

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	4
Введение	5
Глава 1. Наружные акушерско-гинекологические кровотечения (Василенко Л.В.)	6
1.1. Самопроизвольный аборт	6
1.2. Перфорация матки	9
1.3. Шеечная беременность	12
Глава 2. Внутренние кровотечения в акушерско-гинекологической практике (Василенко Л.В.)	15
2.1. Внематочная беременность	15
2.2. Апоплексия яичника	26
Глава 3. Острый живот в гинекологии	30
3.1. Гнойно-воспалительные заболевания придатков матки	30
3.2. Перекрут ножки опухоли яичников	41
3.3. Миома матки	43
3.4. Гинекологические перитониты	51
Глава 4. Спаечный процесс в брюшной полости	62
Глава 5. Акушерский сепсис. Лечение в гинекологических стационарах. . .	72
Глава 6. Нарушения гомеостаза и интенсивная терапия при осложненном течении акушерско-гинекологических заболеваний (Лапшин В.Н.)	112
Рекомендованная литература	139

ВНУТРЕННИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

2.1. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Все случаи развития плодного яйца вне полости матки являются тяжелой патологией, представляющей непосредственную угрозу не только репродуктивному здоровью, но и жизни женщины. В ургентной гинекологии внутренние кровотечения чаще всего обусловлены прерыванием эктопической беременности (ЭБ). Частота ЭБ среди всех гинекологических больных, поступающих в стационар, варьирует от 1 до 6%; ЭБ является основной причиной смерти беременных в I триместре беременности. Летальность при внематочной беременности в России составляет 0,11%, что в 3 раза выше, чем в США. В структуре причин материнской смертности на долю ЭБ приходится 7,4%. Наибольшее число неблагоприятных исходов при ЭБ приходится на возраст женщин 30 лет и старше (летальность выше в 3 раза, чем в возрасте 15–24 года).

Исход внематочной беременности в значительной степени зависит от сроков госпитализации. Проведенный анализ показывает, что у практических врачей зачастую отсутствует должная настороженность по поводу ЭБ. С момента первого обращения за медицинской помощью госпитализируется в первые сутки 62% больных, в течение первой недели — 11,6%, в более поздние сроки — 26,4%.

Трудности диагностики ЭБ сказываются не только на сроках госпитализации, но и сроках операции. Среди женщин, оперированных по поводу внематочной беременности, операция была выполнена у 45% в день поступления, у 24% — на следующие сутки, у остальных (31%) — в сроки от 2 до 23 дней. Этим во многом объясняется величина кровопотери: до 300 мл — у 68,4%, от 301 до 700 мл — у 5,4%, свыше 800 мл — у 9% больных. У умерших женщин средняя кровопотеря составила 2112 мл. Основными причинами смерти женщин при ЭБ являются кровопотеря (68,9%) и сепсис (4,9%), среди прочих причин — осложнения медицинских манипуляций и наркоза.

КЛАССИФИКАЦИЯ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра выделяют:

1. Абдоминальную (брюшную) беременность (O00.0).
2. Трубную беременность (O00.1):
 - беременность в маточной трубе (прогрессирующая);
 - разрыв маточной трубы вследствие беременности;
 - трубный аборт.
3. Яичниковую беременность (O00.2).
4. Другие формы эктопической беременности (O00.8):
 - шеечная (в шейке матки);
 - комбинированная;
 - в роге матки;
 - внутрисвязочная (интралигаментарная);
 - в брыжейке матки (в толще широкой связки матки);
 - неуточненная.

Среди всех видов внематочной беременности принято различать часто и редко встречающиеся формы; к частым относят ампулярную и истмическую локализацию трубной беременности, на долю которых приходится 93,0–98,5% случаев (ампулярная локализация трубной беременности встречается несколько чаще, чем истмическая), к редким формам — интерстициальную (0,4–2,1%), яичниковую (0,4–1,3%), брюшную (0,1–1,4%) (рис. 3). Еще реже встречается беременность, развивающаяся в рудиментарном роге матки (0,1–0,9%), в добавочной маточной трубе (0,07%). Возможны казуистические случаи многоплод-

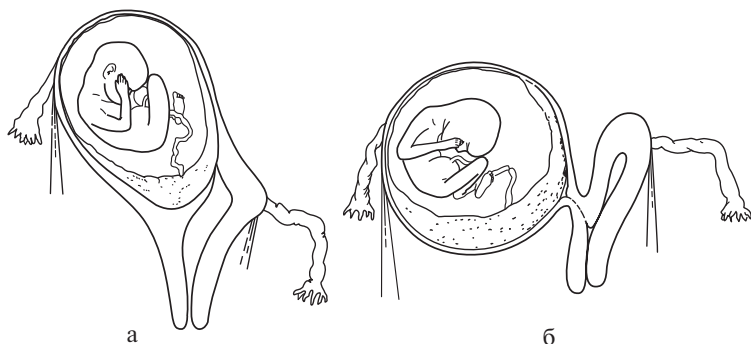


Рис. 3. Топографические соотношения: а — при интерстициальной трубной беременности; б — при беременности в истмическом отделе (по Отту)

ной беременности с разнообразной локализацией. За последние годы увеличилась частота гетеротопической ЭБ (сочетание внутриматочной и внематочной локализаций).

ДИАГНОСТИКА ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Принципиально выделяют два варианта клинического течения ЭБ: прерванная (нарушенная) и прогрессирующая. Нарушенная трубная ЭБ протекает по типу трубного аборта либо как разрыв маточной трубы и всегда сопровождается внутренним или наружным кровотечением; в редких случаях образуется перитубарная гематома, и кровотечение приостанавливается. Прогрессирующая ЭБ до последнего времени являлась случайной находкой.

Заподозрить заболевание позволяет выявление в анамнезе пациенток следующих факторов риска развития ЭБ.

1. Воспалительные заболевания органов малого таза.
2. ЭБ в анамнезе.
3. Предшествующие операции на маточных трубах (включая стерилизацию).
4. Эндометриоз.
5. Бесплодие.
6. Репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение, внутритрубно́ый перенос гамет, перенос эмбриона, индукция суперовуляции).
7. Использование внутриматочных контрацептивов.
8. Нарушение менструальной функции.

Многочисленные проведенные исследования обнаружили, что при нарушенной ЭБ у большинства женщин имеются клинические симптомы заболевания: боли различной интенсивности, локализующиеся в нижних отделах живота и иррадиирующие в прямую кишку, лопатку (90–100%), скудные кровянистые выделения из половых путей (50–80%), задержка месячных (60–90%); при гинекологическом обследовании — увеличение матки (у 40–50%), выявление опухолевидного образования придатков матки (50–60%), пастозность заднего свода влагалища (40%), болезненность при смещении шейки матки (25–35%). Таким образом, полученные результаты подтверждают необходимость детального изучения анамнеза и клинической симптоматики при подозрении на внематочную беременность.

При нарушенной шеечной ЭБ клиническая картина характеризуется массивным наружным кровотечением с быстрым нарастанием шокового состояния, изменениями шейки матки (цианоз, деформация).

Диагностические трудности возникают при прогрессирующей беременности. Однако наличие сомнительных признаков, отсутствие кровянистых выделений, УЗИ признаков внутриматочной локализации плодного яйца при положительном хорионическом гонадотропине (ХГ) позволяют заподозрить ЭБ до ее нарушения.

Учитывая широкую вариабельность клинических проявлений ЭБ, рекомендовано исключение беременности (любой локализации) у всех женщин с сохраненной репродуктивной функцией, поступающих в стационар с болью в животе или кровянистыми выделениями из половых путей.

В настоящее время наибольшее значение имеют три дополнительные диагностические методики: определение ХГ, УЗИ органов малого таза и лапароскопия. Выбор и выполнение алгоритмов диагностики определяется реальными возможностями практического здравоохранения и конкретного медицинского учреждения. Качественное определение ХГ в моче возможно практически в любом учреждении, тогда как количественный анализ b-ХГ в сыворотке крови выполняется только в отдельных из них.

При выраженной клинической картине, наличии гемодинамических нарушений, гиповолемии пациентка немедленно госпитализируется для неотложного хирургического вмешательства лапаротомным доступом в кратчайшие сроки. Если клиническая картина стертая, нет признаков гиповолемии и внутреннего кровотечения, производится УЗИ органов малого таза и/или лапароскопия (рис. 4).

В 80% трубная ЭБ прерывается на сроке гестации 6–7 нед. УЗИ трансабдоминальным датчиком позволяет четко визуализировать плодное яйцо со срока 6 нед, тогда как трансвагинальное УЗИ — с 5 нед. Использование трансвагинальных датчиков позволяет повысить диагностическую чувствительность и специфичность метода.

Бесспорным УЗИ-признаком ЭБ является обнаружение эктопического плодного яйца с признаками жизнедеятельности. В этих случаях диагноз не требует уточнения и больной выполняется операция. В то же время единственным признаком, позволяющим с достаточной степенью достоверности исключить ЭБ, является четкая визуализация внутриматочного плодного яйца с признаками жизнедеятельности при помощи УЗИ.

Обнаружение патологических изменений в области придатков матки в сочетании с признаками наличия жидкости в позадиматочном углублении является показанием для кульдоцентеза (пункции брюшной полости через задний влагалищный свод). При получении крови необходимо выполнение диагностической лапароскопии; если пунктат серозного или серозно-геморрагического характера, назначается противовоспалительная терапия с ультразвуковым контролем каждые последующие 2 сут (рис. 5).

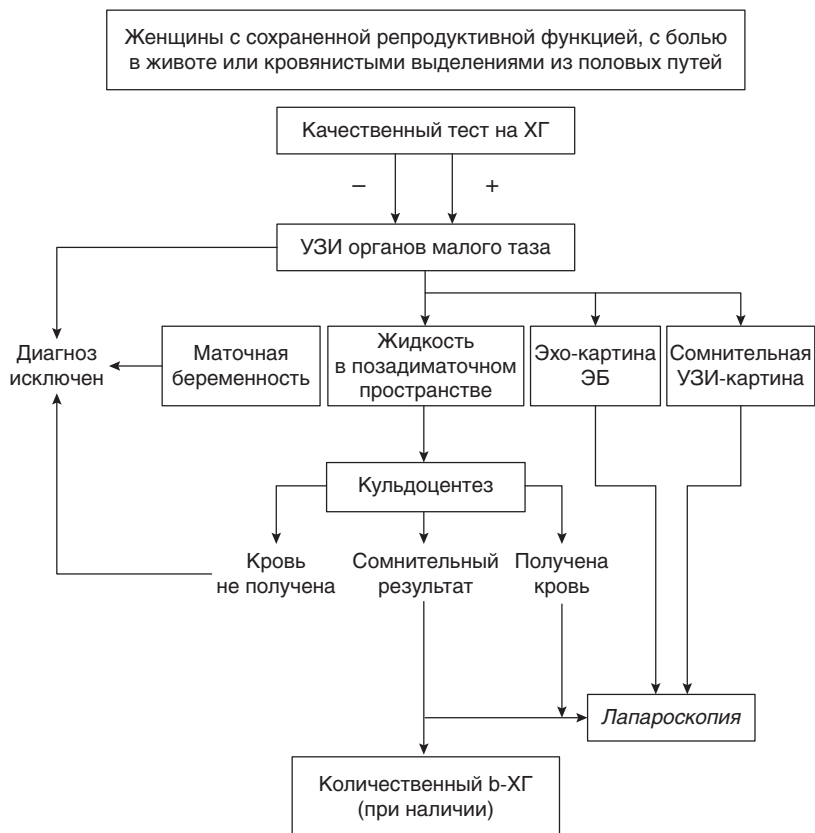


Рис. 4. Минимальный алгоритм диагностики эктопической беременности

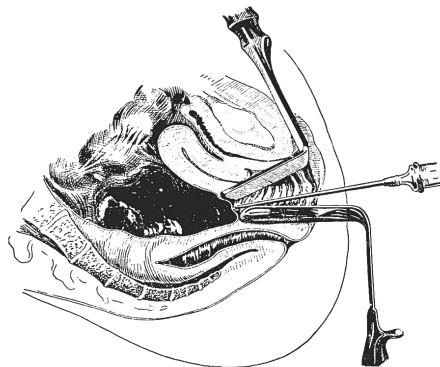


Рис. 5. Кульдоцентез по И.Л. Брауде

При наличии возможности количественного определения β -ХГ в сыворотке крови и доступности УЗИ и лапароскопии диагностический поиск необходимо вести в соответствии с оптимальным диагностическим стандартом (рис. 6).

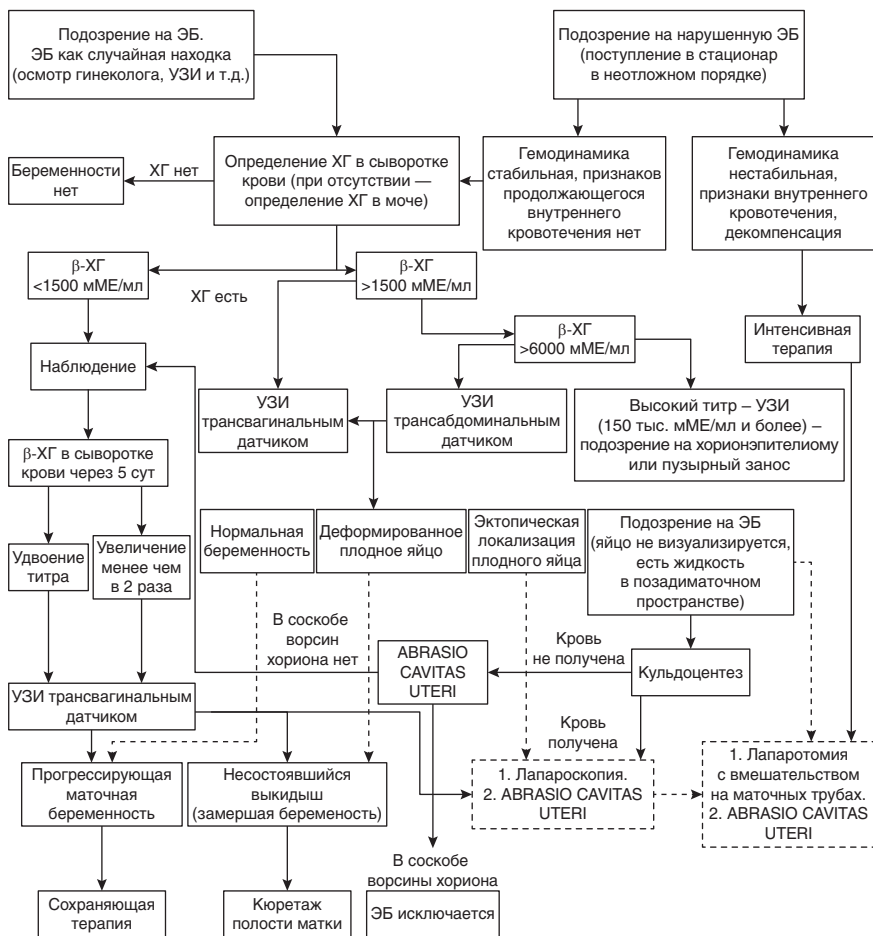


Рис. 6. Оптимальная тактика ведения пациенток с внематочной беременностью

Сочетание количественного определения ХГ и УЗИ является «золотым стандартом» предоперационной диагностики ЭБ. Наиболее характерные диагностические признаки ЭБ следующие.

1. Отсутствие внутриматочного плодного яйца при УЗИ трансвагинальным датчиком и уровне б-ХГ более 1500 мМЕ/мл.
2. Отсутствие внутриматочного плодного яйца при УЗИ трансабдоминальным датчиком и уровне б-ХГ более 6500 мМЕ/мл.
3. В 85% уровень б-ХГ при ЭБ ниже 5000 мМЕ/мл.
4. За 3 сут наблюдения отсутствует двукратный рост титра б-ХГ в сыворотке крови либо за 2 сут — увеличения в 1,5 раза (дифференцировать прогрессирующую ЭБ с несостоявшимся выкидышем).

В табл. 1 приведены средние значения концентрации б-ХГ в сыворотке крови на различных гестационных сроках при одноплодной и многоплодной беременности.

Таблица 1

**Средние концентрации б-ХГ в сыворотке крови
на различных сроках физиологической беременности, мМЕ/мл**

Срок гестации, сут	Уровень б-ХГ, один плод	Уровень б-ХГ, два плода
14	48	66
15	59	70
16	95	110
17	192	211
18	292	302
19	303	432
20	522	644
21	1061	1245
22	1287	1567
23	2034	2470
24	2637	3200
25	4065	5580
26	5198	6237
27	8094	9712
28	10 234	121

Любые варианты неясной УЗИ-картины не должны снимать подозрение на ЭБ, в дифференциальной диагностике с другой urgentной патологией ведущее место занимает эндовидеохирургический метод.

Диагностическое выскабливание стенок полости матки не является методом диагностики ЭБ по причине длительности гистологического исследования материала и сравнительно низкой информативности, однако при обнаружении в соскобе эндометрия феномена Ариас-Стеллы или наличия децидуальной ткани без ворсин хориона необходимо целенаправленно исключить возможное эктопическое расположение плодного яйца.

Необходимо помнить, что эффективность диагностических манипуляций и использования предложенных алгоритмов во многом зависит от времени, затрачиваемого на их выполнение.

ЛЕЧЕНИЕ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Важным фактором, определяющим исход, является выбор метода лечения. В связи с тем что в подавляющем большинстве случаев встречается трубная беременность, основные принципы лечения будут представлены в отношении к данной локализации ЭБ.

В настоящее время основным методом лечения ЭБ является хирургический. Выполнение операции возможно традиционным путем или с использованием лапароскопической техники.

Тяжелое состояние больной, наличие выраженных гемодинамических нарушений (гипотония, гиповолемия, гематокрит меньше 30%) являются абсолютными показаниями к лапаротомному вмешательству с удалением вовлеченной маточной трубы и проведению противошоковой терапии (рис. 7).

Угрожающее жизни состояние требует проведения оперативного вмешательства в три этапа:

- чревосечение (наиболее быстрым для хирурга способом) и остановка кровотечения наложением зажимов на мезосальпикс и маточный конец трубы;
- реанимационные мероприятия (включающие реинфузию крови после отрицательной пробы на гемолиз);
- продолжение операции (рис. 8).

Во всех остальных случаях при отсутствии противопоказаний (выраженное ожирение, перенесенные абдоминальные оперативные вмешательства, осложнившиеся спаечной непроходимостью, спаеч-



Рис. 7. Лечебный алгоритм при эктопической беременности

ная болезнь) *операцией выбора является эндовидеохирургическое вмешательство*. При высокой квалификации эндовидеохирурга, отсутствии гемодинамических нарушений у больной наличие умеренного гемоперитонеума не является противопоказанием для оперативной лапароскопии.

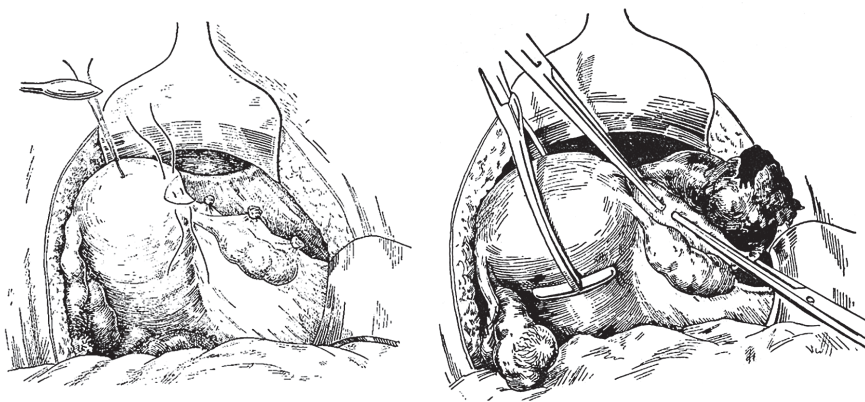


Рис. 8. Этапы лапаротомного вмешательства

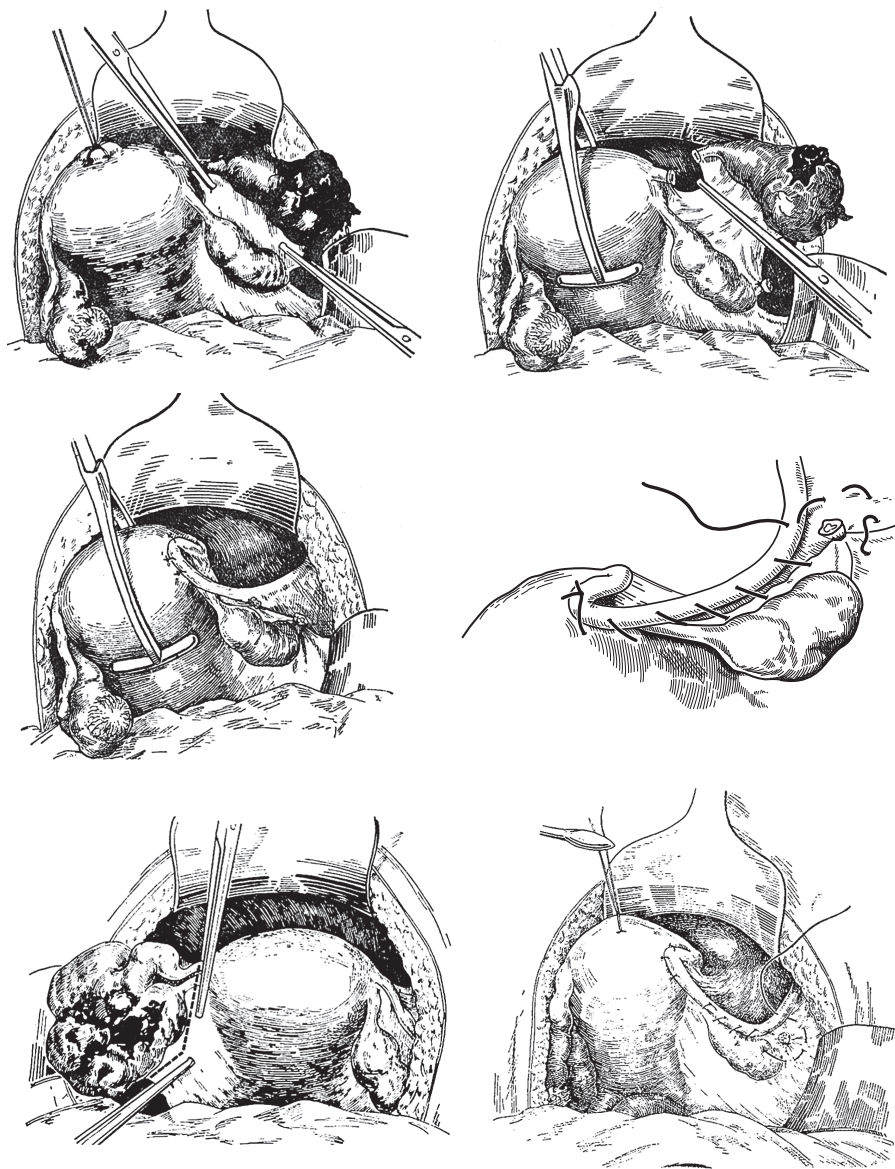


Рис. 8. Продолжение. Этапы лапаротомного вмешательства

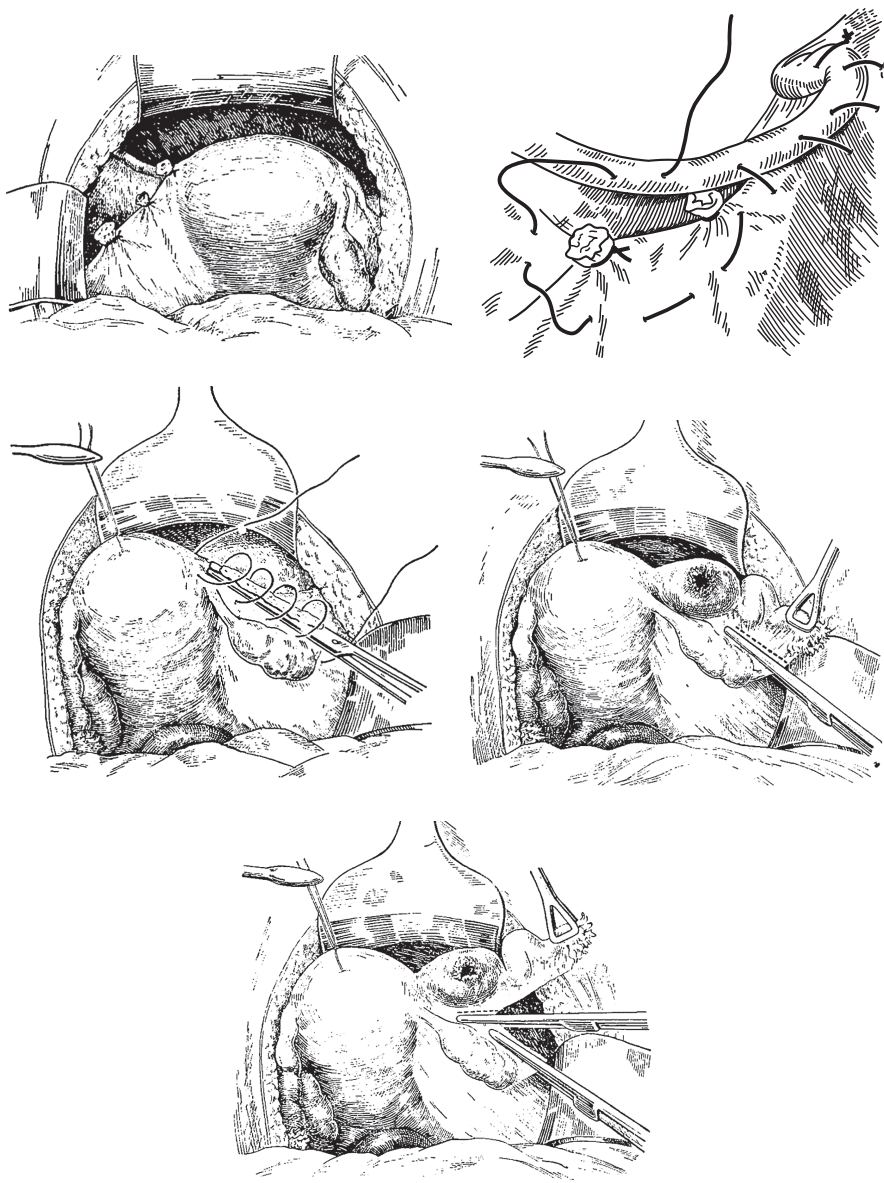


Рис. 8. Окончание. Этапы лапаротомного вмешательства

Органосберегающие операции целесообразно выполнять пациенткам с сохраненной анатомической целостностью стенки маточной трубы в ампулярном или истмическом отделе, заинтересованным в сохранении репродуктивной функции. Локализация плодного яйца в интрамуральном отделе МТ требует выполнения тубэктомии с иссечением угла матки; в этом случае сохранение трубы возможно, однако не может быть рекомендовано к широкому использованию в ургентной практике.

При выполнении сальпинготомии по свободному краю маточной трубы в наиболее выпуклой части плодовместилища монополярным коагулятором или ножницами производится разрез длиной 10–15 мм. Плодное яйцо удаляется, коагулируются сосуды ложа, стенки трубы.

Выполнение органосохраняющих операций при ЭБ сопровождается риском развития в послеоперационном периоде персистенции трофобласта, являющейся следствием его неполного удаления из просвета маточной трубы и брюшной полости. Это осложнение несколько чаще встречается после лапароскопических вмешательств (8–10%), чем после лапаротомных (2–4%). Наиболее эффективными методами профилактики являются тщательный туалет брюшной полости 2–3 л раствора и однократное введение метотрексата в дозе 50 мг/м² внутримышечно (около 1 мг/кг) в 1–2-е сутки после операции.

2.2. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Апоплексия яичника — внезапное кровоизлияние в яичник, сопровождается нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость.

Синонимы апоплексии яичника: гематома яичника, кровотечение из яичника, разрыв кисты желтого тела, разрыв яичника.

Код по Международной классификации болезней 10-го пересмотра: N83.0 Геморрагическая фолликулярная киста яичника; N83.1 Геморрагическая киста желтого тела.

Выделяют болевую и анемическую формы апоплексии яичников. При болевой форме показано консервативное лечение, при анемической — оперативное лапароскопическим доступом.

Апоплексия яичника встречается у женщин репродуктивного возраста. Среди причин внутрибрюшного кровотечения на долю апоплексии приходится 0,5–2,5%.

ЭТИОЛОГИЯ

Апоплексия яичника может быть вызвана эндогенными причинами, такими как неправильное положение матки, приводящее к нарушению кровоснабжения матки, сдавливание яичника опухолью, спаечные и воспалительные процессы в малом тазу, яичниковая гиперандрогения, вызывающая утолщения капсулы яичника. При анемической форме апоплексии может развиваться выраженное кровотечение. По нашим наблюдениям, у женщин с гиперандрогенией чаще отмечается апоплексия яичника. При оперативном лечении апоплексии яичника необходимо использовать лапароскопический доступ, предпочтительней не коагулировать, а ушивать яичник, это сохраняет овариальный резерв женщины, необходимый для выполнения репродуктивной функции.

Экзогенные причины также способствуют развитию апоплексии яичника: бурное половое сношение, грубое влагалищное исследование, травмы живота и др. Однако нередко апоплексия яичника возникает в полном покое, даже во сне.

Возникновению апоплексии способствуют варикоз сосудов яичника, его мелкокистозное изменение, воспалительные процессы. Вначале возникает гематома яичника, что приводит к развитию болей. Затем ткань яичника разрывается, появляются симптомы внутреннего кровотечения.

Апоплексия яичника может наступить в любую фазу менструального цикла, но намного чаще — в середине цикла и в конце второй его фазы. Наиболее часто источником кровотечения является желтое тело яичника или его киста. Иногда желтое тело разрывается во время беременности.

КЛАССИФИКАЦИЯ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Классифицируют апоплексию яичника по клинической форме.

Болевая форма. Характеризуется болью, тошнотой, субфебрильной температурой. Апоплексия правого яичника напоминает клиническую картину острого аппендицита. Иногда такую апоплексию называют псевдоаппендикулярной.

Анемическая форма. Вследствие выраженной кровопотери развивается клиническая картина внутреннего кровотечения, анемия.

Смешанная форма. Имеются признаки двух указанных форм заболевания.

Самым грозным симптомом апоплексии яичника является внутрибрюшное кровотечение. По тяжести кровотечения апоплексия яичника делится на три степени: легкая (кровопотеря 100–150 мл), средняя (кровопотеря 150–500 мл) и тяжелая (кровопотеря более 500 мл).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Характеризуется болью и внутрибрюшным кровотечением. Заболевание начинается остро. Клиническая картина острого живота характеризуется мягким, ненапряженным животом и положительными симптомами раздражения брюшины.

Диагноз основывается на данных анамнеза и клинической картины. В сомнительных случаях можно произвести кульдоцентез и обнаружить кровь в брюшной полости. Значительную информацию для диагностики дают УЗИ и лапароскопия.

Эхоскопическая картина пораженного яичника оценивается с учетом фазы цикла и картины непораженного яичника. При апоплексии пораженный яичник незначительно увеличен. Определяются жидкостные включения гипоэхогенной или неоднородной структуры. Это желтое тело. Его диаметр не превышает размер преовуляторного фолликула и не приводит к объемной трансформации яичника. Визуализируется нормальный фолликулярный аппарат яичника в виде жидкостных включений 4–8 мм в диаметре. В заднем своде определяется жидкость. Ее количество пропорционально объему кровопотери.

У каждой четвертой женщины выявляется анемия, снижение показателя гематокрита (20–25%) и гемоглобина, иногда — лейкоцитоз (9500–15 000 10⁹/л). Показатели свертывания крови не нарушены.

Лапароскопическая диагностика наиболее информативна.

При вагинальном осмотре шейка матки обычной окраски (не синюшна). Матка обычной величины и плотности. Поврежденный яичник может быть увеличенным, болезненным. Но если у женщины избыточная масса (ожирение), то вагинальный осмотр затруднен и не так информативен. Матку врач пальпирует двумя пальцами, прижимая ее к крестцу. При небольших кровопотерях своды обычные, не нависают.

Дифференциальный диагноз проводят:

- с нарушенной трубной беременностью; при этом характерен другой анамнез, некоторые признаки беременности, которые доступны опытному врачу (синюшная шейка матки, незначительно увеличенная и мягкая матка, наличие монтгомеровых желез);

- с острым аппендицитом; признаки поражения кишечника (сухой обложенный язык, иногда вздутие живота, затруднения отхождения газов); боли могут начинаться в верхней половине живота и мигрировать в правую подвздошную область; острый аппендицит всегда дает местную клиническую картину справа, при этом характерен живот с дефансом и симптомами раздражения брюшины. При гинекологической патологии выраженного дефанса мышц нет.

Из редких причин патологии, которую необходимо отличать от апоплексии яичника, следует назвать перекрут ножки кисты яичника, пиосальпинкс, кишечную непроходимость, почечную колику и др. В каждой из названных патологий присутствует характерная клиническая картина.

ЛЕЧЕНИЕ

Цель лечения — остановка кровотечения и ликвидация его последствий, что можно произвести при лапароскопии и лапаротомии. Первый вариант более предпочтителен. При эндоскопии проводят коагуляцию, но лучше — ушивание в месте разрыва яичника. После лапаротомии проводят ушивание или резекцию яичника. Осуществляют туалет брюшной полости.

После операции необходимо провести осмотр всех органов брюшной полости. При наличии другой патологии провести надлежащее хирургическое лечение. Иногда апоплексия яичника может сочетаться с острым аппендицитом.