

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ,
ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Минск БГМУ 2023

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2023

УДК 618.1-039.74(075.8)
ББК 57.15я73
Г49

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 29.06.2022 г., протокол № 6

А в т о р ы: канд. мед. наук, доц. О. С. Лобачевская; канд. мед. наук, доц. Е. В. Ники-
тина; канд. мед. наук, доц. Л. Н. Васильева; канд. мед. наук, доц. Н. С. Акулич

Р е ц е н з е н т ы: канд. мед. наук, доц. каф. репродуктивного здоровья и медицинской
генетики Белорусской медицинской академии последипломного образования Н. Н. Руба-
хова; каф. акушерства и гинекологии Белорусской медицинской академии последиплом-
ного образования

Гинекологические заболевания, требующие неотложной медицинской помощи :
Г49 учебно-методическое пособие / О. С. Лобачевская [и др.]. – Минск : БГМУ, 2023. –
34 с.

ISBN 978-985-21-1225-3.

Изложены основные этиологические факторы, клинические проявления и современные методы
диагностики и дифференциальной диагностики некоторых неотложных состояний в гинекологии,
даны рекомендации по выбору правильной тактики на этапе диагностики, приведены принципы ле-
чения пациенток при синдроме острого живота.

Предназначено для студентов 5-го курса лечебного, педиатрического факультетов и медицин-
ского факультета иностранных учащихся.

УДК 618.1-039.74(075.8)
ББК 57.15я73

ISBN 978-985-21-1225-3

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2023

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД — артериальное давление

МКБ-10 — Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МЦ — менструальный цикл

ОАК — общий анализ крови

СОЭ — скорость оседания эритроцитов

ССВО — синдром системного воспалительного ответа

УЗИ — ультразвуковое исследование

ХГЧ — хориогонический гонадотропин человека

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: «Неотложные состояния в гинекологии».

Общее время занятия: 6 ч.

Цель занятия: ознакомить студентов с основными признаками гинекологических заболеваний, требующих оказания неотложной медицинской помощи; на основании жалоб, данных анамнеза, клинического, лабораторного и инструментального методов исследований научить студентов навыкам диагностики, дифференциальной диагностики и тактике ведения пациентов при синдроме острого живота.

Задачи занятия:

1. Изучить основные симптомы гинекологических заболеваний, требующих оказания неотложной медицинской помощи: внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки кисты яичника, некроз миоматозного узла, перфорация матки.

2. Ознакомиться с современными методами диагностики при синдроме острого живота.

3. Систематизировать навыки клинического обследования для диагностики и дифференциальной диагностики патологии, приведшей к развитию острого живота.

4. Изучить принципы лечения и реабилитации пациенток при синдроме острого живота.

5. Изучить сроки диспансерного наблюдения пациенток с патологией, приведшей к развитию абдоминальной и тазовой боли.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы студенту необходимо повторить пройденный учебный материал:

– из нормальной и топографической анатомии: строение, кровоснабжение и иннервацию женских половых органов, органов брюшной полости;

- патологической физиологии: признаки воспаления, изменения картины крови при анемии и воспалительном процессе, развернутые анализы крови;
- пропедевтики внутренних болезней: этапы сбора анамнеза, проведение общего осмотра, пальпации и перкуссии живота, измерение АД и пульса;
- общей хирургии: причины, клинические проявления, диагностику и лечение наружного и внутрибрюшного кровотечения; клинические проявления, диагностику, дифференциальную диагностику патологии, приведшей к развитию абдоминальной и тазовой боли;
- медицинской реабилитации и физиотерапии: методы реабилитации и диспансерное наблюдение пациенток с неотложной гинекологической патологией.

Студент должен уметь:

- собирать общесоматический и акушерско-гинекологический анамнез у пациенток, нуждающихся в неотложной помощи гинеколога;
- проводить общий осмотр и оценивать общее состояние пациенток с синдромом острого живота;
- интерпретировать результаты клинико-лабораторного обследования пациенток с синдромом острого живота;
- проводить дифференциальную диагностику острой гинекологической и хирургической патологии;
- выявлять факторы риска возникновения острой абдоминальной и тазовой боли.

Студент должен владеть:

- основными приемами обследования пациентов с синдромом острого живота;
- методами оценки объема кровопотери у пациентов при кровотечении;
- основными методами диагностики неотложных состояний в гинекологии.

Материально-техническое оснащение занятия:

- влагалищные зеркала, набор для диагностического выскабливания;
- таблицы, слайды, заключения УЗИ органов малого таза в норме и при наличии патологии (внематочная беременность, апоплексия, перекрут ножки опухоли яичника и др.);
- «Медицинская карта стационарного пациента» с патологией, приведшей к развитию синдрома острого живота;
- ситуационные задачи по теме занятия.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Основные неотложные состояния в гинекологии и их общая симптоматика.
2. Факторы риска возникновения эктопической беременности.
3. Дифференциальная диагностика нарушенной маточной и внематочной беременности.

4. Особенности клинической картины трубной беременности: прогрессирующей, прервавшейся по типу разрыва трубы или трубного выкидыша.
5. Профилактика, прогноз в отношении репродуктивного здоровья, методы реабилитации и сроки диспансерного наблюдения пациенток с эктопической беременностью.
6. Диагностика, клинические проявления и методы лечения апоплексии яичника.
7. Основные лекарственные средства, используемые для консервативного лечения апоплексии яичника.
8. Диагностика, клинические проявления и методы лечения нарушения кровоснабжения женских половых органов.
9. Диагностика, клинические проявления и методы лечения перекрута ножки опухоли яичника.
10. Дифференциальная диагностика острого гнойного сальпингоофорита и острого аппендицита.
11. Дифференциальная диагностика внематочной беременности, апоплексии яичника и острого аппендицита.
12. Отличительные признаки острого аппендицита и перекрута ножки опухоли яичника.
13. Дифференциальная диагностика острой хирургической патологии и некроза миоматозного узла.
14. Основные группы антибактериальных средств для системного применения в лечении гинекологической патологии.
15. Методы оперативного лечения пациенток с неотложной патологией в гинекологии.
16. Тактика ведения пациенток при перфорации матки.
17. Реабилитация и диспансерное наблюдение пациенток с различными видами неотложной патологии в гинекологии.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы оказания неотложной помощи при острых заболеваниях не теряют актуальности. Острая боль в животе — самая частая жалоба при гинекологических и хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Состояние, обозначаемое термином «острый живот», нередко служит показанием к хирургическому вмешательству до постановки окончательного диагноза. Промедление с началом операции может стать причиной смерти; в то же время для дифференциальной диагностики и выбора тактики лечения требуются подробный анамнез и тщательное физикальное обследование. Наиболее часто эта патология встречается в практической работе хирургов, гинекологов и терапевтов. Качество неотложной медицинской помощи зависит от того, насколько быстро ориентируется врач при различных патологиче-

ских состояниях. Частота гинекологических заболеваний, требующих неотложной медицинской помощи, варьирует в широких пределах. Своевременная диагностика, адекватное решение возникающих организационных вопросов и оказание квалифицированной помощи являются залогом успешного лечения данных пациенток.

Гинекологические заболевания, протекающие с симптомокомплексом острого живота, могут быть обусловлены наружным или внутренним кровотечением: неполный аборт, прервавшаяся внематочная беременность, апоплексия яичника, перфорация матки, разрыв кисты яичника.

Вторая группа заболеваний объединяет процессы, связанные с нарушением кровоснабжения в органе и его некрозом (перекрут ножки опухоли яичника, разрыв капсулы кисты, перекрут придатков матки, перекрут и некроз миоматозного узла).

Третья группа — воспалительные процессы внутренних половых органов (острое воспаление придатков матки, пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальное воспалительное образование, пельвиоперитонит, перитонит), а также острая хирургическая патология (острый аппендицит, кишечная непроходимость, прободной перитонит, острый холецистит, панкреатит, тромбоз мезентериальных сосудов, мочекаменная болезнь, пиелонефрит, разрыв селезенки и др.).

Ведущими симптомами заболеваний, требующих оказания неотложной медицинской помощи, являются боли в любом отделе живота, кровотечение, наличие перитонеальных симптомов, наличие выраженных изменений в общем состоянии пациента (обморочное состояние, шок).

Врач обязан решить следующие вопросы: требуется ли неотложная медицинская помощь пациентке, является ли заболевание гинекологическим или экстрагенитальным, каков план обследования пациентки, какие лечебные мероприятия необходимы.

Нередко возникает необходимость в консультации смежных специалистов: хирурга, терапевта.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Внематочной (эктопической) называют беременность, при которой плодное яйцо прививается не в полости матки, а за ее пределами.

Код по МКБ-10:

О00 Внематочная [эктопическая] беременность

О00.0 Абдоминальная [брюшная] беременность

О00.1 Трубная беременность

О00.2 Яичниковая беременность

О00.8 Другие формы внематочной беременности

О00.9 Внематочная беременность неуточненная.

Частота внематочной беременности в последние годы увеличивается во всем мире и составляет в разных странах 1–13 % от общего числа гинекологических пациенток, поступивших в стационар. Внематочная беременность является одной из причин материнской смертности.

Классификация. Классификация внематочной беременности:

1. В зависимости от локализации:

– трубная (99,5 %) — имплантация оплодотворенного яйца происходит в одном из отделов маточной трубы: в ампулярном (43 %), истмическом (54 %), интерстициальном (3 %);

– яичниковая (0,1–0,2 %) — интрафолликулярная, эпиофоральная;

– брюшная беременность (0,3 %);

– беременность в рудиментарном роге матки (0,5 %);

– шеечная беременность (0,01 %).

2. В зависимости от клинических проявлений:

– прогрессирующая внематочная беременность;

– прервавшаяся: трубный аборт, разрыв маточной трубы.

Этиология. Причиной внематочной беременности является либо медленное продвижение яйцеклетки, либо ее ускоренное созревание. Этому способствуют следующие факторы:

– воспалительные заболевания половых органов;

– реконструктивно-пластические операции на маточных трубах;

– экстракорпоральное оплодотворение;

– опухоли и опухолевидные образования матки и придатков;

– эндометриоз;

– половой инфантилизм;

– аномалии положения и развития половых органов;

– нарушения миграции плодного яйца;

– повышенная протеолитическая активность трофобласта;

– эндокринные расстройства.

Диагностика. Принципы диагностики внематочной беременности:

1. Жалобы и анамнез:

– при прогрессирующей внематочной беременности: задержка менструации, тошнота, нагрубание молочных желез, кровянистые выделения из половых путей;

– при прервавшейся внематочной беременности: слабость, головокружение, спастическая боль в нижних отделах живота с иррадиацией в прямую кишку, кровянистые выделения из половых путей;

– возможно развитие клиники геморрагического шока (тахикардия, падение АД).

2. Объективное обследование:

– осмотр шейки матки с помощью зеркал: цианотичное окрашивание, при шеечной беременности — бочкообразное расширение, смещение наружного зева;

– данные бимануального исследования: увеличение размеров матки, не соответствующее предполагаемому сроку беременности (меньше), рядом с маткой в проекции придатков пальпация опухолевидного образования колбасовидной формы, тестоватой консистенции, болезненного при исследовании; при прогрессирующей внематочной беременности — безболезненного при исследовании, при пальпации матка не сокращается, как это бывает при маточной беременности; при разрыве маточной трубы — болезненность при смещении матки, тракциях шейки матки, уплощение сводов влагалища.

3. УЗИ органов малого таза трансвагинальное и трансабдоминальное:

– достоверные признаки эктопической беременности: визуализация эктопически расположенного плодного яйца с живым эмбрионом;

– вероятные УЗ-признаки эктопической беременности: увеличение матки, наличие в проекции придатков небольшого кистозного образования (плодное яйцо), свободная жидкость позади матки и в боковых каналах, визуализация аморфных эхосигналов позади матки (сгустки крови).

4. Определение уровня ХГЧ в моче и крови: ХГЧ в крови при маточной беременности увеличивается каждые 2 дня на 100 %, при внематочной — незначительно за тот же период.

5. Иммунные тестовые методы по определению ХГЧ в моче, при отсутствии возможности определения в сыворотке крови.

6. Лапароскопия дает положительные результаты в 98 % случаев.

Дополнительные обследования в стационаре:

– экстренное клиничко-лабораторное обследование: оценка жалоб, анамнестических данных, клинический анализ крови, общий анализ мочи, определение группы крови по системам АВ0 и резус-фактора, биохимическое исследование крови, коагулограмма;

– кульдоцентез (пункция брюшной полости через задний свод) позволяет диагностировать прервавшуюся и прерывающуюся внематочную беременность и при отсутствии возможности проведения УЗИ органов малого таза. Однако кульдоцентез не способствует диагностике прогрессирующей эктопической беременности;

– электрокардиограмма;

– УЗИ трансвагинальным датчиком;

– определение бета-ХГЧ в сыворотке крови;

– консультация хирурга для исключения хирургической патологии.

Условия для постановки диагноза «внематочная беременность»:

– положительный тест на беременность или содержание бета-ХГЧ 500–1000 МЕ/л в сыворотке крови;

– отсутствие визуализации плодного яйца в полости матки или визуализация плодного яйца вне матки при УЗИ.

Дифференциальная диагностика внематочной беременности проводится:

– с острым аппендицитом;

– почечной коликой;

- нарушенной маточной беременностью;
- воспалительными заболеваниями органов малого таза;
- апоплексией яичника;
- опухолью яичника.

При наличии приступообразных болей с локализацией их справа внизу живота, появлении рвоты, напряжения брюшной стенки внематочную беременность дифференцируют с аппендицитом. Отличительными являются признаки беременности, мажущие кровянистые выделения, боли, сопровождающиеся обморочным состоянием. Тошнота и рвота слабо выражены в отличие от аппендицита. При аппендиците отмечается лихорадка. При внематочной беременности симптом Щёткина–Блюмберга выражен слабо, но определяется френикус-симптом, который при аппендиците отсутствует, но при этом симптом Щёткина–Блюмберга выражен, особенно справа. Различен и внешний вид пациентов: при внематочной беременности — резкая бледность, акроцианоз; при аппендиците — состояние возбуждения. В ОАК при внематочной беременности — анемия, при аппендиците — лейкоцитоз. Матка при аппендиците не изменена, область придатков свободная, инфильтрат располагается выше и не ограничивает подвижность матки. При внематочной беременности задний свод опущен, в нем определяется тестоватость, опухоль низко расположена, малоподвижная. Помогает признак Промптова — при аппендиците исследование *рег гестум* вызывает болезненность в области дугласова кармана, а смещение матки безболезненно. При внематочной беременности смещение матки вызывает резкую боль. При внематочной беременности симптом Куленкампа положительный. При пункции заднего свода в случае наличия внематочной беременности получают жидкую кровь.

Клинические проявления. Трубная беременность чаще всего прерывается в сроки 4–6 недель по типу разрыва маточной трубы или трубного аборта.

Прерывание внематочной беременности *по типу разрыва трубы* протекает с выраженной клинической картиной:

- головокружение, слабость; обмороки, рвота; задержка менструации может и отсутствовать; внезапные сильные боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в задний проход и ногу; боли в одной из подвздошных областей с возможной иррадиацией в плечо или под лопатку (френикус-симптом); чувство давления на прямую кишку (скопление крови в маточно-прямокишечном пространстве);

- тяжелое общее состояние: бледность кожных покровов, цианоз губ, холодный пот, частый пульс, снижение АД;

- живот вздут, болезнен при пальпации, больше на стороне разорвавшейся трубы, однако симптомы раздражения брюшины слабopоложительны;

- при осмотре с помощью влагалищных зеркал обнаруживается цианоз слизистых оболочек, кровянистых выделений, как правило, нет; или на следующие сутки могут появиться небольшие темные или темно-коричневые

выделения, определяется несколько увеличенная, размягченная матка, «плавающая» при смещении, задний свод влагалища уплощен или даже выпячен, при попытке смещения шейки матки спереди отмечаются резкая болезненность и болезненность заднего свода влагалища (крик Дугласа), в области придатков пальпируется пастозность или опухолевидное образование.

Сложнее установить диагноз, когда беременность прерывается *по типу трубного выкидыша (аборта)*, который протекает менее остро и сопровождается пестрой клинической картиной:

- у некоторых женщин наблюдаются признаки внутреннего кровотечения, у других симптоматика настолько скудна, что выявить заболевание трудно;

- через 2–3 дня после начала болей появляются мажущие кровянистые выделения из половых путей, которые с небольшими перерывами могут продолжаться 2–3 недели, иногда эти выделения принимают за затянувшиеся менструации;

- характерный симптом трубного выкидыша — прогрессирующая анемия;

- при длительном течении заболевания может образоваться перитубарная или заматочная гематома, которая может нагноиться.

В некоторых случаях приходится проводить довольно длительное наблюдение. Выписывать из стационара с неуточненным диагнозом нельзя.

Яичниковая беременность чаще прерывается на 6–8-й неделе по типу разрыва плодместилища. Клиническая картина: кровотечение в брюшную полость, т. е. симптомы внутреннего кровотечения, геморрагический шок, явления перитонита.

Брюшная беременность чаще прерывается в ранние сроки, в редких случаях может донашиваться до срока родов с извлечением живого ребенка при чревосечении. Может быть *первичной*, когда плодное яйцо сразу же начинает развиваться в брюшной полости, имплантируясь на брыжейке кишечника, на широкой маточной связке или в любом другом отделе. Однако чаще брюшная беременность является *вторичной*, когда плодное яйцо продолжает развиваться в брюшной полости после трубного аборта. Прерывается брюшная беременность по типу разрыва капсулы плодместилища с обильным внутренним кровотечением и шоком.

Большую опасность представляет **беременность, развивающаяся в добавочном роге матки**: условия для развития плодного яйца лучше, чем в трубе, беременность обычно прерывается в более поздние сроки (16–20 недель), что сопровождается обильным внутренним кровотечением и шоком.

Шеечная беременность, как правило, прерывается в I половине беременности. Клиническая картина:

- схваткообразные боли в пояснице;
- затрудненное мочеиспускание;
- безболезненное кровотечение;

- значительное увеличение шейки матки — «бочкообразный вид», иногда шейка матки по величине больше тела матки;
- растяжение и эксцентричное расположение наружного зева шейки матки.

При этой форме велика опасность профузного кровотечения, угрожающего жизни женщины, так как шейка матки обильно кровоснабжается.

Лечение. При внематочной беременности лечение **только хирургическое**, зависит от варианта локализации плодного яйца. В случаях, если гемодинамика пациентки не позволяет выполнить диагностическую лапароскопию, показана лапаротомия. Объем хирургической помощи: тубэктомия или удаление аномально расположенного плодного яйца с удалением тканей хориона/плодовместилища (трубная беременность), резекция яичника либо аднексэктомия (яичниковая беременность), брюшная беременность — удаление плодного яйца.

При шеечной беременности проводится селективная эмболизация маточных артерий, затем гистерорезектоскопия с инструментальным удалением плодного яйца, кюретаж полости матки, при необходимости — тампонада катетером Фолея. При кровотечении, вызванном шеечной беременностью, или отсутствии возможности провести эмболизацию и использовать гистерорезектоскопию — экстирпация матки без придатков.

Рекомендации по ведению в послеоперационном периоде:

- гормональная контрацепция в течение 6 месяцев;
- при планировании беременности — обследование на инфекции, передающиеся половым путем, и гистеросальпингография;
- в зависимости от результатов обследования — планирование использования вспомогательных репродуктивных технологий или наступления беременности в естественном цикле.

ПЕРФОРАЦИЯ МАТКИ

Перфорация матки (от лат. *perforation*, синоним — прободение) обозначает нарушение целостности стенки матки каким-нибудь предметом при внутриматочном вмешательстве.

Код по МКБ-10:

T83.3 Осложнение механического происхождения, связанное с внутриматочным противозачаточным устройством

O08.6 Повреждения тазовых органов и тканей, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью.

Перфорацию матки вследствие внутриматочных вмешательств диагностируют у 1 % женщин.

Возможные причины перфорации:

- инструментальное удаление плодного яйца или его элементов при аборте;
- при диагностическом выскабливании, особенно у лиц пожилого возраста.

Классификация. Перфорация бывает:

- полная (повреждается вся стенка матки): неосложненная (без повреждения органов малого таза и брюшной полости); осложненная (с травмами кишечника, сальника, мочевого пузыря, придатков матки и других органов);
- неполная (при этом серозная оболочка матки остается неповрежденной).

Этиология и патогенез. Перфорация матки во время аборта происходит чаще зондом, расширителем Гегара, реже — кюреткой и другими инструментами. При диагностическом выскабливании измененной патологическим процессом матки, деформировании стенок ее и цервикального канала легко произвести перфорацию зондом, расширителями Гегара, кюреткой, реже — тубусом гистероскопа. Повреждение соседних органов наблюдается чаще при перфорации кюреткой.

Клиническая картина. Клинические симптомы нередко проявляются не сразу, а через несколько часов (пациентка во время операции обезболена):

- незначительное кровотечение при перфорации стенки матки зондом;
- обильное внутрибрюшное кровотечение, которое сопровождается появлением бледности кожных покровов, снижением АД, учащением пульса;
- нарушение целостности кишечника, мочевого пузыря характеризуется картиной острого живота (при ранении сосудистого пучка).

Диагностика. Интраоперационно: хирург ощущает легкость, с которой вводимый инструмент погружается на большую глубину, чем величина полости. При использовании гистероскопии перфорационное отверстие визуализируется.

Если перфорация не диагностирована во время операции, то ее следует заподозрить, если через несколько часов у пациентки появляются симптомы острого живота.

При УЗИ в брюшной полости может определяться свободная жидкость.

Достоверным методом диагностики является лапароскопия.

Лечение. При неполной и неосложненной перфорации матки хирургическое лечение, как правило, не требуется. В случае отсутствия клинических симптомов (тахикардии, снижения АД, симптомов раздражения брюшины) и УЗ-признаков внутреннего кровотечения возможна выжидательная тактика: холод на живот, назначение сокращающих матку средств, динамическое наблюдение, УЗИ-контроль.

При наличии клинических симптомов перфорации матки основной метод лечения — хирургический. Объем оперативного вмешательства по возможности минимальный: сшивание краев раны и санация брюшной полости. В послеоперационном периоде всем пациентам показана превентивная антибактериальная терапия.

При повреждении органов брюшной полости, большой кровопотере с картиной геморрагического шока необходимо привлечение к операции хирурга и/или уролога в зависимости от локализации повреждения.

Прогноз. При своевременно диагностируемой перфорации матки и адекватно оказанной медицинской помощи прогноз для жизни и здоровья благоприятный.

Профилактика. Внутриматочные вмешательства должен производить квалифицированный врач. Если возникают трудности во время диагностического выскабливания, следует осуществлять процедуру под контролем УЗИ и гистероскопии.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Апоплексия яичника (лат. *apoplexia ovarii*) — внезапно наступивший разрыв яичника, сопровождающийся поступлением крови в брюшную полость.

Код по МКБ-10:

N83.0 Фолликулярная киста яичника

Киста граафова фолликула

Геморрагическая фолликулярная киста (яичника)

N83.1 Киста желтого тела

Геморрагическая киста желтого тела.

Апоплексия яичника, как правило, чаще встречается в репродуктивном периоде, по частоте занимает третье место в структуре острых гинекологических заболеваний.

Классификация. В зависимости от клинических проявлений выделяются три формы заболевания:

- болевая;
- геморрагическая (анемическая);
- смешанная.

С учетом объема кровопотери выделяют три степени геморрагической формы апоплексии яичника:

- легкая (кровопотеря 100–150 мл);
- среднетяжелая (кровопотеря 150–500 мл);
- тяжелая (кровопотеря более 500 мл).

Этиология и патогенез. Повреждение яичника у 90–94 % пациенток происходит чаще всего между 12-м и 18-м днем МЦ, а разрыв желтого

тела — в течение последней недели МЦ или во время менструации. Апоплексия правого яичника встречается в 2–4 раза чаще, чем левого, что объясняется более обильным его кровоснабжением, поскольку правая яичниковая артерия отходит непосредственно от аорты, а левая — от почечной артерии.

Способствующие развитию апоплексии яичника факторы: воспалительные процессы, нарушения гормональной регуляции, изменения свертываемости крови.

Факторы, непосредственно приводящие к разрыву яичника: травма живота, физическое напряжение, половой акт, спринцевание, влагалищное исследование и т. д.

У ряда пациенток разрыв яичника происходит без видимых причин в состоянии покоя или во время сна.

Клиническая картина. К явлениям острого живота приводит кровотечение в брюшную полость.

Дифференциальная диагностика должна осуществляться со всеми заболеваниями, приводящими к клинической картине острого живота. Клиническая картина сходна с таковой при внематочной беременности: сопровождается внезапно появляющимися болями внизу живота, больше справа или слева, которые могут иррадиировать в прямую кишку. При большой кровопотере (среднетяжелая, тяжелая степень апоплексии) у пациентки появляются слабость, головокружение, холодный липкий пот, возможны тошнота и рвота (симптомы, характерные для острого живота). При легкой степени апоплексии жалобы могут быть не столь выраженными.

При яичниковых кровотечениях не бывает задержки менструации, нет цианоза влагалища и шейки матки, матка не увеличена, не размягчена.

Диагностика. При УЗИ органов малого таза определяется значительное количество свободной мелко- и среднедисперсной жидкости в брюшной полости со структурами неправильной формы, повышенной эхогенности (кровяные сгустки).

Методом выбора в диагностике апоплексии яичника является лапароскопия. Апоплексия яичника при лапароскопии выглядит как стигма овуляции: приподнятое над поверхностью небольшое пятно диаметром 0,2–0,5 см с признаками кровотечения или прикрытое сгустком крови, в виде кисты желтого тела в «спавшемся» состоянии.

При болевой форме апоплексии в дугласовом пространстве обнаруживается незначительное количество гипоэхогенной жидкости с мелкодисперсной взвесью (фолликулярная жидкость с примесью крови).

Дифференцировать геморрагическую форму апоплексии яичника следует с болевой формой, которая не требует лапароскопии.

Болевая форма апоплексии яичника наблюдается при кровоизлиянии в ткань фолликула или желтого тела. Заболевание манифестирует приступом болей внизу живота, без иррадиации, иногда с тошнотой и рвотой. Признаков внутрибрюшного кровотечения нет.

Окончательно диагноз апоплексии или нарушенной внематочной беременности устанавливается при лапароскопии.

Лечение. Лечение пациенток с апоплексией яичника зависит от формы заболевания и тяжести внутрибрюшного кровотечения.

При болевой форме и незначительной кровопотере (менее 150 мл) без признаков нарастания кровотечения можно проводить консервативную терапию. Она включает покой, холод на низ живота (способствует спазму сосудов), симптоматическую медикаментозную терапию. Консервативная терапия проводится в стационаре под круглосуточным наблюдением. При повторном приступе болей, ухудшении общего состояния, нестабильности гемодинамики, увеличении количества крови в брюшной полости, определяемом клинически и при УЗ-сканировании, показано оперативное вмешательство.

Показания к хирургическому лечению:

- наличие более 150 мл крови в брюшной полости, подтвержденное физикальным исследованием и УЗИ;
- неэффективность консервативной терапии в течение 1–3 дней;
- признаки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, подтвержденного при УЗИ органов малого таза.

Возможный объем вмешательства: коагуляция места разрыва, наложение швов на яичник, резекция яичника (овариэктомия) при невозможности выполнения органосохраняющей операции.

Профилактика. В течение 3–6 месяцев комбинированные эстроген-гестагенные монофазные низко- или микродозированные оральные контрацептивы.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

Пельвиоперитонит — воспаление париетального и висцерального листков брюшины малого таза, одна из форм местного перитонита.

Код по МКБ-10:

N73.3 Острый тазовый перитонит у женщин.

Пельвиоперитонит является одной из форм воспалительных заболеваний органов малого таза, составляя 4–15 %. Острые гинекологические заболевания, осложненные перитонитом, встречаются у 3,3–11,2 % женщин.

Классификация. Пельвиоперитонит различают:

1. По характеру инфицирования:
 - первичный (инфицирование гематогенно или лимфогенно);
 - вторичный (инфицирование вследствие травм и хирургических заболеваний брюшной полости): инфекционно-воспалительный перитонит; перфоративный перитонит; травматический перитонит; послеоперационный перитонит;
 - третичный (у ослабленных пациентов, перенесших тяжелые операции, травмы; с выраженным истощением механизмов противоинфекционной защиты).

2. По микробиологическим особенностям: микробный (бактериальный); асептический; особые формы перитонита (канцероматозный).

3. По характеру экссудата: серозный; фибринозный; гнойный; геморрагический.

4. По характеру поражения брюшины: отграниченный перитонит — абсцесс или инфильтрат; неотграниченный — не имеет четких границ и тенденций к отграничению.

Факторы риска. В группу высокого риска входят женщины моложе 25 лет, которые имеют несколько половых партнеров и не используют контрацепцию. Пельвиоперитонит возникает как осложнение острого эндометрита, сальпингоофорита либо при нагноении или перекруте ножки опухоли яичника, нагноении гематом малого таза, некрозе миоматозного узла.

Клинико-диагностические критерии. Жалобы: начинается остро, ведущий симптом — резкая боль в нижних отделах живота.

Развиваются явления выраженной эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности, обозначаемой как ССВО.

Отмечается нарушение функции органов брюшной полости: однократная рвота, вздутие живота, симптомы раздражения брюшины ниже пупка и над лоном.

В развитии перитонита принято выделять три стадии: реактивную, токсическую и терминальную. *Реактивная стадия*, продолжающаяся около суток, характеризуется явлениями начальной интоксикации. В *токсической стадии*, длящейся около 2 суток, симптомы интоксикации нарастают, а местные проявления перитонита становятся менее выраженными. В *терминальной стадии* (наступает через 2–3 суток) появляются симптомы, свидетельствующие о глубоком поражении центральной нервной системы, признаки полиорганной недостаточности. Терминальная стадия заканчивается летально. Однако, как правило, гинекологический перитонит имеет более доброкачественное течение, чем у пациентов хирургического профиля.

Данные объективного обследования. При исследовании с помощью зеркал можно обнаружить эндоцервицит и серозно-гнойные выделения из цервикального канала.

При бимануальном обследовании отмечают резкую болезненность в области придатков матки и при движении за шейку матки, ригидность и болезненность заднего свода влагалища, возможно выпячивание заднего свода вследствие скопления в нем экссудата.

При формировании tuboовариальных образований их можно пропальпировать в виде болезненных конгломератов без четких контуров, нередко спаянных с телом матки.

Лабораторное обследование. Изменения в ОАК характерны для воспаления — лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы, увеличение СОЭ.

В биохимическом анализе крови повышается уровень С-реактивного протеина, выявляется диспротеинемия с преобладанием глобулиновых фракций.

Из дополнительных методов диагностики проводят УЗИ органов брюшной полости, трансвагинальное УЗИ для определения состояния матки и придатков матки, а также наличия свободной жидкости в малом тазу.

При рентгенографии органов брюшной полости наличие уровней жидкости в кишечнике свидетельствует о паралитической кишечной непроходимости.

При пункции брюшной полости через задний свод влагалища можно аспирировать воспалительный экссудат, который подвергается бактериологическому анализу.

Дифференциальная диагностика. Пельвиоперитонит дифференцируют от гемоперитонеума (внематочная беременность, апоплексия яичника), разлитого перитонита (хирургического происхождения), перекрута ножки или разрыва опухоли яичника, острой хирургической патологии.

При развитии пельвиоперитонита и перитонита возникает необходимость в консультации хирурга и инфекциониста.

Лечение. При остром пельвиоперитоните в отсутствие данных о наличии абсцессов проводят комплексную противовоспалительную терапию. Препараты выбирают с учетом спектра и механизма действия, фармакокинетики, побочных эффектов, а также этиологии заболевания. Применяют антибактериальные средства для системного применения (полусинтетические пенициллины, ингибитор-защищенные полусинтетические пенициллины, макролиды, производные нитрофурана, производные имидазола, аминогликозидные антибиотики, тетрациклины, производные фторхинолона, прочие бета-лактамы антибиотики (антибиотики резерва) и антибактериальные средства); пребиотики, пробиотики и эубиотики; нестероидные противовоспалительные средства; иммуноглобулины; противогрибковые средства; ферментные лекарственные средства и лекарственные средства, улучшающие кровоток в тканях.

Показания к хирургическому лечению при пельвиоперитоните:

- отсутствие эффекта от консервативной терапии пельвиоперитонита в течение 24–48 ч;
- нарастание местных и общих симптомов воспаления (прогрессирование ССВО);
- наличие гнойных очагов в малом тазу.

Особенностью хирургического лечения гинекологического перитонита, особенно у женщин репродуктивного возраста, является стремление сохранить репродуктивную функцию.

Пациентам после перенесенного пельвиоперитонита и перитонита должна проводиться реабилитационная терапия, направленная на профилактику рецидивов заболевания и восстановление репродуктивного здоровья. Возможно назначение физиотерапии — электрофореза йодистого калия, меди, цинка, магния, фонофореза гидрокортизона, переменных магнитных полей, лазеротерапии для ускорения репаративных процессов и уменьшения образования спаек.

Прогноз. В отношении репродуктивной функции прогноз сомнительный в связи с развитием в малом тазу спаечного процесса, который становится основой для внематочной беременности, трубно-перитонеального бесплодия, синдрома хронических тазовых болей.

ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА ИЛИ КИСТЫ

Перекрут ножки опухоли яичника — это острое состояние, обусловленное внезапным нарушением кровообращения в органах за счет механического перекручивания кисты или придатков вокруг своей ножки. Различают анатомическую ножку, к которой относят собственную связку яичника; мезовариум; связку, подвешивающую яичник (воронкотазовую связку), кровеносные и лимфатические сосуды, нервы; и хирургическую, которая дополнительно включает в себя маточную трубу, также в нее могут входить петли кишечника, сальник, другие составляющие.

Код по МКБ-10:

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

Причины перекрута ножки опухоли яичника не всегда ясны. Считают, что для возникновения перекрута имеют значение внезапная остановка вращательного движения туловища (гимнастические упражнения, танцы), физические нагрузки, резкое изменение внутрибрюшного давления, усиленная перистальтика кишечника. В этих случаях вращение опухоли вокруг ножки продолжается по инерции, что и приводит к перекруту. Перекруту ножки способствуют асимметричная форма, неравномерная плотность и чрезмерная подвижность опухоли. Это осложнение нередко возникает при беременности и в послеродовом периоде.

В момент перекрута перегибаются питающие яичник ветви маточной артерии и яичниковая артерия вместе с сопровождающими их венами. В опухоли нарушается кровообращение, затем наступают некроз и асептическое воспаление, распространяющееся на брюшину малого таза, что приводит к возникновению перитонита.

Перекрут может быть полным (более чем на 360°) и частичным (менее 360°). При частичном перекруте ножки опухоли нарушается, прежде всего, венозный отток при относительно сохраненном артериальном кровоснабжении. Вторичные изменения в опухоли (некроз, кровоизлияния) развиваются постепенно и выявляются у пациенток во время операции.

Клиническая картина. При быстром перекруте клиническая картина настолько характерна, что сразу позволяет установить правильный диагноз. Заболевание начинается внезапно, с появления резкой боли внизу живота на стороне поражения, тошноты, рвоты, задержки стула и газов (парез кишечника). При медленном перекруте симптомы заболевания выражены менее резко, могут периодически усиливаться или исчезать без лечения.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Диагностика основана на жалобах, данных анамнеза (указание на кисту, опухоль яичника), типичных симптомах заболевания, данных объективного исследования. Кожные покровы становятся бледными, выступает холодный пот, повышается температура тела (обычно до 38 °С), учащается пульс. Язык сухой, обложен налетом. Живот вздут, болезнен в месте проекции опухоли, мышцы передней брюшной стенки напряжены, симптом Щёткина–Блюмберга положительный. В крови лейкоцитоз, СОЭ повышена.

Подтвердить диагноз может гинекологическое исследование, позволяющее выявить объемное образование в области придатков матки, ограниченно подвижное, резко болезненное при пальпации и попытке смещения. Матка и придатки с другой стороны не изменены. Двуручное гинекологическое исследование нередко затруднено из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, особенно у девочек, что заставляет осматривать их под наркозом.

Важным методом диагностики заболевания служит УЗИ, при котором в области придатков матки определяется объемное образование с признаками опухоли или кисты яичника. У девочек диагноз нередко ставят несвоевременно, так как врачи иногда упускают возможность опухолей половых органов у детей и подростков.

Наиболее точные сведения можно получить при лапароскопии. Эндоскопическое исследование выявляет в малом тазу багрово-цианотичное образование — яичник с перекрутом ножки с признаками некроза или без них, а также серозный или серозно-геморрагический выпот. Лапароскопия позволяет не только поставить диагноз, но и оценить степень нарушения кровообращения в опухоли или кисте, провести дифференциальную диагностику.

При перекруте ножки опухоли или кисты яичника дифференциальную диагностику прежде всего проводят с острым аппендицитом, особенно при тазовом расположении червеобразного отростка, и почечной коликой. В этой ситуации могут помочь дополнительные методы исследования — обзорный рентгеновский снимок органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, лапароскопия.

Лечение. Лечение оперативное: лапароскопический (лучше) или лапаротомический доступ. Промедление с операцией приводит к некрозу опухоли, присоединению вторичной инфекции, сращению опухоли с соседними органами, развитию перитонита. После визуального осмотра макропрепарата, а иногда и после срочного гистологического исследования окончательно определяют объем оперативного вмешательства. При некрозе доброкачественного яичникового образования производят аднексэктомию на стороне поражения, не раскручивая ножку. При наличии признаков перитонита операцию заканчивают дренированием брюшной полости.

Ранее во время операции ножку опухоли раскручивать категорически запрещалось из-за опасности эмболии тромбами, находящимися в кровеносных сосудах ножки. В настоящее время врачебная тактика пересмотрена.

При отсутствии визуальных признаков некроза ножку образования раскручивают и наблюдают за восстановлением кровообращения в тканях. В случае исчезновения ишемии и венозного застоя можно, не удаляя, как раньше, придатки матки, ограничиться резекцией яичника (если позволяет тип опухоли или кисты яичника). Это особенно актуально для девочек и подростков, так как позволяет сохранить орган, важный для менструальной и репродуктивной функций.

НАРУШЕНИЕ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА

Нарушение кровоснабжения миоматозного узла приводит к некрозу тканей и необратимым изменениям структуры и клинически проявляется симптомами нарушения питания миомы матки.

Код по МКБ-10:

D25 Лейомиома матки.

Частота некроза миомы матки не превышает 7 %.

Наиболее часто некроз миоматозных узлов возникает при перекруте ножки субсерозной миомы; также нарушение питания миомы возникает при быстром росте узлов или достижении ими больших размеров.

Группу риска по развитию ишемии миоматозных узлов составляют беременные с миомой матки.

Возникновение острой или хронической ишемии обуславливает развитие различных дистрофических процессов, которые в конечном итоге приводят к некрозу опухоли.

Клиническая картина. При перекруте ножки субсерозного миоматозного узла отмечаются острые боли внизу живота; тошнота, рвота; повышение температуры тела; тахикардия; лейкоцитоз, возможно со сдвигом формулы; повышение СОЭ.

При нарушении питания интерстициального узла — боли внизу живота; субфебрильная температура; лейкоцитоз. При некрозе интерстициального узла — острые боли внизу живота; тошнота, рвота; повышение температуры тела; лейкоцитоз, возможно со сдвигом формулы; повышение СОЭ; нарушение мочеиспускания и стула; напряжение передней брюшной стенки.

Диагностика. Диагноз ставится на основании жалоб, данных анамнеза, объективного общего и гинекологического обследования, а также результатов лабораторных и дополнительных методов исследования.

При перекруте ножки субсерозного миоматозного узла во время общего осмотра и гинекологического исследования определяются подвижное болезненное плотное образование отдельно от матки; симптомы раздражения брюшины различной степени выраженности.

При нарушении питания интерстициального узла определяется увеличенная в размерах болезненная матка; симптомы раздражения брюшины не выражены.

При некрозе интерстициального узла при гинекологическом исследовании определяются увеличенная матка и мягковатой консистенции резко болезненный миоматозный узел; при отсутствии своевременного лечения некроз миоматозного узла может приводить к развитию перитонита и появлению симптомов раздражения брюшины.

При УЗИ органов малого таза оценивают размер, топографию и структуру миоматозных узлов. К признакам нарушения питания и некроза опухоли относят:

- двойной контур миоматозного узла;
- гетерогенную структуру узла с участками повышенной эхогенности и кистозными полостями;
- при цветном доплеровском картировании и доплерографии — артериальный кровоток замедлен; снижен индекс резистентности; имеется венозный застой, наличие остаточных зон васкуляризации, отсутствие цветовых локусов.

Лапароскопия — незаменимый метод дифференциальной диагностики острого живота при трудно диагностируемых миоматозных узлах с другими опухолями малого таза и брюшной полости.

Лечение. Основной метод лечения при некрозе миоматозного узла — хирургический. Объем оперативного лечения зависит от клинической ситуации и реализованности репродуктивной функции. Приоритет остается за органосохраняющими операциями. При субсерозных миоматозных узлах проводится миомэктомия преимущественно лапароскопическим доступом. При нарушении питания интерстициальных узлов предпочтительным остается лапаротомический доступ.

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Симптом Куленкампа — при пальцевом ректальном исследовании выявляются нависание передней стенки прямой кишки, резкая болезненность в дугласовом пространстве, что обычно наблюдается при апоплексии яичника, разрыве трубы, разрыве селезенки.

Симптом Ровзинга — появление боли в правой подвздошной области при глубокой пальпации (или перкуссии) левой подвздошной области. Положительный симптом характерен для аппендицита, но может наблюдаться и при других заболеваниях.

Симптом Промптова — дифференциально-диагностический признак острого аппендицита у женщин: болезненность матки при ее отодвигании кверху при ректальном исследовании характерна для патологии гениталий; при аппендиците — отрицательный.

Симптом Щёткина–Блюмберга — резкое усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания, обусловлен раздражением брюшины и наиболее ярко выражен при перитоните.

Симптом Валя — относительно устойчивое асимметричное вздутие живота, заметное на глаз, определяемое на ощупь. Характерен для кишечной непроходимости.

Симптом Спасокукоцкого — выслушивание шума «падающей капли» на фоне ослабленной перистальтики кишечника при аускультации. Характерен для кишечной непроходимости.

Симптом Пастернацкого — сочетание болезненных ощущений и появления или увеличения количества эритроцитов в моче после легкого поколачивания поясничной области в проекции почек. Характерен для почечной колики.

Тошнота и рвота часто встречаются при острых болях в животе. Однократная рвота может быть и при трубном аборте, и при перекруте ножки опухоли яичника, и при аппендиците. Упорная многократная рвота чаще свидетельствует о кишечной непроходимости, перитоните, пищевой токсикоинфекции или панкреатите. Задержка стула и газов более характерна для хирургической патологии, однако может быть и при перитоните гинекологического происхождения (разрыв пиосальпинкса, гонорея). При формировании абсцесса в малом тазу (пиосальпинкс, пиовар, абсцесс прямокишечно-маточного углубления) возможны жидкий стул, мучительные тенезмы, предшествующие перфорации гнойника в кишку.

Дизурия (учащенное мочеиспускание) с резью более характерна для заболеваний мочевых путей, однако она может быть и при восходящей гонорее как симптом предшествующего уретрита.

При клинической картине **острого живота** дифференциальную диагностику следует проводить с *острой кишечной непроходимостью*, для которой характерны болезненность, метеоризм, задержка газов, резистентность передней брюшной стенки. Одновременно наблюдается сильная перистальтика с приступами схваткообразных болей, становятся видимыми раздутые петли кишечника. Положительные симптомы Валя, Спасокукоцкого.

Для *почечной колики* характерна **иррадиация схваткообразных болей** в наружные половые органы, мочевой пузырь, бедро, паховую область. Резко положительный симптом Пастернацкого, макро- и микрогематурия.

Острый панкреатит также заслуживает внимания, так как чаще встречается у женщин. Характерна локализация болей в верхнем отделе живота, опоясывающего характера, с иррадиацией в левую лопатку, плечо. Пациенты беспокойны, мечутся. Одновременно с болями начинается рвота. Кожные покровы бледные, язык сухой, обложен. Постепенно нарастают явления пареза кишечника, температура обычно нормальная. Резко выражено напряжение

мышц передней брюшной стенки. Для уточнения диагноза используют ряд дополнительных методов, наиболее простой — определение диастазы в моче и крови, активности трансаминаз, щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы.

Причиной диагностических ошибок может служить такое редко встречающееся состояние, как *тромбоз сосудов брыжейки кишечника*. При данной патологии ранняя операция повышает эффективность терапии. Заболевание чаще встречается у лиц старше 50 лет, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Боли возникают остро в правой половине живота, над лобком, пациенты беспокойны, лицо бледное с цианотичным оттенком. Рвота и понос — одновременно с болями. Перистальтика кишечника вначале бурная, затем — парез. В рвотных массах и испражнениях всегда имеется примесь крови. В ОАК — резко выраженный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ СИНДРОМЕ ОСТРОГО ЖИВОТА

Жалобы и симптомы	Внематочная беременность	Апоплексия яичника	Перекрут ножки опухоли	Острое гнойное воспаление придатков матки	Острый аппендицит	Кишечная непроходимость	Хирургический перитонит
Задержка менструации	+	-	-	-	-	-	-
Начало заболевания в середине МЦ	-	+	-	-	-	-	-
Начало заболевания в конце менструации	-	-	-	+	-	-	-
Постоянные боли	-	+	+	+	+	-	+
Приступообразные боли	+	-	-	-	-	-	-
Схваткообразные боли	-	-	-	-	-	+	-
Боли в эпигастрии	+	-	-	-	-	-	-
Боли в пахово-подвздошной области	+	+	+	+	+	-	-
Боли разлитые	-	-	+	+	-	+	+
Иррадиация в прямую кишку	+	+	-	+	-	-	-
Френикус-симптом	+	+	-	-	-	-	-
Тошнота, рвота	-	-	+	+	+	+	+
Субфебрильная температура	-	-	+	-	+	+	-
Высокая температура	-	-	-	+	-	-	+
Нормальная температура	+	+	+	-	-	-	-
Головокружение, обморок	+	+	+	-	-	-	-
Субъективные признаки беременности	+	-	-	-	-	-	-
Гипотония	+	+	+	-	-	-	-

Жалобы и симптомы	Дифференциальная диагностика						
	Внематочная беременность	Апоплексия яичника	Перекрут ножки опухоли	Острое гнойное воспаление придатков матки	Острый аппендицит	Кишечная непроходимость	Хирургический перитонит
Бледность кожных покровов	+	+	+	-	-	-	-
Тахикардия	+	+	+	+	+	+	+
Сухой обложенный язык	-	-	+	+	+	+	+
Неотхождение газов	-	-	-	-	-	+	+
Задержка стула	-	-	-	-	-	+	+
Жидкий стул	-	-	-	+	+	-	+
Лейкоцитоз	-	-	+	+	+	+	+
Анемия	+	+	-	-	-	-	-
Увеличение СОЭ	-	-	-	+	-	-	+
Локальные симптомы							
Вздутие живота	+	+	+	+	+	+	+
Асимметрия живота	+	-	-	+	-	-	-
Отставание живота от дыхательной экскурсии	+	+	+	+	+	+	+
Напряжение мышц брюшной стенки	-	-	+	+	+	+	+
Болезненность брюшной стенки	+	-	+	+	+	+	+
Симптом Щёткина–Блюмберга	-	-	+	+	+	+	+
Симптом Куленкампа	+	+	-	-	-	-	-
Притупление в отлогих местах	+	+	+	+	-	-	+
Тимпанит	-	-	-	-	-	+	-
Отсутствие перистальтики	-	-	-	-	-	+	+
Данные гинекологического исследования							
Цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки	+	-	-	-	-	-	-
Увеличение матки	+	-	-	-	-	-	-
Кровянистые выделения	+	-	-	-	-	-	-
Гнойные выделения	-	-	-	+	-	-	-
Нависание сводов влагалища	+	+	-	+	-	-	+
Болезненные смещения шейки матки	+	+	+	+	-	-	+
Увеличение придатков матки	+	+	+	+	-	-	-
Матка и придатки не определяются вследствие болезненности	+	-	-	+	-	-	+

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТЫ

- 1. Причиной внутрибрюшного кровотечения могут быть:**
 - а) апоплексия яичника;
 - б) генитальный эндометриоз;
 - в) перекрут ножки опухоли яичника;
 - г) острые гнойные воспалительные заболевания придатков матки.
- 2. Клиническим критерием оценки тяжести состояния пациентки при острой массивной кровопотере является:**
 - а) частота сердечных сокращений;
 - б) частота дыхания;
 - в) клубочковая фильтрация;
 - г) удельный вес мочи.
- 3. Экстренная госпитализация в гинекологический стационар показана:**
 - а) при рождении подслизистого миоматозного узла;
 - б) перекруте ножки опухоли яичника;
 - в) внематочной беременности, нарушенной по типу трубного аборта;
 - г) всех перечисленных ситуациях.
- 4. Причиной эктопической беременности может быть:**
 - а) спаечный процесс в малом тазу;
 - б) генитальный инфантилизм;
 - в) вагинит;
 - г) использование комбинированных оральных контрацептивов.
- 5. К возникновению внематочной беременности предрасполагает:**
 - а) нарушение сократительной активности маточных труб;
 - б) наличие кисты яичника;
 - в) возраст женщины старше 30 лет;
 - г) патология шейки матки.
- 6. Наиболее часто встречающаяся форма внематочной беременности — это:**
 - а) брюшная беременность;
 - б) яичниковая беременность;
 - в) беременность в рудиментарном роге матки;
 - г) трубная беременность.
- 7. Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще на сроке беременности:**
 - а) 11–12 недель;
 - б) 9–10 недель;
 - в) 6–8 недель;
 - г) 13–14 недель.

8. Трубная беременность чаще прерывается по типу трубного аборта при локализации плодного яйца:

- а) в истмической части маточной трубы;
- б) в интерстициальном отделе маточной трубы;
- в) в ампулярном отделе маточной трубы;
- г) в любом отделе маточной трубы.

9. Обильное внутрибрюшное кровотечение наблюдается при локализации плодного яйца:

- а) в интерстициальном отделе маточной трубы;
- б) в ампулярном отделе маточной трубы;
- в) в истмическом отделе маточной трубы;
- г) в любом отделе маточной трубы.

10. Клинические проявления прервавшейся внематочной беременности зависят:

- а) от размера плодного яйца;
- б) от характера прерывания (разрыв трубы, трубный аборт);
- в) от размера матки;
- г) от возраста женщины.

11. Основные клинические симптомы разрыва маточной трубы:

- а) резкая приступообразная боль внизу живота;
- б) головокружение, кратковременная потеря сознания;
- в) менструальноподобные выделения из матки;
- г) все перечисленное.

12. Из перечисленных симптомов укажите наиболее характерный для трубного выкидыша:

- а) темно-коричневые дегтеобразные скудные кровянистые выделения из половых путей;
- б) выделение из сосков секрета молочного цвета;
- в) цианоз слизистой влагалища и шейки матки;
- г) падение АД.

13. Наиболее характерные изменения эндометрия при внематочной беременности:

- а) атрофия;
- б) пролиферация;
- в) железисто-кистозная гиперплазия;
- г) децидуальная трансформация.

14. При влагалищном исследовании признаками, свидетельствующими о разрыве трубы, могут быть:

- а) крик Дугласа;
- б) симптом Пискачека;
- в) болезненность при пальпации придатков матки;
- г) сглаживание бокового свода.

- 15. Эхографическим признаком ненарушенной внематочной беременности является:**
- а) ложное плодное яйцо;
 - б) киста желтого тела;
 - в) визуализация эктопически расположенного плодного яйца с эмбрионом;
 - г) визуализация жидкости в заднем своде.
- 16. Трубный аборт (без значительного внутрибрюшного кровотечения) надо дифференцировать:**
- а) с самопроизвольным выкидышем малого срока;
 - б) с обострением хронического сальпингоофорита;
 - в) с аномальным маточным кровотечением;
 - г) с аппендицитом.
- 17. Диагноз «Подозрение на внематочную беременность» является показанием:**
- а) для динамического наблюдения за пациенткой;
 - б) для срочной госпитализации в стационар;
 - в) для диагностической лапаротомии;
 - г) компьютерной томографии малого таза.
- 18. Диагноз «Нарушенная трубная беременность» является показанием:**
- а) для экстренной лапаротомии/лапароскопии;
 - б) для плановой лапаротомии/лапароскопии;
 - в) для УЗИ;
 - г) для проведения лабораторных исследований.
- 19. У пациентки диагностирована ненарушенная прогрессирующая внематочная беременность. Показано:**
- а) консервативное противовоспалительное лечение;
 - б) оперативное лечение в экстренном порядке;
 - в) оперативное лечение в плановом порядке;
 - г) динамическое наблюдение на фоне инфузионной терапии.
- 20. Укажите современные методы лечения прогрессирующей трубной беременности:**
- а) кульдоскопия;
 - б) введение метотрексата в полость плодного яйца под контролем УЗИ;
 - в) лапаротомия, удаление маточной трубы;
 - г) лапароскопия, удаление обеих маточных труб.
- 21. Лечебные мероприятия при трубном аборте должны включать:**
- а) наблюдение на фоне антибактериальной терапии;
 - б) лапаротомию после развития клиники внутрибрюшного кровотечения;
 - в) назначение лекарственных средств, повышающих свертываемость крови;
 - г) немедленную лапаротомию (лапароскопию) и удаление трубы.

- 22. Условиями для консервативно-пластической операции при трубной беременности являются:**
- а) возраст пациентки старше 45 лет;
 - б) удовлетворительное состояние женщины;
 - в) значительная кровопотеря;
 - г) срок беременности до 12 недель.
- 23. При массивном кровотечении во время медицинского аборта, обусловленного шеечной беременностью, необходимо:**
- а) ускорить удаление плодного яйца кюреткой;
 - б) попытаться удалить плодное яйцо пальцем;
 - в) выполнить лапаротомию, экстирпацию матки;
 - г) удалить плодное яйцо с помощью вакуум-экскохлеатора.
- 24. Апоплексия яичника — это:**
- а) внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость;
 - б) нагноение яичника;
 - в) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника;
 - г) кистозная дегенерация яичника.
- 25. У пациентки с клиническим диагнозом «Апоплексия яичника» показанием к операции является:**
- а) наличие воспаления придатков матки в анамнезе;
 - б) нарушение менструальной функции в анамнезе;
 - в) болевой синдром;
 - г) внутрибрюшное кровотечение.
- 26. При значительном кровотечении в брюшную полость у пациентки с апоплексией яичника показано:**
- а) лапаротомия, ушивание разрыва яичника;
 - б) наблюдение дежурного врача за динамикой симптомов, по показаниям — гемотрансфузия;
 - в) консервативная терапия: покой, холод на низ живота, общеукрепляющая терапия;
 - г) противовоспалительное лечение.
- 27. Риск перфорации матки при выскабливании возрастает:**
- а) при многочисленных абортах в анамнезе;
 - б) при аденомиозе;
 - в) при многоплодной беременности;
 - г) у женщин с деформацией и разрывами шейки матки.
- 28. Консервативное лечение при перфорации матки зондом невозможно:**
- а) при отсутствии внутрибрюшного кровотечения;
 - б) при отсутствии симптомов раздражения брюшины;
 - в) при стабильных показателях гемодинамики;
 - г) при повреждении соседних органов.

29. Пельвиоперитонит — это:

- а) воспаление брюшины;
- б) воспаление брюшины малого таза;
- в) воспаление клетчатки малого таза;
- г) воспаление серозного покрова матки.

30. Изменением, связанным с нарушением питания миоматозного узла, является:

- а) отек;
- б) кровотечение;
- в) задержка менструации;
- г) нарушение мочеиспускания.

31. При перитоните у пациентки с гинекологической патологией показана операция:

- а) экстирпация матки с придатками;
- б) надвлагалищная ампутация матки с придатками;
- в) экстирпация матки с трубами;
- г) надвлагалищная ампутация матки с трубами;
- д) все перечисленное неверно.

32. Причина острого живота вследствие острого нарушения кровоснабжения внутренних половых органов:

- а) внематочная беременность;
- б) перекрут ножки опухоли яичника;
- в) инфаркт миоматозного узла;
- г) перекрут ножки опухоли яичника и инфаркт миоматозного узла;
- д) верно все перечисленное.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1. У женщины, 36 лет, в анамнезе 4 аборта без осложнений, на момент поступления задержка менструации на 4 недели. Заболела остро: появились схваткообразные боли внизу живота, внезапно потеряла сознание. При осмотре: кожные покровы бледной окраски, больная вялая, пульс 120 уд/мин, АД 80/40 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастральной области. Притупление перкуторного звука в отлогих местах. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании смещения шейки матки резко болезненны, четко пропальпировать тело матки и придатки не удается из-за напряжения мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность заднего свода, выделения из половых путей сукровичные.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз неотложного состояния.
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.
3. Определите тактику ведения пациентки.

Задача 2. Женщина В., 23 года, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на температуру 39 °С, боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, задержку газов, стула. Заболела после поднятия тяжести. Беременностей не было. Объективно: t 39,2 °С, пульс 102 уд/мин, ритмичный. АД 130/90 мм рт. ст., язык сухой. Живот в нижних отделах умеренно вздут, при пальпации болезненный, положительный симптом раздражения брюшины. Выделения из половых путей слизисто-гнойные. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, смещения ее болезненные, матка нормальных размеров, справа от матки пальпируется опухолевидное образование 6 × 7 см, ограниченное в подвижности, болезненное, с четкими контурами, слева придатки не определяются. Анализ крови: Нб — 125 г/л; L — 13,5 · 10⁹/л; СОЭ — 32 мм/ч. Анализ мочи: белок 0,033 г/л; L — единичные в поле зрения.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз неотложного состояния.
2. Перечислите заболевания для дифференциальной диагностики.
3. Определите тактику ведения пациентки.

Задача 3. Женщина К., 19 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота больше слева, тошноту, однократную рвоту, слабость, головокружение. Заболела после полового контакта. 14-й день МЦ. Объективно: бледна, пульс 100 уд/мин, ритмичный, АД 90/60 мм рт. ст.; t 36,9 °С. Живот в нижних отделах умеренно вздут, ограничено участвует в акте дыхания, болезненный больше слева, слабopоложительный симптом Щёткина–Блумберга. Выделения из влагалища слизистые. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, смещение ее болезненное, тело матки нормальных размеров, подвижное, чувствительное при пальпации, справа придатки не определяются. Слева пальпация их болезненна. Анализ крови: Нб — 90 г/л; L — 7,5 · 10⁹/л; СОЭ — 9 мм/ч. Анализ мочи: сахар, белок не обнаружены; L — единичные в поле зрения. Пункция брюшной полости через задний свод — получена темная, жидкая кровь (20 мл).

Задание:

1. Сформулируйте диагноз неотложного состояния.
2. Определите тактику ведения пациентки.

ОТВЕТЫ К ТЕСТАМ

Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ	Вопрос	Ответ
1	а	9	а	17	б	25	г
2	а	10	б	18	а	26	а
3	г	11	г	19	б	27	а
4	а	12	а	20	б	28	г
5	а	13	г	21	г	29	б
6	г	14	а	22	б	30	а
7	в	15	в	23	в	31	в
8	в	16	а	24	а	32	д

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Задача 1. 1. Внематочная беременность. Прерывание по типу разрыва маточной трубы. Внутрибрюшное кровотечение. 2. Апоплексия яичника, острый аппендицит. 3. Общие анализы крови и мочи, ХГЧ, УЗИ органов малого таза, лапароскопия или лапаротомия (сальпингэктомия).

Задача 2. 1. Перекрут ножки опухоли яичника. Пельвиоперитонит. 2. Острый аппендицит, некроз миоматозного узла, пиосальпинкс, пиовар. 3. Экстренная операция. Удаление опухоли правого яичника.

Задача 3. 1. Апоплексия левого яичника. Внутрибрюшное кровотечение. Постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести. 2. Срочная лапароскопия или лапаротомия. Ушивание разрыва левого яичника. Восполнение объема циркулирующей крови, анальгетики, антибактериальная терапия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Гинекология* : учеб. пособие для студентов / под общ. ред. Ю. К. Малевича. Минск : Беларусь, 2018. 319 с.

Дополнительная

2. *Медицинское* наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии : клинический протокол № 17 от 19.02.2018 г. : утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь. Минск, 2018. Режим доступа : <http://minzdrav.gov.by>. Дата доступа : 01.04.2022.

3. *Гинекология* : национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. 2-е изд., перераб. и доп. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. 1008 с.

4. *Гинекология* : учеб. / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. 847 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
Мотивационная характеристика темы.....	4
Введение	6
Внематочная беременность	7
Перфорация матки	12
Апоплексия яичника.....	14
Пельвиоперитонит	16
Перекрут ножки опухоли яичника или кисты	19
Нарушение кровоснабжения миоматозного узла	21
Основные симптомы, используемые в дифференциальной диагностике неотложных состояний в гинекологии	22
Дифференциальная диагностика при синдроме острого живота	24
Самоконтроль усвоения темы	26
Тесты	26
Ситуационные задачи.....	30
Ответы к тестам.....	31
Ответы к ситуационным задачам.....	32
Список использованной литературы	33

Учебное издание

Лобачевская Ольга Станиславовна
Никитина Елена Валентиновна
Васильева Людмила Николаевна
Акулич Наталья Станиславовна

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Л. Ф. Можейко
Старший корректор А. В. Царь
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 09.02.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 1,6. Тираж 45 экз. Заказ 95.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

