствие признаков беременности.

При начавшемся аборте шеечную беременность необходимо дифференцировать от аборта при миоме матки, когда плотное тело матки, расположенное над раздутой и мягкой шейкой матки, принимают за субсерозный миоматозный узел. Поставить диагноз помогает осмотр в зеркалах, при котором определяется характерная колбообразная шейка матки с эксцентрически расположенным наружным маточным зевом.

При неполном аборте, также сопровождающемся кровотечением, выскабливание полости матки приводит к остановке кровотечения, а в случае шеечной беременности кровотечение усиливается, принимая профузный характер.

**Лечение.** При шеечной и шеечно-перешеечной беременности оперативное лечение заключается в немедленной операции в объеме экстирпации матки без придатков и восполнении кровопотери. Гинекологический осмотр для уточнения диагноза следует проводить только в условиях развернутой операционной, с предварительным внутривенным введением кровезаменителей и переливанием крови. При подтверждении диагноза необходимо немедленно приступить к чревосечению.

#### **Ситуационная задача**

Больная Г., 30 лет, доставлена в стационар с жалобами на кровотечение из половых путей. Последняя менструация была 2 мес. назад, в течение последних 3 нед беспокоили кровянистые выделения из влагалища, небольшие боли в низу живота. В анамнезе 3 родов, 5 аборт, последние 2 аборта осложнились кровотечениями в связи с остатками плодного яйца, потребовавшими повторных выскабливаний полости матки.

При поступлении: кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин, слабого наполнения. Обследование в зеркалах: шейка матки раздута, наружный маточный зев располагается эксцентрично, обильные кровянистые выделения, матка чуть больше нормы.

#### **Тактика врача**

1. Постановка диагноза. На основании данных анамнеза (задержка менструации на 2 мес., обильное кровотечение) и гинекологического осмотра больной поставлен диагноз: шеечная беременность.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Больную необходимо на каталке перевезти в операционную, начать введение кровезамещающих растворов, определить группу крови и резус-фактор. Больной показано срочное оперативное лечение по жизненным показаниям в объеме экстирпации матки без придатков. Для восполнения кровопотери необходимо переливание цельной крови или эритроцитарной массы.

#### **ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

Дисфункциональными маточными кровотечениями (ДМК) называются кровотечения, не связанные ни с органическими изменениями в половых органах, ни с системными заболеваниями, приводящими к нарушению свертывающей системы крови. В основе ДМК лежит нарушение ритма и продукции гонадотропных гормонов и гормонов яичника. Однако это определение ДМК в достаточной степени условно, так как нельзя провести резкую грань между функциональными и морфологическими изменениями в эндометрии. ДМК составляют 15-20% от общего числа гинекологических заболеваний.

Менструальная функция женского организма - сложный биологический процесс, ее регуляция осуществляется нейроэндокринной системой. Наиболее выраженные изменения происходят на 5 уровнях репродуктивной системы: в матке, яичниках, передней доле гипофиза, гипоталамусе (в аркуатных ядрах медиобазального гипоталамуса) и надгипоталамических структурах ЦНС. Функция каждого уровня регулируется вышестоящим уровнем по механизму

положительной или отрицательной обратной связи.

Матка является рецепторным органом для половых стероидных гормонов. Клетки тканей матки содержат ядерные и плазматические гормон-рецепторы, которые обладают строгой специфичностью к эстрадиолу, прогестерону и тестостерону.

В первую половину менструального цикла трансформация эндометрия происходит под преобладающим воздействием эстрогенов, обеспечивающих нормальные пролиферативные изменения в железах, строме и сосудах функционального слоя. Вторая половина цикла зависит от влияния гестагенов. Фаза десквамации, или отторжения функционального слоя эндометрия, наступает вследствие снижения концентрации обоих гормонов в крови.

Биосинтез половых стероидов происходит в яичниках. Установлено, что эстрадиол продуцируется главным образом в клетках гранулезы, прогестерон - в клетках желтого тела, андрогены - в текаклетках и строме яичников. Половые гормоны оказывают воздействие не только на «орган-мишень» - матку, но и на центральные отделы репродуктивной системы - гипофиз, гипоталамус, другие отделы ЦНС.

Функция яичников находится под регулирующим влиянием передней доли гипофиза, продуцирующей гонадотропные гормоны: фолликулостимулирующий (ФСГ), лютеинизирующий (ЛГ) и пролактин. ФСГ стимулирует рост и созревание фолликула, увеличивает число рецепторов ЛГ в гранулезе, совместно с ЛГ стимулирует синтез эстрогенов и индуцирует овуляцию. Формирование желтого тела осуществляется под влиянием ЛГ. Прولاктин принимает участие в синтезе прогестерона желтым телом. Секретция ЛГ и ФСГ происходит в пульсирующем режиме, ритм которого зависит от функциональной активности гипофизотропной зоны гипоталамуса. Нервные клетки аркуатных ядер медиобазального гипоталамуса секретируют в цирхоральном режиме гонадотропин - рилизинг-гормон, который обеспечивает соответствующий ритм выброса ЛГ и ФСГ. Амплитуда выбросов определяется уровнем эстрадиола. Функция ядер медиобазального гипоталамуса зависит от действия нейротрансмиттеров (биогенных аминов и эндогенных опиатов), посредством которых осуществляют свое влияние вышестоящие структуры ЦНС.

Таким образом, менструальный цикл - это сложный многозвеньевой процесс, внешним проявлением которого являются регулярно наступающие кровотечения, связанные с отторжением функционального слоя эндометрия, а сутью - овуляция фолликула и выброс зрелой яйцеклетки, готовой к оплодотворению. Нарушение функции любого уровня репродуктивной системы может сопровождаться маточным кровотечением на фоне ановуляции (чаще) или сохраненной овуляции (реже).

**Этиология.** Причины нарушений циклического функционирования репродуктивной системы могут быть разнообразными, иногда сочетающимися между собой. Место приложения повреждающего фактора может располагаться на любом уровне регуляции, но обычно в результате тесной взаимосвязи всех звеньев в патологический процесс вовлекается вся цепь регуляции. Среди этиологических факторов, вызывающих нарушение менструального цикла по типу ДМК, ведущими являются острые и хронические инфекции, интоксикации, профессиональные вредности, авитаминозы, стрессовые ситуации, физическое и умственное переутомление, тяжелые соматические заболевания, воспалительные процессы внутренних половых органов, расстройства функции периферических эндокринных желез (надпочечников, щитовидной железы).

**Патогенез** ДМК сложен. Наиболее уязвимым моментом в механизме функционирования нейроэндокринной системы, регулирующей менструальный цикл, является овуляция. Поэтому большинство маточных кровотечений происходит на фоне ановуляции. У ряда больных доминантный фолликул достигает достаточной степени зрелости, но, не овулируя, продолжает существовать (персистирует) и в большом количестве выделяет эстрогены. Гиперэстрогения приводит к гиперплазии эндометрия. У другой категории больных развиваются несколько фолликулов, но они, не достигая зрелости, подвергаются атрезии; на смену им растут новые фолликулы, вновь подвергающиеся атрезии. Длительное действие умеренного количества эстрогенов также приводит к пролиферации и гиперплазии эндометрия.

У части больных ДМК наблюдаются на фоне сохраненной овуляции. Кровотечение может возникать в середине менструального цикла вследствие отторжения эндометрия из-за кратковременного снижения продукции эстрогенов. Выделение крови перед менструацией может свидетельствовать о недостаточно функционирующем желтом теле, а затянувшееся менструальное кровотечение - о неполноценном фолликуле. Длительное существование (персистенция) желтого тела, продуцирующего в достаточных количествах прогестерон и эстрогены, временно задерживает отторжение эндометрия, а затем приводит к кровотечению (табл. 1).

## Классификация дисфункциональных маточных кровотечений

Кровотечения	Овуляторные кровотечения	Ановуляторные кровотечения
Циклические	Недостаточность фолликула; недостаточность желтого тела; межменструальные кровотечения	Кратковременная овуляция; ритмическая персистенция фолликула
Ациклические	Персистенция желтого тела	Персистенция фолликула; атрезия фолликула

При овуляторных кровотечениях основными жалобами больных являются кровомазанье до и после менструации, невынашивание беременности, бесплодие. Диагноз устанавливают на основании результатов обследования и тестов гормональной функции яичников (ректальная температура, гормональная кольпоцитология), гистологическое исследование соскобов эндометрия.

Коррекция нарушений проводится с помощью гормонального лечения в зависимости от выявленных нарушений (заместительная гормонотерапия, прогестерон во вторую фазу цикла).

Ановуляторные дисфункциональные маточные кровотечения протекают по-разному в разные возрастные периоды жизни женщины. Поэтому в клинической практике принято выделять ДМК:

- периода полового созревания (ювенильные кровотечения) у девушек до 18 лет;
- репродуктивного возраста;
- пременопаузального периода (климактерические кровотечения) у женщин старше 40 лет.

Ановуляторные ДМК возникают чаще в двух переходных периодах жизни женщины - в юношеском (ювенильном) периоде (до 20%) и климактерическом периоде (50-60%). В юношеском возрасте регуляторная система «гипоталамус - гипофиз - яичники - матка» только устанавливается. Пока она не сформировалась, любое патологическое воздействие может вызвать значительные нарушения. Имеет также значение патологическое течение беременности у матери. В климактерическом периоде регуляторная система «стареет» и легко дает «срыв» под влиянием вредных воздействий. Таким образом, как несформировавшаяся, так и угасающая регуляторная система — это тот уязвимый фон, на котором влияние неблагоприятных факторов вызывает ДМК.

Под влиянием вредных воздействий происходит нарушение функционального состояния в любом из звеньев сложной кольцевой системы, которое приводит к изменению функции яичников. Это выражается в:

- «выпадении» овуляции;
- отсутствию второй фазы цикла развития желтого тела и продукции прогестерона;
- изменении процесса созревания фолликула;
- длительном воздействии на женский организм только эстрогенных гормонов.

Постоянное влияние эстрогенных гормонов на эндометрий приводит к развитию гиперпластического процесса - железистой, железисто-кистозной гиперплазии и полипоза. Может возникнуть и предраковый процесс: атипическая гиперплазия эндометрия, аденоматозные полипы, аденоматоз.

**Клиника.** Ановуляторные ДМК характеризуются в большинстве случаев задержкой менструации, сменяющейся кровотечением. Клиническая картина зависит от характера изменения фолликула: при персистенции фолликула период задержки длится от 4 до 8 нед, при атрезии фолликула он более длительный, иногда достигает 3-4 мес. и более. Кровотечения продолжаются от 2<sup>4</sup> нед до 1,5-3 мес.

Интенсивность и длительность кровотечений зависят от характера изменений в яичниках и матке. При персистенции фолликула кровотечения бывают более обильными и менее продолжительными, в то время как при атрезии фолликулов, наоборот, они менее обильные, но более длительные.

При общем осмотре больной отклонений от нормы ни в соматическом, ни в половом развитии обычно не отмечается.

**Диагностика** ановуляторного кровотечения, возникающего на фоне длительно существующего фолликула, проводится на основании клинической картины, характерных задержек менструации, сменяющихся безболезненными кровотечениями различной интенсивности. Для выявления типа изменения фолликула (персистенции или атрезии) используются тесты функциональной диагностики. Для персистенции фолликула характерны монофазная базальная температура в сочетании с выраженными симптомами «зрачка» (+++ или ++++) и

высокий (50-70%) кариопикнотический индекс (КПИ) на протяжении всего периода задержки менструации. При атрезии фолликула монофазная базальная температура сочетается с нерезко выраженным, но длительно существующим симптомом «зрачка» (+ или ++) в сочетании с невысоким КПИ (15-20%).

Окончательный диагноз устанавливают по результатам гистологического исследования соскоба эндометрия, полученного при диагностическом выскабливании.

ДМК необходимо дифференцировать от органических поражений матки и системных заболеваний организма, одним из проявлений которых может быть маточное кровотечение. Следует также исключить такие органические заболевания матки, как рак, подслизистая миома, аденомиоз, эрозия и полип шейки матки, маточная и внематочная беременность, хорионэпителиома, кровотечения при беременности. Специальное гинекологическое исследование, осмотр с помощью зеркал, дополнительные методы исследования (диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала, метрография, гистероскопия, УЗИ) позволяют уточнить диагноз. Маточные кровотечения могут наблюдаться и при геморрагическом диатезе. В анамнезе у таких больных отмечаются носовые кровотечения, легкое образование синяков, меноррагии. Для дифференциальной диагностики необходимо исследование свертывающей и антисвертывающей системы крови, а также исследование функции печени.

**Лечение** ДМК должно быть комплексным, с учетом этиологии, патогенеза заболевания и основного принципа, согласно которому менструация является функцией целостного организма. Лечение строго индивидуально и зависит от возраста больной. В лечении выделяют 3 этапа. На первом этапе лечения необходимо быстро остановить кровотечение. Для этого применяют общеукрепляющее лечение, симптоматические средства, гормонотерапию и хирургическое вмешательство. На втором этапе лечения проводится регуляция менструального цикла. Основу лечения составляет гормонотерапия как патогенетически обоснованная, так как гормональные нарушения являются непосредственной причиной ДМК. Третий этап - реабилитация больных, основной задачей которой в репродуктивном возрасте является индукция овуляции, а в климактерическом возрасте - профилактика злокачественного новообразования.

*Первый этап лечения.* Общеукрепляющее лечение направлено на снятие у больной отрицательных эмоций, физического и умственного переутомления. К общим методам воздействия на организм относятся и физиотерапевтические методы, в основе которых лежит рефлекторное воздействие на матку и гипоталамо-гипофизарную систему. Применяют аутомаммонизацию, электростимуляцию шейки матки импульсным током низкой частоты по методике С.Н. Давыдова. Для стимуляции высших регулирующих центров назначают интраназальный электрофорез витамина В<sub>1</sub>, электрофорез брома и кальция по воротниковой методике, диатермию промежуточного мозга.

Симптоматическая терапия имеет целью остановку или уменьшение кровотечения путем применения кровоостанавливающих и сокращающих матку средств (10% раствор кальция хлорида, окситоцин), повышающих свертываемость крови препаратов (викасол, 8-аминокапроновая кислота, плазма крови, фибриноген). Для лечения анемии назначают переливание крови, антианемические препараты (гемостимулин, феррум Лек, сорбифер Дурулес), витамины (С, В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, Е, К). Эти средства уменьшают кровотечение, но, как правило, не останавливают его.

Остановка ДМК у женщин в репродуктивном и климактерическом периоде осуществляется путем выскабливания полости матки, которое имеет не только лечебное, но и диагностическое значение.

В ювенильном возрасте для остановки кровотечения применяют гормональный гемостаз (отдельные гормоны или их сочетания). Одним из методов остановки кровотечения является интенсивное введение эстрогенов, вызывающих повышение уровня гормонов, уменьшение отслойки эндометрия, быструю его регенерацию, блокаду ФСГ и ЛГ. С этой целью применяют 0,1 % раствор эстрадиола дипропионата внутримышечно с интервалом 2 ч до остановки кровотечения (не более 3-5 инъекций) или таблетированные препараты - октэстрол по 0,001 г в течение 5 дней: 1-й день - 5 таблеток через 30-60 мин, 2-й день - 4 таблетки, 3-й день - 3 таблетки, 4-й день - 2 таблетки, 5-й день - 1 таблетка. Если состояние больной удовлетворительное и кровотечение не привело к ее анемизации, рекомендуется после применения эстрогенного гемостаза вводить прогестерон по 10 мл/сут в течение 7 дней. После прекращения введения прогестерона наступает менструальноподобная реакция. Если кровотечение было длительным и обильным и у больной появилась анемия, то после остановки кровотечения следует продолжить введение эстрогенов с последующим назначением прогестерона.

У больных без признаков анемии остановить кровотечение можно путем введения 1%



раствора прогестерона (по 3 мл в течение 3 дней). Остановка кровотечения основана на способности этого препарата вызывать полное отторжение функционального слоя эндометрия. После проведения прогестеронового гемостаза менструальноподобная реакция может быть весьма обильной.

Гемостаз комбинаций эстрогенов и гестагенов в виде синтетических препаратов (ригевидон, нон-овлон и др.) осуществляется в течение 10-21 дня в зависимости от состояния больной. В 1-й и 2-й день больная получает до 5 таблеток препарата; в последующие дни дозу постепенно снижают до 1 таблетки (до 21-го дня). Через 2-3 дня после отмены синтетических прогестинов наступает менструальноподобная реакция.

*Второй этап лечения.* С целью регуляции менструального цикла у больных ювенильного возраста при достаточной эстрогенной насыщенности применяют 1% раствор прогестерона во 2-ю фазу цикла (по 1 мл внутримышечно 7 дней, начиная с 19-го дня цикла, курс лечения - 3 мес.) или «ударную» дозу 1% раствора прогестерона - по 3 мл внутримышечно на 18, 19 и 20-й день цикла (курс лечения - 3 мес.).

При снижении эстрогенной стимуляции проводят циклическую гормонотерапию эстрогеном и прогестероном в течение 3 мес. Показана и иглорефлексотерапия.

Женщинам репродуктивного возраста, кроме указанного лечения, можно назначать комбинированные препараты гормональной контрацепции (до 12 мес.). Больным старше 45 лет предпочтение следует отдать прогестерону пролонгированного действия (17-ОПК) в непрерывном режиме.

*На третьем этапе* с целью стимуляции овуляции у женщин репродуктивного возраста можно применять кломифен. В менопаузе, если при гистологическом исследовании выявляются предраковые изменения эндометрия (атипическая гиперплазия, очаговый аденоматоз, аденоматозные полипы) или если, несмотря на лечение, кровотечения рецидивируют, необходимо оперативное удаление матки.

### **Ситуационная задача**

Больная К., 47 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на умеренные кровянистые выделения из влагалища, которые появились через 2 мес. после задержки менструации.

В анамнезе у больной 1 нормальные роды, 3 искусственных аборта без осложнений. Гинекологические заболевания отрицает. Ранее менструальная функция не нарушалась. Общее состояние больной удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 уд/мин, ритмичный, АД 130/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Осмотр в зеркалах: шейка матки покрыта неизменной слизистой оболочкой.

При влагалищном исследовании: матка в антефлексии, не увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Придатки матки не пальпируются, своды глубокие. Выделения кровянистые, умеренные.

### **Тактика врача**

1. Постановка диагноза. На основании анамнеза и данных осмотра больной установлен диагноз: климактерическое дисфункциональное маточное кровотечение.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Из женской консультации больную необходимо направить в гинекологический стационар. После обследования больной (исследование флоры влагалища, крови и мочи) и подтверждения диагноза необходимо провести раздельное выскабливание полости матки и цервикального канала под внутривенным наркозом. Полученную ткань отправляют для гистологического исследования. Кровотечение у больной остановлено.

Дальнейшее обследование женщины с использованием тестов функциональной диагностики (ректальная температура, цитология влагалищных мазков) и результаты гистологического исследования (железисто-кистозная гиперплазия эндометрия) позволили дифференцировать ДМК от других заболеваний, сопровождающихся маточным кровотечением.

Учитывая климактерическое ДМК и гиперпластический процесс эндометрия, с целью регуляции менструального цикла, предупреждения повторного кровотечения больной показана гормонотерапия гестагенами во 2-ю фазу цикла в течение 6 мес. (норколут, 17-ОПК).

## **КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ШЕЙКИ МАТКИ**

Различают кровотечения, обусловленные фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки, хирургическими манипуляциями при этих заболеваниях, а также раком шейки матки.

### **Кровотечения, обусловленные фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки**

К фоновым заболеваниям шейки матки относятся: эктопия, эрозированный эктропион, истинная эрозия, полипы шейки матки, лейкоплакия, эритроплакия. Эта патология встречается довольно часто у женщин репродуктивного возраста.

Фоновые заболевания шейки матки могут быть отнесены к предраковым в случае обнаружения диспластических изменений эпителия шейки матки при цитологическом исследовании.

**Этиология и патогенез.** Фоновые заболевания шейки матки обусловлены гормональными изменениями, воспалительными процессами и механическими повреждениями. При эктопии шейки матки цилиндрический эпителий выходит за пределы эндоцервикса. Чаще всего причиной эрозированного эктропиона являются разрывы во время родов, в результате которых происходит выворот слизистой оболочки шейки матки. Истинные эрозии наблюдаются у женщин с опущением и выпадением половых органов. Полипы шейки матки образуются в результате гиперпластических процессов. Лейкоплакия и эритроплакия относятся к дискератозам, причина возникновения которых до конца не выяснена.

**Диагностика** фоновых заболеваний шейки матки чрезвычайно важна, так как в дальнейшем они могут привести к раку шейки матки. К методам диагностики относятся: осмотр в зеркалах, цитологическое исследование, кольпоскопия, прицельная биопсия и соскоб эндоцервикса с гистологическим исследованием материала.

### **Кровотечения, связанные с хирургическими манипуляциями на шейке матки**

Наиболее частой амбулаторной манипуляцией, выполняемой при различных заболеваниях шейки матки, является электроэксцизия. Нередким осложнением этой операции является кровотечение, которое связано с повреждением сосудов шейки матки или травмой слизистой оболочки влагалища. Кровотечение может возникнуть как во время самой манипуляции, так и в дальнейшем, при эпителизации раневой поверхности шейки матки. Различают ранние (в 1-е сутки) и поздние (на 2-14-е сутки) кровотечения.

Кровотечение в 1-е сутки связано с нарушением тромбообразования раневой поверхности и глубоким повреждением крупных сосудов шейки матки. Поздние кровотечения чаще встречаются на 10-14-е сутки после электроэксцизии, в период отторжения струпа. Иногда кровотечение столь значительно, что требует срочной госпитализации больной.

**Диагностика.** Кровотечение из шейки матки следует дифференцировать от менструации, в связи с чем необходимо строго придерживаться сроков проведения электроэксцизии (лучше всего ее выполнять сразу после окончания менструации).

**Лечение.** При возникновении кровотечения во время процедуры электроэксцизии можно попытаться коагулировать кровоточащий сосуд или наложить кетгутовые швы (обычно этого бывает достаточно). Остановить кровотечение можно также тугой тампонадой влагалища с гемостатической губкой и применением тромбина,  $\epsilon$ -аминокапроновой кислоты или гелевина, которые предварительно наносят на кровоточащую раневую поверхность шейки матки. К тампонаде влагалища прибегают в случаях поздних кровотечений. Смену тампона производят ежедневно с обязательной санацией влагалища любым антисептическим раствором.

### **Кровотечения, возникающие при раке шейки матки**

Рак шейки матки - наиболее часто встречающийся злокачественный процесс, составляет 60-80% от всех форм рака гениталий. Чаще наблюдается у женщин репродуктивного возраста, у многорожавших, у рано начавших половую жизнь.

**Этиология и патогенез.** Существуют несколько теорий возникновения рака шейки матки - гормональная, вирусная, травматическая. У 92% больных опухоль развивается из многослойного плоского эпителия шейки матки, у 8% - из цилиндрического эпителия. В зависимости от морфологической структуры различают: плоскоклеточный рак с ороговением и

без ороговения, железисто-солидный рак и мезодермальный рак.

Из анатомических форм роста опухоли выделяют эндофитные, экзофитные и смешанные. Распространение рака происходит по протяжению или метастатическим путем (лимфогенным, гематогенным или смешанным - лимфогематогенным). Для рака шейки матки закономерно раннее метастазирование.

**Клиника.** На ранних стадиях заболевания патогномичные симптомы отсутствуют. У больных могут наблюдаться водянистые бели, ациклические кровянистые выделения и контактные кровотечения из влагалища. При распространенных формах рака шейки матки кровотечения могут быть значительными и требовать неотложной помощи.

**Диагностика.** Важное значение для диагностики рака шейки матки имеют анамнестические данные: большое число родов, аборт, травмы шейки матки, наличие фоновых и предраковых заболеваний. При осмотре в зеркалах на шейке матки можно обнаружить изъязвления, сосочковые разрастания, кровоточащие при дотрагивании. Иногда выявляется плотный, потерявший эластичность участок тканей.

Наиболее информативными методами диагностики являются цитологический, гистологический и кольпоскопический.

**Лечение.** Выбор метода лечения зависит от стадии опухолевого процесса, клинического варианта (распространение, локализация, форма роста опухоли), возраста больной, технических возможностей реализации метода лечения. Применяют следующие методы лечения:

- хирургический (конусовидная электроэксцизия шейки матки, экстирпация матки с придатками по Вертгейму);
- комбинированный (операция и лучевая терапия);
- лучевой (сочетанная лучевая терапия, дистанционная гамма-терапия, внутритростная гамма-терапия).

Лечение рака шейки матки проводят в онкологическом лечебном учреждении.

В гинекологической практике иногда приходится сталкиваться с кровотечениями, обусловленными раковым поражением шейки матки. Экстренная помощь таким больным сводится в основном к тампонаде влагалища с использованием гемостатиков (гемостатическая губка,  $\epsilon$ -аминокапроновая кислота, тромбин, телевин). На ложкообразном зеркале после осторожной обработки влагалища антисептическим раствором на кровоточащую поверхность шейки матки наносят любой из вышеперечисленных гемостатиков и приступают к тугой тампонаде влагалища стерильным тампоном. Больные с запущенными стадиями рака шейки матки анемизированы, их состояние требует применения кровезамещающей и антианемической терапии. После остановки кровотечения больных переводят в специализированное лечебное учреждение.

#### **Ситуационная задача**

Больная Н., 35 лет, доставлена на носилках в гинекологическое отделение больницы с жалобами на обильное кровотечение из влагалища. Из анамнеза известно, что утром в день госпитализации в женской консультации была выполнена электроэксцизия эрозии шейки матки.

При поступлении состояние больной средней тяжести, кожные покровы бледные, пульс 100 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, язык чистый, сухой. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме. Из влагалища обильное кровотечение.

#### **Тактика врача**

1. Постановка диагноза. У данной больной установить диагноз на основании анамнеза и симптомов не представляет трудности.

Диагноз: кровотечение из шейки матки после электроэксцизии эрозии шейки матки, анемия.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Учитывая обильные кровотечения, признаки анемизации у больной, необходимо приступить к остановке кровотечения.

На каталке больную доставляют в смотровой кабинет. Сразу же начинают восполнять ОЦК (желатиноль, полиглюкин, плазма, при выраженной анемизации - переливание крови). При осмотре в зеркалах из влагалища удаляют сгустки крови. На шейке матки имеется диффузно кровоточащая раневая поверхность. После обработки шейки матки 3% раствором перекиси водорода и 5% раствором калия перманганата проводят тампонаду влагалища с гемостатической губкой. При динамическом наблюдении больной конец тампона оставался сухим. На следующий день из влагалища удален тампон, незначительно смоченный кровью. Произведена обработка влагалища раствором фурацилина, шейки матки - 5% раствором калия

перманганата. Назначены вагинальные свечи «Бетадин». Повторного кровотечения у больной не было.

После проведения антианемической терапии больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

## **МИОМА МАТКИ**

Среди новообразований женских половых органов миома матки по частоте занимает первое место. При профилактических осмотрах миома матки обнаруживается у 1-5% женщин, из них каждая вторая подвергается операции. Заболевание чаще встречается у женщин репродуктивного возраста.

**Этиология и патогенез.** Возникновение миомы матки связывают с нарушением гормонального равновесия в организме. С приближением перименопаузального периода, а также при сопутствующей дисфункции яичников гормональный фактор (абсолютный и относительный дефицит прогестерона) приобретает доминирующее значение в патогенезе опухолевого роста миометрия.

Опухолевый узел в своем развитии «повторяет» паренхиматозно-стромальные особенности того слоя миометрия, из которого он развивается. У 60% больных развитие миомы матки часто характеризуется множественным ростом узлов разнообразной величины, одиночные узлы встречаются реже.

**Диагностика** миомы матки обычно не вызывает затруднений: используют гинекологическое исследование, гистеросальпингографию, гистероскопию, УЗИ, при необходимости - лапароскопию.

**Клиника и лечение.** Бессимптомных миом матки не существует. Клинические проявления заболевания зависят от локализации, размеров узлов, возраста больной, преморбидного фона, сопутствующей генитальной и экстрагенитальной патологии. Основными симптомами заболевания являются маточные кровотечения, боль в нижних отделах живота и пояснице, реже - дизурические явления, запоры, бели перед менструацией.

Иногда у больных возникают состояния, требующие экстренной хирургической помощи. К ним относятся: рождающийся субмукозный узел, нарушение кровоснабжения и дистрофические изменения в миоматозном узле, перекут ножки подбрюшинного узла и кровотечение.

При рождающемся субмукозном узле наблюдаются схваткообразные боли в низу живота и сильные кровотечения, которые требуют срочного оперативного вмешательства; чаще удается произвести откручивание подслизистого узла с последующим выскабливанием полости матки.

Неотложная оперативная помощь требуется также и при появлении болей в области миоматозных узлов, которые возникают вследствие нарушения кровообращения в них. Обычно сначала прибегают к консервативной терапии (спазмолитики, анальгетики, инфузионная терапия). При отсутствии эффекта от проводимой терапии показано оперативное вмешательство.

При перекуте ножки подбрюшинного узла возникает картина «острого живота». Пальпация узла обычно затруднена из-за болезненности и напряжения передней брюшной стенки больной. Основное лечение - оперативное.

Сочетание гиперпластического процесса эндометрия и миомы матки характеризуется нарушением менструального цикла по типу гиперменореи или метроррагии. С целью остановки кровотечения прибегают к отдельному диагностическому выскабливанию полости матки и цервикального канала с последующей антианемической терапией. В зависимости от возраста женщины и результата гистологического исследования соскоба назначают гормональную терапию.

### **Ситуационная задача**

Больная Т., 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на обильное кровотечение из половых путей в течение 3 сут и сильные схваткообразные боли в низу живота. Из анамнеза известно: месячные с 14 лет, регулярные, по 5-6 дней через 28-30 дней. Половая жизнь с 20 лет в браке. Родов - 2, аборт - 4. Последний осмотр гинеколога был 4 года назад, патологии не выявлено. В течение года боли в низу живота, месячные обильные и болезненные. Данные месячные пришли в срок, но были очень обильными и болезненными. После обращения в женскую консультацию больная госпитализирована.

При поступлении в клинику состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, пульс 88 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание везикулярное, язык чистый, влажный, живот участвует в акте дыхания, несколько болезненный в нижних отделах, симптомы раздражения брюшины

отсутствуют. Физиологические отправления в норме. Обильное кровотечение из половых путей.

Гинекологическое исследование: шейка матки покрыта неизменной слизистой оболочкой, цервикальный канал расширен, в нем находится ткань с гладкой поверхностью, выделения кровянистые, со сгустками, обильные.

Внутреннее исследование: шейка матки бочкообразной формы, сглажена, цервикальный канал проходим для 1 пальца, в нем пальпируется фиброматозный узел, ножкой уходящий в полость матки. Матка увеличена до 7-8 нед беременности, плотная, подвижная, безболезненная при исследовании, придатки не пальпируются, своды свободные глубокие.

### Тактика врача

1. Постановка диагноза. В данном наблюдении диагноз устанавливается на основании жалоб больной на схваткообразные боли, обильные и болезненные месячные, увеличение матки до 7-8 нед беременности и пальпации узла в цервикальном канале.

Диагноз: миома матки, рождающийся субмукозный узел; менометроррагия.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Учитывая обильное кровотечение и рождающийся субмукозный узел, необходимо произвести консервативную миомэктомию влагалищным доступом под внутривенным наркозом (калипсол, деприван). Соблюдая правила асептики и антисептики, во влагалище вводят ложкообразное зеркало, захватывают шейку матки пулевыми щипцами, зондируют полость матки. Щипцами Мюзо захватывают фиброматозный узел, вращательными движениями по часовой стрелке откручивают его и выполняют раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала.

Кровопотеря во время манипуляции составила 50 мл, общая кровопотеря - 200 мл. Удаленный узел и соскоб эндометрия отсылают на гистологическое исследование.

### ВНУТРИБРЮШНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В последние годы отмечается увеличение частоты внематочной беременности в связи с ростом числа искусственных абортов, распространением внутриматочной контрацепции и воспалительных заболеваний гениталий. Внематочная беременность составляет 1-6% от всех гинекологических заболеваний.

**Этиология и патогенез.** Этиопатогенетические факторы внематочной беременности многообразны: воспалительные процессы придатков матки, половой инфантилизм, нарушение сократительной функции маточных труб, эндокринные расстройства, повышенная активность трофобласта, опухоли и опухолевидные образования матки и придатков, эндометриоз, особенно маточного угла, и др.

**Клиника.** Клиническое течение внематочной беременности зависит от локализации плодного яйца вне матки. Различают трубную, яичниковую и брюшную формы внематочной беременности. Чаще наблюдается трубная внематочная беременность. Она может локализоваться в ампулярном, истмическом и интерстициальном отделах маточной трубы.

Редко встречающиеся формы: беременность в зачаточном роге матки, яичниковая, брюшная. Возможно развитие двусторонней трубной беременности или ее сочетание с маточной беременностью.

Различают 3 варианта клинического течения трубной беременности:

- прогрессирующая трубная беременность;
- беременность, прерывающаяся по типу разрыва трубы;
- беременность, прерывающаяся по типу трубного аборта.

*Прогрессирующая трубная беременность* обычно протекает бессимптомно.

Клиническая картина *разрыва трубы* достаточно типична. Ведущим симптомом разрыва трубы является внезапная сильная боль в низу живота, обусловленная раздражением диафрагмального нерва излившейся кровью; появляются холодный пот, бледность кожных покровов, снижается АД, наступает кратковременная потеря сознания, пульс становится слабым, частым, живот болезнен при пальпации, симптом Щеткина - Блюмберга слабopоложительный, при перкуссии определяется притупление перкуторного звука в отлогих частях живота. По мере увеличения кровопотери развивается постгеморрагический коллапс.

При влагалищном исследовании могут быть незначительные кровянистые выделения из канала шейки матки. Матка немного увеличена, размягчена, обладает повышенной подвижностью («плавает»). В области придатков матки определяется пастозность или пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции. Задний влагалищный свод

уплощен или выпячен. Отмечается резкая болезненность при смещении шейки матки кпереди и заднего свода влагалища с иррадиацией болей в прямую кишку («крик Дугласа»).

Клиническая картина трубного аборта зависит от интенсивности кровотечения в брюшную полость: чем оно значительнее, тем выраженнее клиника трубного выкидыша. При незначительном кровотечении в брюшную полость состояние больной длительное время остается удовлетворительным, однако в любой момент может начаться сильное кровотечение в брюшную полость, угрожающее жизни больной. Поэтому при подозрении на внематочную беременность больную необходимо госпитализировать для уточнения диагноза.

Диагностика внематочной беременности достаточно трудна. Из тщательно собранного анамнеза выясняют возможные причины ее развития: аборт, воспалительные осложнения после них, осложненные роды, первичное или вторичное бесплодие, нарушение менструальной функции. Задержка очередной менструации, появление скудных темных кровянистых выделений из влагалища раньше или в срок ожидаемой менструации являются частым признаком внематочной беременности. Кровянистые выделения появляются обычно после приступа болей, не прекращаются ни после противовоспалительного лечения, ни даже после выскабливания полости матки, так как связаны с отторжением децидуальной оболочки матки.

**Диагностика** прогрессирующей трубной беременности трудна в связи с тем, что она нарушается в ранние сроки (4-6 нед) из-за отсутствия условий для развития плодного яйца в маточной трубе. Тем не менее в организме женщины возникают изменения, свойственные беременности: задержка менструации, нагрубание молочных желез, цианоз влагалища и шейки матки, увеличение и размягчение матки. УЗИ подтверждает наличие опухолевидного образования в области придатков матки.

При подозрении на внематочную беременность используют УЗИ, однако достоверность его невелика.

Гистеросальпингография позволяет выявить в маточной трубе полость, которая заполнена контрастным веществом и имеет серповидную форму

При лапароскопии или кульдоскопии также можно диагностировать трубную беременность и удалить трубу.

При гистологическом исследовании соскоба эндометрия после выскабливания полости матки обнаруживают децидуальную ткань без элементов хориона, клетки Ариас-Стеллы.

Гормонабиологические реакции при внематочной беременности подтверждают факт беременности, но не ее локализацию; содержание ХГ в моче ниже, чем при маточной беременности.

При гинекологическом исследовании и осмотре в зеркалах при трубном аборте у больной отмечают цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, скудные кровянистые выделения. Величина матки не соответствует сроку задержки менструации (ее размеры меньше). В области придатков матки обычно с одной стороны пальпируется опухолевидное образование, ограниченно подвижное, умеренно болезненное, с нечеткими контурами; смещение шейки матки болезненное. Задний свод влагалища уплощен или выпячен, пальпация его болезненна. Кроме того, для трубного аборта характерно увеличение размеров маточной трубы и перитубарной гематомы по сравнению с предыдущими исследованиями.

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища при нарушенной внематочной беременности позволяет получить темную кровь с мелкими сгустками. Если темной крови в пунктате нет, то это, тем не менее, не исключает наличия трубной беременности. Если при пункции игла попадает в сосуд, то полученная кровь легко свертывается.

Дифференциальная диагностика внематочной беременности проводится с абортom малого срока беременности, острым воспалением придатков матки, апоплексией яичника и острым аппендицитом (табл.2).

**Лечение** больных с внематочной беременностью всегда хирургическое. Оно включает: операцию, ликвидацию кровотечения, реабилитационные мероприятия по сохранению репродуктивной функции.

Последовательность проведения лечебных мероприятий зависит от характера прерывания трубной беременности, тяжести состояния больной, возраста, сопутствующих соматических и гинекологических заболеваний, желания больной сохранить репродуктивную функцию.

Таблица 2

## Дифференциально-диагностические признаки внематочной беременности

Данные осмотра и обследования больной	Внематочная беременность		Нарушенная маточная беременность	Апоплексия яичника	Острый аппендицит	Острое воспаление придатков матки
	разрыв трубы	трубный аборт				
Возраст	Репродуктивный	Репродуктивный	Репродуктивный	Чаще репродуктивный	Любой	Чаще репродуктивный
Жалобы	Внезапные резкие боли в нижних отделах живота, которые иррадируют в подчлочичную область. Обморочное состояние Тошнота, рвота	Схваткообразные боли в низу живота, чаще одно-сторонние	Схваткообразные боли в низу живота	Острые боли в низу живота, обморочные состояния, позывы на дефекацию (иногда)	Боли вначале локализуются в подложечной области, затем передаются в правую подвздошную область. Однократная рвота, иногда жидкий стул	Постоянные ноющие боли, усиливающиеся в низу живота
Температура тела	Нормальная	Нормальная или субфебрильная	Нормальная, субфебрильная, в случае присоединения инфекции - высокая	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная или умеренно повышенная	Субфебрильная или повышенная
Гинекологические заболевания, болевые приступы в анамнезе	Воспаление придатков матки, бесплодие	Воспаление придатков матки, бесплодие	Иногда указания на криминальные вмешательства	Отсутствуют	Могли быть ранее аналогичные приступы	При хроническом процессе указания на периодически повторяющееся воспаление придатков матки
Защитное напряжение мышц брюшной стенки	Выражено с пораженной стороны	Выражено с пораженной стороны	Отсутствует	Слабо выражено	Выражено в правой подвздошной области	Может быть на стороне поражения
Симптомы раздражения брюшины	Выражены	Слабо выражены	Не выявляются	Слабopоложительные	Положительные, характерные для аппендицита	Слабopоложительные с пораженной стороны
Свободная жидкость в брюшной полости	Всегда обнаруживают кровь	Может быть кровь	Не обнаруживается	В отлогих частях живота определяется кровь	Не обнаруживается. В запущенной стадии выпот за счет перитонита	Не определяется
Кровянистые выделения из половых путей	Скудные, темного цвета	Скудные, темного цвета	Могут быть	Отсутствуют	Отсутствуют	Могут быть вследствие дисфункции яичников и сопутствующего эндометрита
Перенесенные операции	По поводу трубной беременности	По поводу трубной беременности	Не было	При указании на аппендэктомию легче заподозрить апоплексию яичника	Не было	Не было
Менструальный цикл	Задержка или изменение характера последней менструации	Задержка или изменение характера последней менструации	Задержка менструации	Чаще в середине менструального цикла	Не связан с менструальным циклом	Нарушен за счет дисфункции яичника

Признаки беременности	Имеются	Имеются	Имеются	Отсутствуют	Отсутствуют	Отсутствуют
Данные влагалищного исследования	Матка слегка увеличена, легко смещается, «плавает» в свободной жидкости. Уплотнение или выпячивание заднего свода, резкая болезненность	Матка слегка увеличена, размягчена. В области придатков определяется опухолевидное, мягковатое, болезненное образование	Наружный зев приоткрыт, матка увеличена соответственно сроку беременности	Может определяться болезненный яичник	Патологические изменения отсутствуют	Утолщенные болезненные придатки матки, часто в спайках
Результаты исследования крови	Снижение содержания гемоглобина и эритроцитов, умеренный лейкоцитоз	Снижение содержания гемоглобина и эритроцитов, умеренный лейкоцитоз	Может быть снижено содержание гемоглобина и эритроцитов	Снижение содержания гемоглобина и эритроцитов	Нарастающий лейкоцитоз	Лейкоцитоз
Результаты теста на беременность	Положительные; если прерывание произошло более 2 нед назад, то отрицательные	Положительные; если прерывание произошло более 2 нед назад, то отрицательные	Положительные	Отрицательные	Отрицательные	Отрицательные
Результаты гистологического исследования	Децидуальная реакция без элементов хориона	Децидуальная реакция без элементов хориона	Остатки плодного яйца	Морфологические изменения соответствуют фазе менструального цикла	Морфологические изменения соответствуют фазе менструального цикла	Часто морфологическая картина эндометрита

При разрыве маточной трубы или трубном аборте со значительной кровопотерей мероприятия должны быть активными. Тяжелое состояние больной, находящейся в состоянии геморрагического шока, требует немедленного проведения реанимационных мероприятий и подготовки к операции (определение группы крови и ее резус-фактора, гемотрансфузия, искусственная вентиляция легких). Количество переливаемой крови (или реинфузия) определяется по величине кровопотери и состоянию больной. Одновременно с реанимационными мероприятиями выполняют чревосечение, останавливают кровотечение путем наложения зажимов на мезосальпикс и маточный угол трубы и прошивания их сосудов.

### **Ситуационная задача 1**

Больная К., 26 лет, поступила 15 ноября с жалобами на периодически повторяющиеся боли в правой паховой области, тошноту, головокружение и мажущие кровянистые выделения из половых путей. Наследственность не отягощена. Менструации с 15 лет, установились сразу, продолжительность 4-5 дней, периодичность 23-25 дней, безболезненные, умеренные. Последняя менструация была в срок - с 6 по 11 октября. Половая жизнь с 20 лет. Было 2 беременности: 1-я закончилась срочными родами без осложнений, 2-я - искусственным абортom, осложнившимся воспалением придатков матки. Лечилась физиотерапевтическими методами. В течение последних 2 лет от беременности не предохранялась.

В ноябре была задержка менструации на 2 нед, и больная считала себя беременной. Однако 14 ноября из половых путей появились скудные кровянистые выделения, которые она приняла за менструацию. В ночь с 14 на 15 ноября появились боли в низу живота, больше справа, тошнота, головокружение, кровянистые выделения из половых путей не усилились.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. При пальпации в правой подвздошной области определяется болезненность, при перкуссии изменений перкуторного звука не отмечается.

При осмотре в зеркалах выявляется легкий цианоз слизистой оболочки влагалищной части шейки матки, умеренные темно-красные выделения. Матка слегка увеличена, несколько размягчена, болезненная при смещении вперед. Левые придатки матки не увеличены, область



их безболезненная. Справа и слева от матки пальпируются тестоватой консистенции, увеличенные и болезненные придатки. При пальпации заднего свода влагалища отмечается умеренная болезненность.

### Тактика врача

1. Постановка диагноза. На основании анамнеза и данных осмотра больной можно предположить, что у нее имеется нарушенная правосторонняя трубная беременность по типу трубного аборта.

Следует обратить внимание на осложненное течение послеабортного периода, в результате которого наступило вторичное бесплодие. Первые признаки нарушения беременности у больной появились 14 ноября в виде скудных кровянистых выделений, ошибочно принятых ею за менструацию. Вскоре возникли боли в низу живота, тошнота, рвота, возникшие вследствие раздражения нервных окончаний брюшины излившейся кровью.

При влагалищном исследовании были выявлены изменения, характерные для трубного аборта, а отсутствие симптомов значительного внутреннего кровотечения, сопровождающегося обычно шоком и коллапсом, позволило отвергнуть предположение о разрыве трубы.

Внематочную беременность, прерывающуюся по типу трубного аборта, следует дифференцировать от прерывания маточной беременности в ранние сроки, острого воспаления придатков матки, апоплексии яичника и острого аппендицита.

Диагноз: нарушенная внематочная беременность по типу трубного аборта.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Определение группы крови и ее резус-фактора. Оперативное лечение (тубэктомия).

#### **Ситуационная задача 2**

Больная М., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение 28 января 2004 г. с диагнозом «подозрение на левостороннюю трубную беременность».

Жалобы на боли тянущего характера в низу живота, больше слева. Менструации с 16 лет, регулярные. Последняя менструация – с 13 по 17 ноября 2003 г. Половой жизнью живет нерегулярно. Беременности не было. В анамнезе: острый аднексит 4 года назад, лечилась амбулаторно. Считает себя больной со 2 января 2004 г., когда внезапно появились боли в низу живота, сопровождавшиеся тошнотой. 3 января госпитализирована в стационар, где был поставлен диагноз «беременность 6 нед, угрожающий аборт». Больная настаивала на прерывании беременности, и 4 января было проведено выскабливание полости матки. При гистологическом исследовании соскоба из полости матки обнаружен децидуальный метаморфоз стромы эндометрия, ворсин хориона не найдено.

После выскабливания полости матки боли в низу живота и кровянистые выделения продолжались 4 дня, затем прекратились. Больная чувствовала себя хорошо и была выписана домой. 28 января вновь появились тянущие боли в низу живота, в связи с чем больная снова была госпитализирована в гинекологическое отделение.

При поступлении общее состояние больной удовлетворительное. Температура тела 37,1 °С. Кожа и видимые слизистые оболочки розовые. Пульс 88 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации немного болезнен в левой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет.

Данные гинекологического исследования: шейка матки конической формы, зев закрыт. Смещение матки за шейку безболезненное. Матка больше нормы, обычной консистенции, ограниченно подвижная, безболезненная. Слева в области придатков пальпируется образование без четких контуров, мягковатой консистенции, слегка болезненное при исследовании. Своды влагалища несколько уплощены, чувствительны. В заднем своде определяется тяжесть. Выделения слизистые, скудные.

Анализ крови: НЬ 106 г/л; л.  $6,8 \cdot 10^9$ /л; СОЭ 9 мм/ч.

Проведен экспресс-иммунологический анализ мочи на содержание ХГ - реакция сомнительная. При пункции брюшной полости через задний свод влагалища получено 5 мл серозно-геморрагической жидкости.

### Тактика врача

1. Постановка диагноза. Диагноз устанавливается на основании анамнеза, результатов влагалищного исследования, лабораторных исследований крови, УЗИ, лапароскопии.

Диагноз: обострение хронического левостороннего аднексита. Тубоовариальное образование

воспалительной этиологии слева (?). Левосторонняя трубная беременность (трубный аборт?).

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. Учитывая данные анамнеза, течение заболевания, трудность дифференциальной диагностики, начато противовоспалительное лечение. Через 3 дня состояние больной ухудшилось, усилились боли в левой подвздошной области. Для уточнения диагноза произведена лапароскопия, при которой обнаружено: матка обычных размеров, розового цвета; правая маточная труба в ампулярном отделе запаяна; правый яичник обычных размеров, белесоватого цвета; левая маточная труба в ампулярном отделе расширена до 5 см в диаметре, сине-багрового цвета; левый яичник белесоватого цвета, не увеличен; крови в брюшной полости нет; в малом тазу множественные спайки.

Диагноз после лапароскопии: прогрессирующая левосторонняя трубная беременность, хронический правосторонний сальпингоофорит, спаечный процесс в малом тазу. Показано продолжение лапароскопической операции. В связи с отсутствием у больной детей и возможностью проведения реконструктивно-пластической операции выполнены сальпинголизис и сальпингостоматопластика справа. Рассечена левая маточная труба в ампулярном отделе, удалено плодное яйцо, восстановлена целостность трубы. В послеоперационном периоде проведены мероприятия, направленные на восстановление у больной репродуктивной функции.

### **ВНУТРИБРЮШНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА**

Среди причин внутренних кровотечений 0,5-2,5% приходится на апоплексию яичника. Апоплексия яичника - это патологическое кровоизлияние в ткань яичника и кровотечение из него в брюшную полость. Данная патология составляет 0,3% от всех гинекологических заболеваний. Причины апоплексии яичника полностью не выяснены; провоцирующими моментами могут быть травмы, физическое напряжение, воспалительные процессы в яичнике и др. В большинстве случаев апоплексия яичника наблюдается в возрасте наибольшей половой активности женщины. Апоплексия яичника может произойти в любой день менструального цикла или после задержки менструации, но чаще возникает в середине цикла или перед менструацией.

**Клиника** обусловлена интенсивностью внутреннего кровотечения и болевым синдромом. Различают анемическую, болевую и смешанную формы заболевания. Заболевание характеризуется острым началом, появлением внезапных, иногда очень сильных болей в низу живота, с преимущественной локализацией на стороне пораженного яичника. Приступ болей может сопровождаться тошнотой и рвотой. При осмотре больной отмечают напряжение мышц передней брюшной стенки, резко выраженные симптомы раздражения брюшины. При перкуссии определяется свободная жидкость в брюшной полости, при обильном кровотечении - положительный феникус-симптом и явления коллапса.

**Диагностика.** При влагалищном исследовании обнаруживаются нормальных размеров или слегка увеличенная матка плотной консистенции, увеличенный или нормальных размеров болезненный яичник. При значительном кровоизлиянии в область придатков матки определяется образование, похожее на кисту яичника. При значительном кровотечении в брюшную полость пальпация матки и придатков затруднена в связи с раздражением брюшины.

Диагноз устанавливают на основании:

- тщательно собранного анамнеза (отсутствие задержки менструации, признаков беременности, наружного кровотечения, отрицательные биологические реакции на беременность);
- жалоб больной (острые боли в низу живота среди полного благополучия, нередко в середине менструального цикла);
- данных влагалищного исследования.

#### **Ситуационная задача**

Больная Ж., 23 лет, поступила в стационар с жалобами на резкие боли в низу живота и кратковременное обморочное состояние.

Анамнез: менструации регулярные, безболезненные, необильные. Последняя менструация была в срок - 15 января. Половая жизнь с 22 лет, беременности не имела. Гинекологических заболеваний не отмечает. Считает себя больной со 2 февраля, когда среди полного здоровья почувствовала сильные боли в низу живота с иррадиацией в прямую кишку, было кратковременное обморочное состояние.

При поступлении состояние больной средней тяжести, отмечается выраженная бледность

кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, АД 90/50 мм рт. ст. Язык чистый, суховат. Передняя брюшная стенка слегка напряжена. Живот принимает участие в акте дыхания. При пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах живота, больше слева. Симптом Щеткина слабоположительный в левой подвздошной области. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в боковых отделах живота.

Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, пальпация матки затруднена из-за резкой болезненности и напряжения брюшной стенки, но создается впечатление, что она не увеличена; придатки матки пальпировать не удалось, область их резко болезненна, больше справа.

### Тактика врача

1. Постановка диагноза. Данные анамнеза и обследования больной позволяют предположить прервавшуюся внематочную беременность или апоплексию яичника. Дифференциальная диагностика этих заболеваний нередко представляет большие трудности. Во многих случаях окончательный диагноз устанавливают только во время операции.

Диагноз: нарушенная внематочная беременность (?), апоплексия яичника (?).

2. Последовательность проведения лечебно-диагностических мероприятий. Апоплексию яичника необходимо дифференцировать от прервавшейся беременности, острого аппендицита, острого воспаления придатков матки (см. табл. 2). У больной задержка менструации и признаки беременности отсутствуют, биологические реакции на беременность отрицательны. Наружного кровотечения не наблюдается. Можно предположить, что внутрибрюшное кровотечение скорее связано с кровотечением в яичник, а не с прерыванием трубной беременности.

Пункция через задний свод влагалища подтверждает кровотечение в брюшную полость.

Необходима срочная операция. Объем органосохраняющей операции зависит от степени кровоизлияния в яичник - от ушивания кровоточащего участка до резекции яичника или овариоэктомии. Удаление яичника возможно только при массивном кровоизлиянии, полностью поражающем его ткань. При разрыве желтого тела беременности его следует ушить, не производя резекции яичника, иначе беременность прервется.

В случае, если при апоплексии яичника у больной отсутствует обильное внутреннее кровотечение (нормальная частота пульса и АД), можно ограничиться консервативными мероприятиями (покой, холод на низ живота) и наблюдением за пациенткой.

### ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Среди злокачественных заболеваний гениталий трофобластические болезни составляют 1-1,5%. Основной особенностью этой патологии является обязательная ее связь с беременностью, при этом латентный период после окончания последней беременности может быть коротким или длиться много лет. Эти опухоли развиваются из клеток трофобласта, которые, обладая высокой активностью, имеют все признаки злокачественных клеток.

**Этиология и патогенез.** Единое мнение об этиопатогенезе заболевания отсутствует. Выдвинутые теории включают:

- 1) первичную патологию яйцеклетки с ее гибелью к 5-й неделе беременности и продолжающейся пролиферацией клеток Лангханса и плазматических клеток;
- 2) изменения материнского организма (децидуальный эндометрит, гормональные нарушения со снижением экскреции эстрогенов);
- 3) вирусную теорию опухолей;
- 4) нарушения клеточного иммунитета.

По классификации ВОЗ (1989 г.), выделяют следующие формы трофобластической болезни:

- пузырьный занос;
- инвазивный пузырьный занос;
- хориокарцинома (хорионэпителиома).

Плодное яйцо при *пузырном заносе* превращается в гроздевидный конгломерат, в котором каждый из пузырьков представляет измененную ворсинку. Наблюдаются значительное увеличение размеров ворсинок хориона с отеком, отсутствие в них сосудов, гиперплазия хориального эпителия. Пузырному заносу может подвергнуться все плодное яйцо или его часть.

*Инвазивный пузырьный занос* приводит к прорастанию пузырьной тканью всей толщи миометрия, развитию глубокой инвазии клеток хориального эпителия в стенки сосудов с интенсивной пролиферацией трофобластических элементов.

*Хориокарцинома (хорионэпителиома)* - злокачественная форма опухоли, вначале растущая в

виде узла в месте имплантации плодного яйца. Отличается выраженным полиморфизмом с частыми митозами в клетках Лангханса, не содержит кровеносных сосудов, напоминает гематому.

**Клиника.** Проявления трофобластической болезни изучены достаточно подробно. Все ее формы имеют принципиально сходную клиническую картину. Основным симптомом является кровотечение, связанное с распадом опухоли; характерными являются непрекращающиеся кровянистые выделения после удаления пузырного заноса. К менее постоянным симптомам относятся боли в низу живота. Особенностью этой болезни является выраженная тенденция к метастазированию. При каждой форме заболевания имеются некоторые отличия в клинической картине.

Симптоматика *пузырного заноса* не всегда отчетливо выражена: у 6,4% больных диагноз устанавливают только во время искусственного аборта. Первым признаком заболевания является раннее появление кровянистых выделений при малых сроках беременности. У 10-35% больных заболевание протекает с выраженным ранним токсикозом беременных. У 50-86% пациенток имеет место несоответствие предполагаемого срока беременности размерам матки. Перерастяжение матки приводит к болям в низу живота. Альбуминурия и отеки нижних конечностей также являются частыми симптомами пузырного заноса. У 30-40% женщин отмечается образование двусторонних лютеиновых кист с возможными осложнениями в виде их разрыва или перекрута ножки.

Самостоятельное прерывание пузырного заноса чаще наступает на 16—20-й неделе, но может произойти и на более ранних сроках беременности. Пузырный занос может рецидивировать, развиваться в инвазивный пузырный занос или хорионэпителиому. Прогностически неблагоприятными признаками возможного озлокачествления пузырного заноса являются: большие размеры матки, высокий титр ХГ, лютеиновые кисты яичников более 6 см в диаметре, возраст больных старше 40 лет, тяжелый ранний токсикоз беременных.

**Диагностика.** Основными методами диагностики являются: признаки беременности, данные гинекологического исследования, определение титра ХГ, УЗИ и гистологическое исследование соскоба из полости матки.

**Лечение.** Основным методом лечения пузырного заноса является опорожнение матки при размерах опухоли до 14-16 нед беременности. При больших размерах матки сначала проводится родовозбуждение, а после рождения пузырного заноса выскабливают полость матки. После удаления пузырного заноса снижается титр ХГ, восстанавливаются менструальная и репродуктивная функции. Наблюдение за больной осуществляют в течение года под контролем титра ХГ и рентгенографии легких.

При непрекращающихся у больной кровянистых выделениях после удаления пузырного заноса необходимо искать признаки деструктирующего пузырного заноса или хориокарциномы.

Необходимость оказания неотложной помощи возникает при появлении у больной обильного кровотечения и болей. При обильном маточном кровотечении по жизненным показаниям необходимо произвести лечебно-диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала с последующим гистологическим исследованием соскоба. При больших размерах матки опорожнение ее проводится на фоне внутривенного капельного введения утеротоников.

Появление болевого синдрома может быть связано с перекрутом лютеиновых кист яичников или их разрывом, что не является частой патологией. На наличие лютеиновых кист яичников указывают двустороннее увеличение яичников и клиническая картина пузырного заноса. При подозрении на малигнизацию пузырного заноса, при перекруте или разрыве лютеиновых кист показана экстирпация матки с придатками.

Клинически разграничить *инвазивный пузырный занос* и хориокарциному почти невозможно. Для инвазивного пузырного заноса характерно наличие обильных кровотечений, для остановки которых требуется срочное оперативное вмешательство. У 25% больных из-за разрушения опухоли возникает внутрибрюшное кровотечение, которое развивается в 3 раза чаще при инвазивном пузырном заносе, чем при хориокарциноме. Для этого заболевания характерен быстро нарастающий болевой синдром, который при хориокарциноме имеется лишь у 18% больных. Лютеиновые кисты встречаются почти у половины больных. Частота метастазирования при этой патологии составляет от 27 до 59%. Тошнота, рвота, отеки нижних конечностей при инвазивном пузырном заносе встречаются редко, но при злокачественных формах часто развивается анемия, обусловленная кровотечением и интоксикацией.

Диагноз инвазивного пузырного заноса устанавливают на основании клинических данных, результатов гормональной диагностики (определение уровня ХГ биологическим и радиоиммунным методами), гистологического исследования соскобов из полости матки, УЗИ и

компьютерной томографии, а также с помощью гистерографии и тазовой ангиографии, направленных на распознавание локализации и объемного тела в матке.

Инвазивный пузырьный занос в 70% случаев требует срочного оперативного лечения в объеме экстирпации матки с придатками. Выскабливание полости матки противопоказано. Операция необходима вследствие особенностей роста опухоли (глубокая инвазия в миометрий с прорастанием и разрушением его сосудов). После операции проводится химиотерапия цитостатиками.

Клиническая картина *хориокарциномы* характеризуется основным очагом опухоли в матке и метастатическим поражением других органов. Классическая картина этой патологии включает следующую симптоматику: повторяющиеся кровотечения с анемизацией, быстрое течение болезни, летальный исход через 6-7 мес. Хориокарциному называют болезнью метастазов в связи с быстрой генерализацией процесса. Метастазирование происходит гематогенным путем в легкие (у 75%), влагалище, кости, головной мозг, параметрии и другие органы. Метастазы во влагалище чаще локализуются в нижней трети и имеют вид синюшных образований, на метастазирование в легкие указывают кашель и кровохарканье.

Неблагоприятные прогностические признаки при хориокарциноме матки: длительность заболевания от последней менструации более 4 мес., высокий титр ХГ в моче, несоответствие размеров матки сроку задержки менструации, диаметр метастазов в легких более 2 см, наличие отдаленных метастазов.

Характерная классическая картина заболевания помогает в диагностике хориокарциномы: высокий титр ХГ в моче (в 30-100 раз выше по сравнению с максимальными цифрами при беременности), изменения в легких при рентгенологическом исследовании, гистологическое исследование соскобов из полости матки, метастазы во влагалище.

Для лечения злокачественных форм трофобластической болезни применяют хирургический метод, лучевую и гормональную терапию, химиотерапию.

При I стадии хориокарциномы, ограниченной пределами матки, в качестве основного метода лечения используют химиопрепараты. Показаниями к хирургическому лечению являются угроза перфорации матки опухолью, большие размеры матки, неэффективность химиотерапии. Объем операции - экстирпация матки с придатками.

При II стадии процесса с метастазами во влагалище, параметрии, маточные трубы и яичники хирургическое лечение проводится только по жизненным показаниям в связи с маточными кровотечениями. Предпочтительным методом лечения является комбинированная химиотерапия (или лучевая терапия при противопоказаниях к химиотерапии).

При III стадии процесса с метастазами в легкие прогноз заболевания плохой, основное лечение — химиотерапия.

При IV стадии процесса с метастазами в жизненно важные органы применяют интенсивную комбинированную терапию с короткими интервалами между курсами. Для лечения используют цитостатики: лейковорин, метотрексат, эпозид, дактиномицин, циклофосфан, винкристин, цисплатин, винбластин, блеомицин, адриамицин. Схема лечения и дозы препаратов определяются степенью риска развития резистентности опухоли к терапии и могут проводиться в режиме поли- и монокимиотерапии.

Показателем успешного лечения хориокарциномы является снижение содержания ХГ в моче, а затем и полное его исчезновение. После завершения лечения в период ремиссии проводят клиническое наблюдение за больными с определением титра ХГ. В состоянии ремиссии больные получают профилактическую химиотерапию - 3 курса с интервалом в 4 нед.

Неудовлетворительные результаты лечения хориокарциномы требуют проведения профилактических мер после удаления пузырьного заноса у больных из группы риска (возраст старше 40 лет, большое число беременностей, большие лютеиновые кисты, высокий титр ХГ до удаления пузырьного заноса и после операции).

Профилактическая химиотерапия проводится в течение 2 лет, а активное наблюдение за больными трофобластической болезнью - в течение 5 лет.

### ***Ситуационная задача***

Больная Л., 30 лет, поступила в гинекологическую клинику с жалобами на небольшие кровянистые выделения на протяжении 2нед.

Из анамнеза известно, что менструации начались с 17 лет по 5 дней через 30 дней, обильные и болезненные. Имела 5 беременностей, все закончились искусственными абортами без осложнений.

Последний аборт — 2 нед назад при сроке беременности 11-12 нед. Беременность сопровождалась тяжелым ранним токсикозом с повышением АД и протеинурией, что не отмечалось при предыдущих беременностях. Гинеколог определил больший срок беременности,

не соответствующий сроку задержки менструации. После искусственного аборта была выписана на следующий день домой, но в связи с продолжающимися кровянистыми выделениями вновь госпитализирована.

При гинекологическом исследовании установлено: наружные половые органы развиты правильно, уретра, влагалище, шейка матки без воспалительных изменений. Матка немного больше нормы, мягковата при пальпации, безболезненна, подвижна. Придатки матки не увеличены. Выделения из шеечного канала кровянистые, небольшие. Поставлен диагноз: остатки плодного яйца после аборта; проведено повторное выскабливание полости матки без гистологического исследования соскоба.

В течение 3 нед после выписки кровянистых выделений не было. Затем появились кровянистые выделения, которые больная расценила как менструацию, но в связи с продолжающимся на протяжении 2 нед кровоотделением вновь была госпитализирована. В третий раз ей было проведено выскабливание полости матки после курса противовоспалительной терапии, оказавшейся неэффективной. При гистологическом исследовании соскоба выявлена хориокарцинома. Назначен курс химиотерапии метатрексатом под контролем уровня ХГ в моче.

### Тактика врача

1. Постановка диагноза. Задержка менструации, увеличение размеров матки, ее мягкая консистенция при влагалищном исследовании являются вероятными признаками беременности.

Несоответствие размеров матки сроку задержки менструации, клинические симптомы тяжелого течения раннего токсикоза характерны для трофобластической болезни. При сочетании беременности и фибромиомы матки при влагалищном исследовании определяется бугристая матка неравномерной консистенции, что не имело места у данной больной.

Таким образом, для диагностики срока беременности и возможной патологии гинекологической консультации должен был направить больную на УЗИ, которое дает возможность выявить и многоплодную беременность, и трофобластическую болезнь. Определение в моче титра ХГ также способствовало бы установлению правильного диагноза. При подозрении на пузырный занос необходимо проведение гистологического исследования соскоба из полости матки.

При повторной госпитализации через 2 нед после «искусственного аборта» продолжающиеся кровянистые выделения из половых путей могли быть связаны с остатками плодного яйца, вялотекущим эндометритом, аднекситом и трофобластической болезнью. УЗИ, проведенное при повторной госпитализации, могло помочь в дифференциальной диагностике остатков плодного яйца или трофобластической болезни. Следовало обязательно провести гистологическое исследование соскоба. Таким образом, дважды была упущена возможность своевременной диагностики хориокарциномы.

Только при третьей госпитализации был поставлен правильный диагноз: хориокарцинома матки.

Он был установлен на основании следующих критериев:

- репродуктивный возраст больной, наличие повторных беременностей;
- несоответствие размеров матки сроку задержки менструации;
- осложненное течение послеабортного периода;
- результаты гистологического исследования соскоба из полости матки.

2. Последовательность проведения лечебных мероприятий. При несоответствии размеров матки сроку задержки менструации необходимо УЗИ. При подозрении на трофобластическую болезнь определяют титр ХГ.

Гистологическое исследование соскоба из полости матки выполняют при подозрении на трофобластическую болезнь.

В случае осложненного течения послеабортного периода и при отсутствии признаков воспалительного процесса гениталий необходимо повторное выскабливание полости матки с гистологическим исследованием соскоба, определением титра ХГ.

Дальнейшее лечение больной проводят в зависимости от результатов гистологического исследования, величины титра ХГ.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

*Абрамченко В.В., Костючек Д.Ф., Хаджиева Э.Д.* Гнойно-септическая инфекция в акушерско-гинекологической практике. - СПб, 2000. - 520 с.

- Айламазян Э.К.* Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - СПб, 2003.
- Ариас Ф.* Беременность и роды высокого риска. - М.: Медицина, 1989. - 456 с.
- Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П.* Акушерство. - М.: Медицина, 1986.-496 с.
- Бохман Я.В.* Руководство по онкогинекологии, - Л.: Фолиант, 2002.
- Гинекология: Учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 480 с.
- Григорьева Т.М.* Трофобластическая болезнь. - М.: Медицина, 1985.
- Малевич К.И., Русакевич П.* Лечение и реабилитация при гинекологических заболеваниях. - Минск, 1994. - 367 с.
- Репина М.А.* Разрыв матки. - Л.: Медицина, 1984. - 203 с.
- Репина М.А.* Ошибки в акушерской практике. - Л.: Медицина, 1988. - 248 с.
- Савицкий Г.А., Савицкий А.Г.* Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). - СПб: ЭЛБИ, 2000. - 236 с.
- Селезнева Н.Д.* Неотложная помощь в гинекологии. - М.: Медицина, 1986. -176 с.
- Серов В.Н., Жаров Е.В., Макацария А.Д.* Акушерский перитонит. - М.: Крон-Пресс, 1997.-256 с.
- Серов В.Н., Прилепская В.Н., Пшеничникова Т.Я.* Гинекологическая эндокринология: Научно-практическое издание. - М.: Медицина, 1993. - 419 с.
- Серов В.Н., Стрижаков А.Н., Маркин С.А.* Руководство по практическому акушерству. - М, 1997. - 414 с.
- Слепых А.С., Кофман Б.Л., Баскаков В.П.* Острая почечная недостаточность в акушерско-гинекологической практике. - Л.; М., 1977.
- Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология. - М.: Мед. информ. изд-во, 2000. - С. 483-492.
- Сольский Я.П., Ивченко В.Н., Богданова Г. Ю.* Инфекционно-токсический шок в акушерско-гинекологической практике. - Киев: Здоровье, 1990. - 272 с.
- Справочник по акушерству и гинекологии / Под ред. Г.М. Савельевой. - М.: Медицина, 1992.
- Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М.* Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. - М.: Медицина, 1996. - 256 с.
- Цвелев Ю.В., Беженарь В.Ф., Берлев И.В.* Ургентная гинекология: Практическое руководство для врачей. - СПб: Фолиант, 2004. - 384 с.
- Чернуха Г.Е.* Дисфункциональные маточные кровотечения // Consilium medicum. - 2002. - Т.4, № 10. - С. 5-8.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Список принятых сокращений .....	3
ОСТРЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ .....	4
ГНОЙНЫЕ ТУБОУВАРИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ .....	10
Обследование больных с гнойными тубоовариальными образованиями .....	19
Основные принципы терапии .....	20
Ситуационная задача .....	21
ИНФИЦИРОВАННЫЙ АБОРТ .....	23
Классификация гнойно-септических заболеваний после аборта .....	25
Ситуационная задача 1 .....	44
Ситуационная задача 2 .....	46
Ситуационная задача 3 .....	49
САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ .....	51
Ситуационная задача .....	55
ШЕЕЧНАЯ И ШЕЕЧНО-ПЕРЕШЕЕЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТИ .....	56
Ситуационная задача .....	58
ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ .....	58
Ситуационная задача .....	66
КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ШЕЙКИ МАТКИ .....	67
Кровотечения, обусловленные фоновыми и предраковыми заболеваниями шейки матки .....	67
Кровотечения, связанные с хирургическими манипуляциями на шейке Матки .....	68

Кровотечения, возникающие при раке шейки матки .....	68
Ситуационная задача .....	70
МИОМА МАТКИ .....	71
Ситуационная задача .....	72
ВНУТРИБРЮШНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ .....	74
Ситуационная задача 1 .....	81
Ситуационная задача 2 .....	82
ВНУТРИБРЮШНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА .....	84
Ситуационная задача .....	85
ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ .....	87
Ситуационная задача .....	91
Список литературы .....	94

### **ПРАКТИКУМ ПО НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ В ГИНЕКОЛОГИИ**

Редактор *М. С. Богданова*

ЛР №020496. Подписано в печать 10.01.2005. Формат 60x84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Усл. печ.л. 6,0. Тираж 1000 экз. Заказ № 4.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия

им. И.И. Мечникова

195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., 47

Отпечатано с оригинала-макета в типографии ООО «Ладога»  
Санкт-Петербург, Выборгская наб., д. 29.