

СОДЕРЖАНИЕ

Авторы	4
Список сокращений и условных обозначений	5
Введение	6
1. Острые кровотечения из внутренних половых органов	8
1.1. Апоплексия яичника	8
1.2. Эктопическая (внематочная) беременность	13
1.3. Перфорация матки	36
2. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов с вовлечением брюшины	41
2.1. Острый сальпингит, сальпингоофорит, пиосальпинкс, тубоовариальный абсцесс	42
2.2. Пиосальпинкс, тубоовариальное образование	50
2.3. Пельвиоперитонит и перитонит	63
3. Разрыв капсулы опухоли яичника	77
4. Острое нарушение кровообращения внутренних половых органов	80
4.1. Перекрут ножки опухоли или кисты яичника	80
4.2. Нарушение кровообращения (некроз) миоматозного узла ...	83
5. Повреждения и ранения женских половых органов	86
5.1. Изолированные травмы женских половых органов	87
5.2. Сочетанные ранения гениталий и смежных органов	90
5.3. Объем медицинской помощи пострадавшим с травмами женских половых органов	90
6. Эндометриозная болезнь (эндометриоз)	94
Список литературы	101

1. Острые кровотечения из внутренних половых органов

1.1. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Апоплексия яичника (АЯ) — спонтанное кровоизлияние в яичник в результате разрывов сосудов (фолликулярной или кисты желтого тела, граафова пузырька, стромы яичника), возникающее во время овуляции или во второй фазе менструального цикла, характеризующееся нарушением целостности тканей и внутрибрюшным кровотечением (рис. 1).

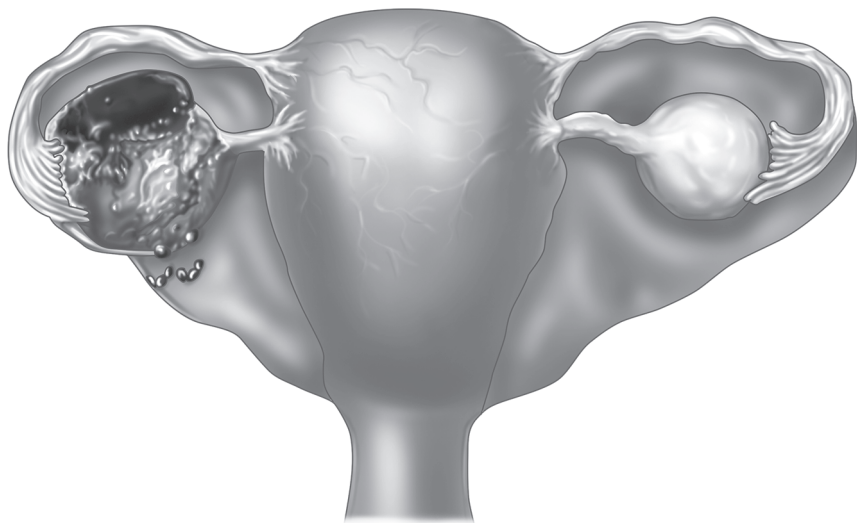


Рис. 1. Апоплексия яичника

Данная патология диагностируется у 0,5–2,5% гинекологических больных в возрастном диапазоне от 20 до 35 лет, а в структуре острых гинекологических заболеваний занимает третье место и составляет 17%.

Этиология. АЯ может возникнуть в результате эндогенных (воспалительные и спаечные процессы в малом тазу, сдавление сосудов с последующим нарушением питания, склерозированные и варикозно расширенные сосуды, аномальное расположение органов малого таза, длительный прием антикоагулянтов) и экзогенных (травма живота, влагалитное исследование, агрессивный половой акт, чрезмерные физические нагрузки, оперативное вмешательство, клизма) причин. Кроме того, разрыв может произойти во время сна и в состоянии покоя.

Патогенез. АЯ возникает вследствие изменений в сосудах и тканях яичника, которым способствуют застойная гиперемия, варикозно расширенные и склерозированные сосуды, воспалительные процессы, мелкокистозные изменения яичников. К АЯ может приводить также значительное увеличение уровня гонадотропных гормонов гипофиза во время овуляции и перед менструацией.

Кровотечению из яичника предшествует образование гематомы, которая вызывает резкие боли вследствие нарастания внутриовариального давления, затем наступает разрыв ткани яичника.

Классификация. В зависимости от клинической картины выделяют формы:

- болевую или псевдоаппендикулярную, для которой характерен болевой синдром, сопровождающийся тошнотой и повышением температуры тела. Гемодинамические показатели не страдают. Внутрибрюшное кровотечение не развивается. При возникновении апоплексии правого яичника клиническая симптоматика напоминает клинику острого аппендицита;
- анемическую, при которой преобладают симптомы внутреннего кровотечения и анемии;
- смешанную, характеризующуюся сочетанием признаков первых двух форм.

В зависимости от выраженности патологических симптомов и величины кровопотери по трем степеням тяжести различают:

- легкую — кровопотеря 100–150 мл;
- среднюю — кровопотеря 150–500 мл;
- тяжелую — кровопотеря более 500 мл.

Клиника. Для *болевой формы* АЯ характерны следующие симптомы:

- острые боли внизу живота;
- тошнота, рвота;
- нормальная температура тела;
- отсутствуют признаки внутреннего кровотечения;

- живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах, там же определяются умеренно выраженные симптомы раздражения брюшины;
- при бимануальном исследовании: матка нормальных размеров, при ее смещении отмечается болезненность; яичник увеличенный, круглый, болезненный; своды влагалища глубокие.

Анемическая форма АЯ:

- острые боли внизу живота, иррадиирующие в задний проход, наружные половые органы, крестец, во второй половине или в середине менструального цикла;
- слабость, головокружение, иногда рвота, холодный пот, обморочное состояние;
- объективно: бледность кожных покровов и слизистых оболочек, учащение пульса при нормальной температуре, снижение артериального давления, напряжение и болезненность внизу живота, положительные симптомы раздражения брюшины, притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости;
- при специальном гинекологическом исследовании: выраженный симптом «зрачка», нормальных размеров плотная матка, увеличение и резкая болезненность придатков матки на стороне поражения, нависание сводов влагалища, их резкая болезненность; болезненность при смещении шейки матки;
- в клиническом анализе крови — снижение количества эритроцитов, гемоглобина.

Диагностика. АЯ диагностируют на основании данных анамнеза, клинической картины, осмотра и результатов лабораторного исследования (гемоглобин <100 г/л, снижение гематокрита (20–25%), умеренный лейкоцитоз без выраженного сдвига нейтрофилов 9,5–15). В сомнительных случаях можно произвести кульдоцентез (рис. 2). При кульдоцентезе кровь не сворачивается, разделяется на две фракции: эритроциты и серозную жидкость.

Значительную информацию в диагностике дают ультразвуковое исследование (УЗИ) и лапароскопия.

УЗИ. Эхоскопическая картина АЯ оценивается с учетом фазы цикла и картины «поврежденного» и «неповрежденного» яичника. При апоплексии пораженный яичник нормальных размеров или незначительно увеличен, определяются жидкостные включения гипэхогенной или неоднородной структуры. Яичник увеличен, как правило, за счет желтого тела. В норме его увеличение не превышает размер преовуляторного фолликула и не приводит к объемной

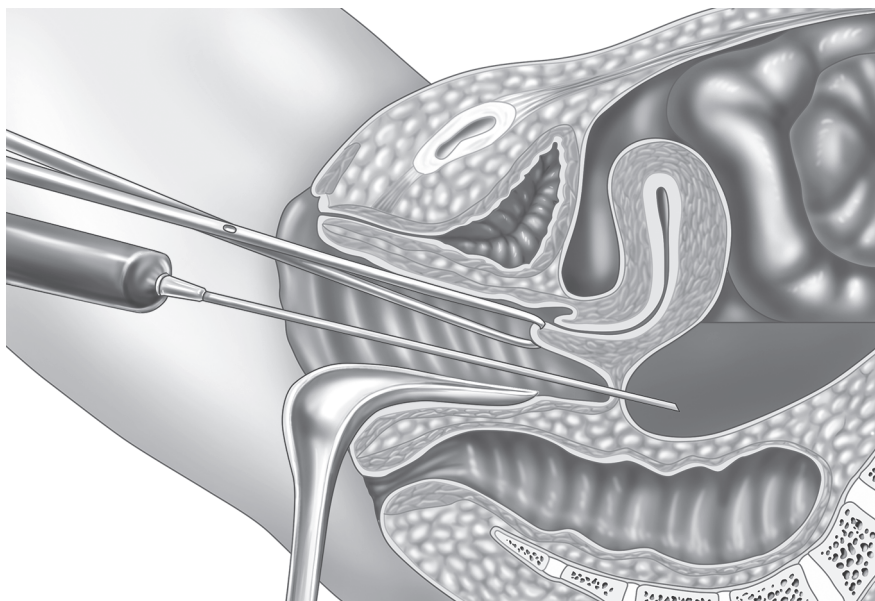


Рис. 2. Пункция заднего свода влагалища (кульдоцентез)

трансформации яичника. Кроме того, визуализируется нормальный фолликулярный аппарат яичника в виде жидкостных включений 4–8 мм в диаметре. При апоплексии в позадиматочном пространстве определяется жидкость. Ее количество пропорционально объему кровопотери (рис. 3).

Лапароскопия. В малом тазу визуализируется кровь, возможно, со сгустками; матка не увеличена в размерах, ее серозный покров розовый; в маточных трубах признаки хронического воспалительного процесса; поврежденный яичник нормальных размеров или увеличен, при разрыве кисты (фолликулярная, желтого тела) — багрового цвета; по краю яичника или кисты разрыв до 1,5 см, кровоточащий или прикрытый сгустками (рис. 4 и 5).

АЯ дифференцируют с:

- острым аппендицитом;
- кишечной непроходимостью;
- перфоративной язвой желудка;
- острым панкреатитом;
- почечной коликой;
- нарушенной трубной беременностью;

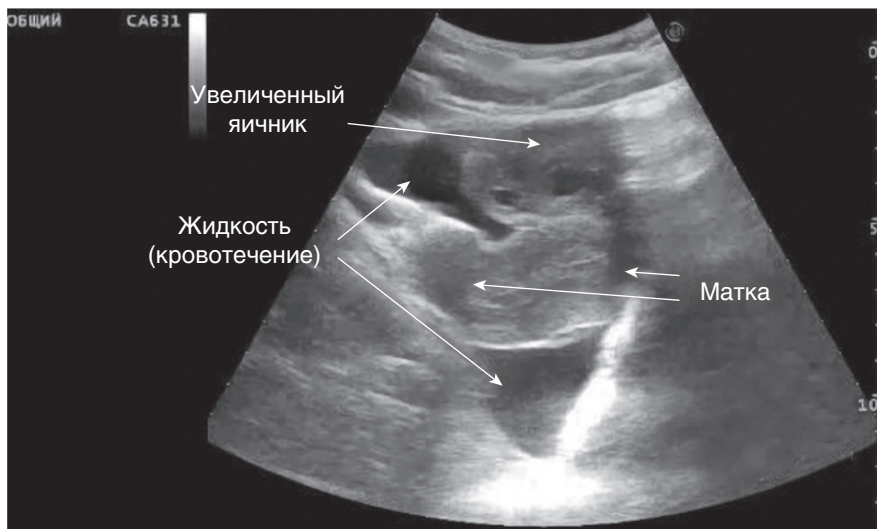


Рис. 3. Ультразвуковое исследование малого таза при апоплексии яичника

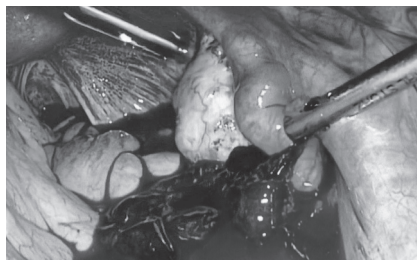


Рис. 4 и 5. Лапароскопическая картина при апоплексии яичника

- перекрутом ножки кисты яичника;
- пиосальпинксом.

В дифференциальной диагностике помогают: отсутствие задержки менструации, субъективных и объективных признаков беременности, отрицательный тест и кровь на хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), данные УЗИ, лапароскопия.

Лечение. Терапия АЯ зависит от степени выраженности внутрибрюшного кровотечения. *Анемическая форма* заболевания требует хирургического лечения, а *болеую форму* АЯ без клинических признаков нарастающего внутреннего кровотечения можно лечить консервативно в стационаре под круглосуточным наблюдением медицинского персонала.

Консервативное лечение включает: покой, холод на низ живота, лекарственные средства гемостатического действия (этамзилат 2 мл внутримышечно 2–4 раза в сутки), спазмолитики (дротаверин 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки), витамины (аскорбиновая кислота 5% 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки или внутривенно в разведении с раствором декстрозы (Глюкозы*) 40% 10 мл, витамин В₁ 1 мл внутримышечно 1 раз через день, витамин В₆ 1 мл внутримышечно 1 раз через день, витамин В₁₂ 200 мкг внутримышечно 1 раз через день). У пациенток, страдающих заболеваниями крови с нарушением гемостаза (аутоиммунная тромбоцитопения, болезнь Виллебранда), лечение следует проводить консервативными методами. После консультации гематолога проводить специфическую терапию основного заболевания: кортикостероиды, иммунодепрессанты (при аутоиммунной тромбоцитопении), инфузию криопреципитата или антигемофильной плазмы (при болезни Виллебранда), этамзилат (в обоих случаях).

В случае ухудшения общего состояния, появления объективных признаков внутреннего кровотечения или нарастания анемии показано оперативное лечение. При массивном внутрибрюшном кровотечении и кровоизлиянии в яичник иногда для надежного гемостаза прибегают к удалению яичника.

Оперативное лечение пациенток с АЯ осуществляют лапароскопическим или лапаротомным доступом. Объем операции определяется характером и степенью распространенности патологического процесса, в репродуктивном возрасте пациенток — дальнейшими их планами деторождения. Операцию выполняют максимально консервативно. Во время лапароскопии с целью гемостаза проводят ушивание или коагуляцию яичника (реже — резекцию яичника), удаляют сгустки крови. В случае разрыва желтого тела при беременности его ушивают, не производя резекцию, иначе беременность может прерваться. При массивном кровоизлиянии, полностью поражающем ткани яичника, при сочетании с другой патологией придатков (перекрут ножки кисты, маточной трубы с выраженным нарушением кровообращения) яичник удаляют.

1.2. ЭКТОПИЧЕСКАЯ (ВНЕМАТОЧНАЯ) БЕРЕМЕННОСТЬ

Эктопическая беременность (ЭБ) — патологическая беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка прикрепляется и развивается вне полости матки.

Этиология. Основные причины развития ЭБ — нарушение перистальтики цилиндрического реснитчатого эпителия в маточных трубах и повышенная активность трофобласта. Этому могут способствовать следующие факторы:

- инфекционно-воспалительный процесс в придатках матки, приводящий к формированию спаек (препятствий) на пути движущейся яйцеклетки;
- генитальный инфантилизм (недостаточное развитие половых органов) — маточные трубы узкие, извитые и длинные, что затрудняет прохождение по ним оплодотворенной яйцеклетки;
- аномалии развития половых органов;
- эндометриоз и аденомиоз;
- беременность, наступившая после хирургической стерилизации (перевязки маточных труб);
- рецидив ЭБ (после перенесенной ранее пластики труб);
- перенесенные хирургические и медикаментозные прерывания беременности, которые приводят к повреждению слизистой оболочки матки;
- дисгормональные сбои, которые приводят к рассинхронизации работы женских половых органов;
- возникновение опухолей и опухолевидных образований;
- раннее и длительное использование внутриматочной спирали;
- длительная послеродовая лактация;
- сочетанные гинекологические патологии;
- вредные и тяжелые условия труда, работа в ночную смену — нарушается работа эндокринной системы;
- курение;
- стрессы.

Патогенез. В норме оплодотворение яйцеклетки происходит в ампулярном отделе маточной трубы. Затем за счет перистальтических, маятникообразных, турбулентных движений трубы, мерцания реснитчатого эпителия эндосальпинкса оплодотворенная яйцеклетка продвигается в полость матки, где происходит имплантация плодного яйца на 20–21-й день 4-недельного менструального цикла. Нарушение физиологического транспорта оплодотворенной яйцеклетки может привести к имплантации ее вне полости матки.

При трубной беременности внедрение бластоцисты в эндосальпинкс завершается формированием плодовместилища из оболочек маточной трубы, при этом слизистая оболочка покрывает плодное яйцо со стороны просвета трубы, образуя внутреннюю капсулу плодovме-

стилица, а мышечная и серозная оболочки составляют его наружную капсулу.

Прерывание трубной беременности обусловлено неприспособленностью маточных труб к дальнейшему прогрессированию беременности, поскольку эндосальпинкс, в отличие от эндометрия, лишен трубчатых желез и дифференцировки на базальный и функциональный слои; достаточно тонкая мышечная оболочка маточных труб неспособна выдерживать воздействие прогрессирующего трофобласта, а эктопический трофобласт вследствие высокой пролиферативной активности оказывает разрушительное действие.

Процесс формирования плодместилища, характер роста трофобласта, а также патогенетические механизмы прерывания трубной беременности в значительной степени определяются морфофункциональными особенностями того отдела маточной трубы, в котором произошла имплантация бластоцисты. Максимальная степень деструкции стенки маточной трубы наблюдается, как правило, в интерстициальном и истмическом отделах и сопровождается разрушением ворсинами хориона всех оболочек. По направлению к дистальному концу трубы степень инвазии трофобласта в мышечную оболочку убывает, ограничиваясь в ампулярном отделе пределами эндосальпинкса.

При истмической локализации плодного яйца перфорация стенки трубы возникает, как правило, через 4–6 нед после оплодотворения. Интерстициальная беременность может существовать в течение более продолжительного времени (до 10–16 нед) благодаря мощной мышечной оболочке и богатому кровоснабжению этого отдела. Вместе с тем особенности васкуляризации интерстициального отдела, значительно усиленной при беременности, являются причиной массивного кровотечения при его разрыве, что представляет смертельную опасность для пациентки.

В ампулярном отделе трубы глубина инвазивного роста трофобласта ограничивается пределами слизистой оболочки, поэтому плодное яйцо располагается преимущественно в просвете маточной трубы и постепенно растягивает его. Разрыв стенки трубы в этом отделе нетипичен. Прерывание ампулярной трубной беременности происходит обычно через 4–8 нед по типу трубного аборта.

В редких случаях плодное яйцо, изгнанное из трубы, не погибает, а имплантируется в брюшной полости и продолжает развиваться (вторичная брюшная беременность). Еще реже плодное яйцо имплантируется в брюшной полости первично.

В определенных условиях возможно развитие яичниковой беременности, которая редко существует длительное время и приводит к раз-

рыву плодovместилища, сопровождающемуся значительным кровотечением.

Классификация

По локализации (рис. 6):

- трубная (97,7–99%):
 - ампулярная (60–95%);
 - истмическая (15%);
 - интерстициальная (1–3%);
- яичниковая (0,1–1,3%):
 - интрафолликулярная (яйцеклетка сливается со сперматозоидом в овулированном фолликуле);
 - эпифолликулярная (прикрепление и развитие плодного яйца на поверхности яичника);
- брюшная (0,1–1,4%) оплодотворенная яйцеклетка прикрепляется при выходе в брюшную полость к брюшине, сальнику, кишечнику, другим органам;
- шеечно-перешеечная (0,01–0,9%);
- в рудиментарном роге матки 0,1–0,9%.

По течению:

- прогрессирующая;
- трубный аборт;
- разрыв маточной трубы;
- замершая.

Клиника. Выделяют следующие клинические формы трубной беременности: прогрессирующая и нарушенная (по типу трубного аборта или по типу разрыва трубы).

Клиническая картина *прогрессирующей трубной беременности* (рис. 7 и 8):

- задержка или необычная для пациентки менструация;
- наличие физиологических признаков беременности: извращение вкуса, тошнота, слюнотечение, рвота, нагрубание молочных желез;
- удовлетворительное состояние;
- при осмотре в зеркалах — цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- при бимануальном исследовании — матка грушевидной формы, увеличена в первые 6–7 нед соответственно сроку задержки менструации, размягчение перешейка выражено слабо, можно пропальпировать увеличенную трубу.

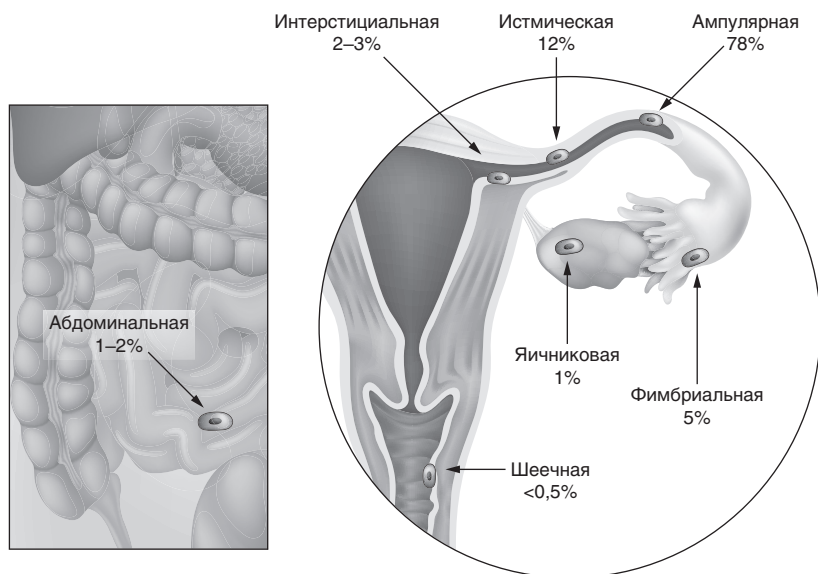


Рис. 6. Частота локализаций эктопической беременности

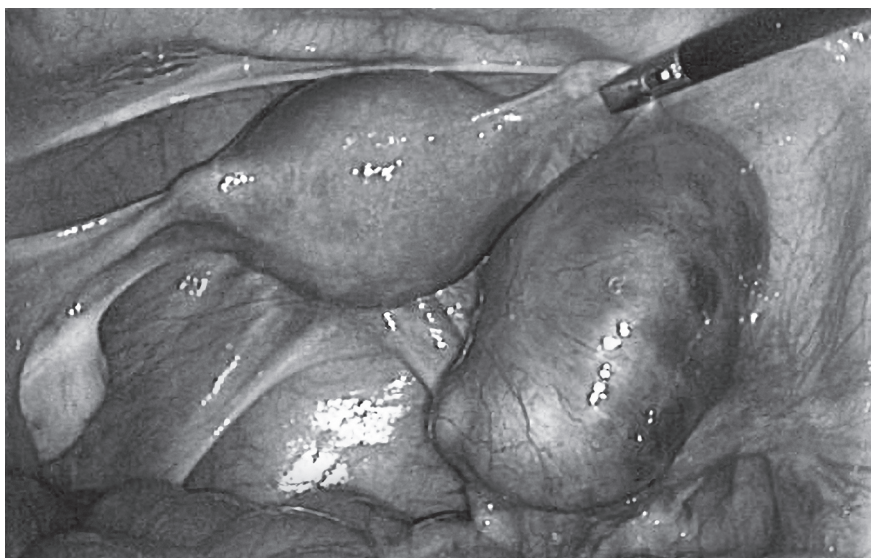


Рис. 7. Локализация плодного яйца в истмическом отделе маточной трубы

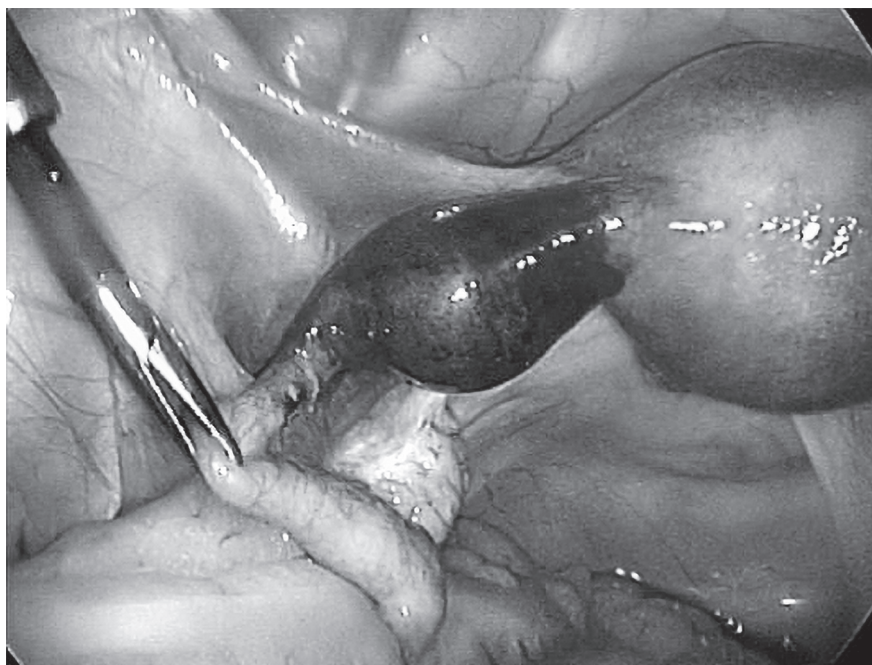


Рис. 8. Локализация плодного яйца в ампулярном отделе маточной трубы

Беременность, *нарушенная по типу разрыва трубы*, не представляет диагностических трудностей и характеризуется следующими клиническими признаками (рис. 9 и 10):

- острое начало заболевания на фоне общего благополучия;
- задержка очередной менструации от одного дня до нескольких недель;
- резкие боли в нижних отделах живота справа или слева, иррадиирующие в задний проход, под- и надключичную область, плечо, лопатку, подреберье;
- тошнота, рвота, головокружение, вплоть до потери сознания;
- прогрессивное ухудшение общего состояния пациентки, развитие геморрагического шока;
- объективно:
 - пациентка заторможена;
 - кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, конечности холодные;
 - дыхание частое, поверхностное;



Рис. 9. Правосторонняя трубная беременность — разрыв трубы

- тахикардия, пульс слабого наполнения, артериальное давление снижено;
- язык влажный, не обложен, живот несколько вздут, напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует;
- при пальпации: болезненность, симптомы раздражения брюшины в нижних отделах, особенно на стороне поражения, при перкуссии: притупление в отлогих местах;
- при осмотре в зеркалах: цианоз или бледность слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- при бимануальном исследовании: уплощение или выпячивание заднего или одного из боковых сводов, матка легко смещается, резко выраженная болезненность.

Клинические критерии постановки диагноза:

- задержка менструации;
- кровянистые выделения из половых путей скудные, темно-коричневые, появляются после приступа болей, носят упорный характер, не поддаются медикаментозным воздействиям;



Рис. 10. Разрыв угла матки плодного яйца в интрамуральном отделе

Диагностика прерывания беременности *по типу трубного аборта* представляет диагностические трудности (рис. 11).

- боли в нижних отделах живота — возникают приступообразно без видимой причины на фоне общего благополучия, имеют схваткообразный характер, иррадиируют в задний проход, плечо, лопатку, ключицу, сопровождаются слабостью, головокружением, потемнением в глазах, холодным потом, тошнотой, рвотой, жидким стулом;
- объективно:
 - в момент приступа болей — бледность кожных покровов и слизистых оболочек, умеренная тахикардия, нормальное или несколько сниженное артериальное давление, живот мягкий, не вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах на стороне пораженной маточной трубы, отсутствует напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины;
 - после приступа болей — общее состояние удовлетворительное, живот мягкий, безболезненный при пальпации, отсутствуют признаки раздражения брюшины;

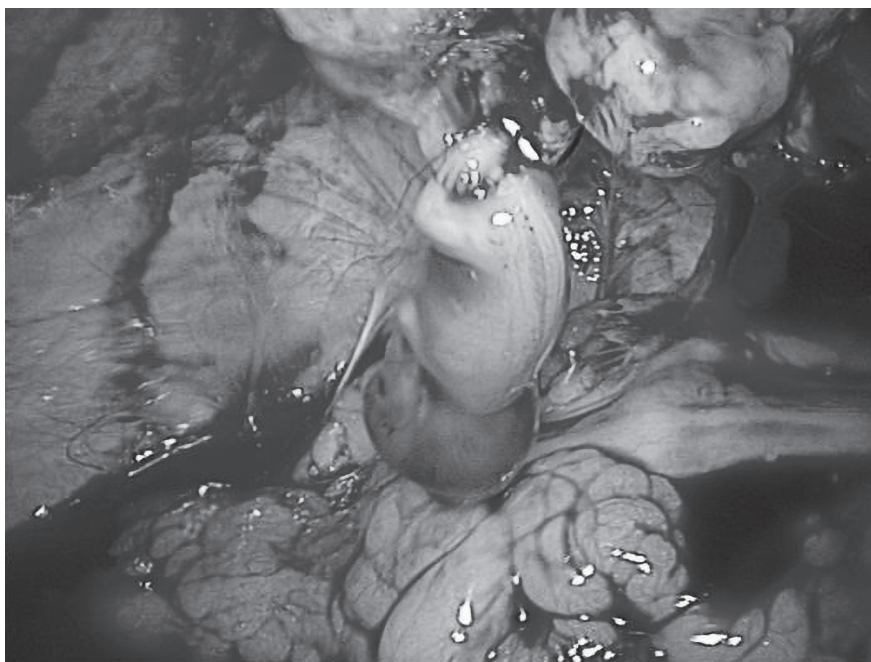


Рис. 11. Эмбрион в брюшной полости при трубном аборте

- при осмотре в зеркалах: цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, темные кровянистые выделения из цервикального канала;
- при бимануальном исследовании: матка увеличена соответственно или меньше предполагаемого срока беременности, при ее смещении отмечается резкая болезненность, в области придатков пальпируется образование колбасовидной или ретортообразной формы с четкими контурами (гематосальпинкс) или неопределенной формы без четких контуров (перитубарная гематома), ограниченно подвижное, болезненное.

При нарушенной *шеечной ЭБ* клиническая картина характеризуется массивным наружным кровотечением с быстрым нарастанием шокового состояния, изменениями шейки матки (цианоз, деформация), к счастью, она встречается 1 раз на 3000–4000 беременностей.

Диагностика. В настоящее время наибольшее значение имеют три дополнительных диагностических методики: определение хорионического гонадотропина (ХГ), УЗИ органов малого таза и лапароскопия. Выбор и выполнение алгоритмов диагностики определяются реальными возмож-

ностями практического здравоохранения и конкретного медицинского учреждения. Качественное определение ХГ в моче возможно практически в любом учреждении, тогда как количественный анализ β -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 (схема 1).

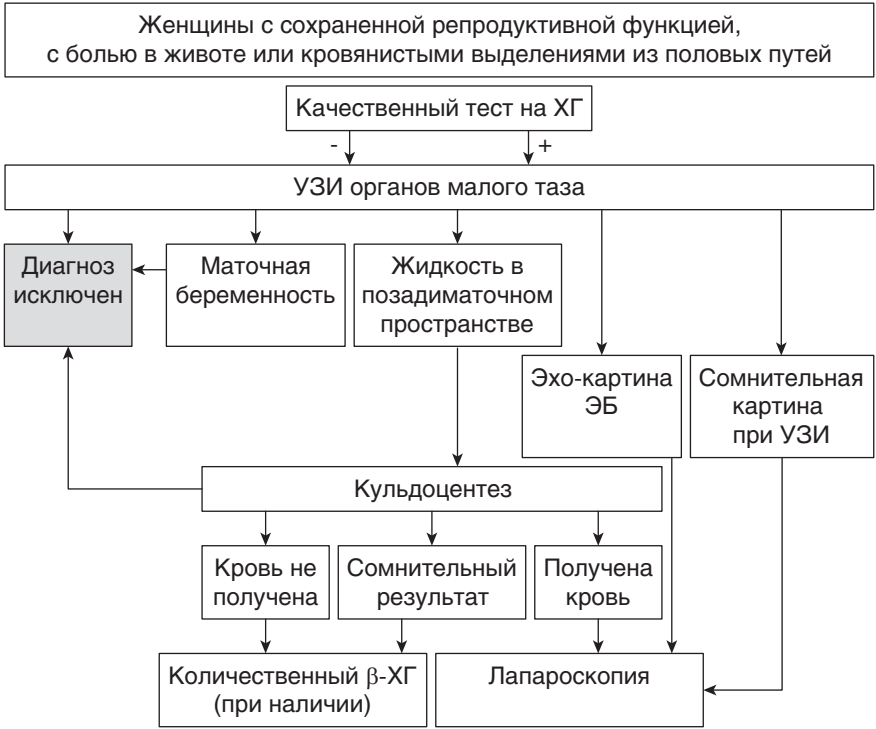


Схема 1. Минимальный алгоритм диагностики эктопической беременности

В 80% трубная ЭБ прерывается на сроке гестации 6–7 нед. УЗИ трансбдоминальным датчиком позволяет четко визуализировать плодное яйцо со срока 5–6 нед, тогда как трансвагинальное УЗИ — с 4–5 нед. Использование трансвагинальных датчиков позволяет повысить диагностическую чувствительность и специфичность метода.

Бесспорным УЗ-признаком ЭБ является обнаружение эктопического плодного яйца с признаками жизнедеятельности. В этих случаях диагноз не требует уточнения, и большой 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 позадидиматочном углублении при УЗИ является показанием для кульдоцентеза (пункции брюшной полости через задний влагалищный свод). При получении крови необходимо выполнение диагностической и лечебной лапароскопии; если пунктат серозного или серозно-геморрагического характера — назначается наблюдение с УЗ- и ХГЧ-контролем каждые последующие 2–3 сут.

При возможности количественного определения β -ХГ в сыворотке крови и доступности УЗИ и лапароскопии диагностический поиск необходимо вести в соответствии с оптимальным диагностическим стандартом. Сочетание количественного определения ХГ и УЗИ является «золотым стандартом» предоперационной диагностики ЭБ (схема 2).

Наиболее характерными **диагностическими признаками ЭБ являются следующие.**

1. Отсутствие внутриматочного плодного яйца при диагностике с использованием УЗ-трансвагинального датчика и уровне β -ХГ более 1500 мМЕ/мл.
2. Отсутствие внутриматочного плодного яйца при диагностике с использованием УЗ-трансабдоминального датчика и уровне β -ХГ более 6500 мМЕ/мл.
3. В 85% уровень β -ХГ при ЭБ ниже 5000 мМЕ/мл.
4. За 3 сут наблюдения не происходит двукратного роста титра β -ХГ в сыворотке крови либо за 2 сут — увеличения в 1,5 раза (дифференцировать прогрессирующую ЭБ с несостоявшимся выкидышем).

В табл. 2 приведены средние значения концентрации β -ХГ в сыворотке крови на различных гестационных сроках при одноплодной и многоплодной беременности.

Любые варианты «неясной» УЗ-картины не должны снимать подозрение на ЭБ, а в дифференциальной диагностике с другой ургентной патологией ведущее место занимает эндовидеохирургический метод.

Диагностическое выскабливание стенок полости матки не является методом диагностики ЭБ по причине длительности гистологического

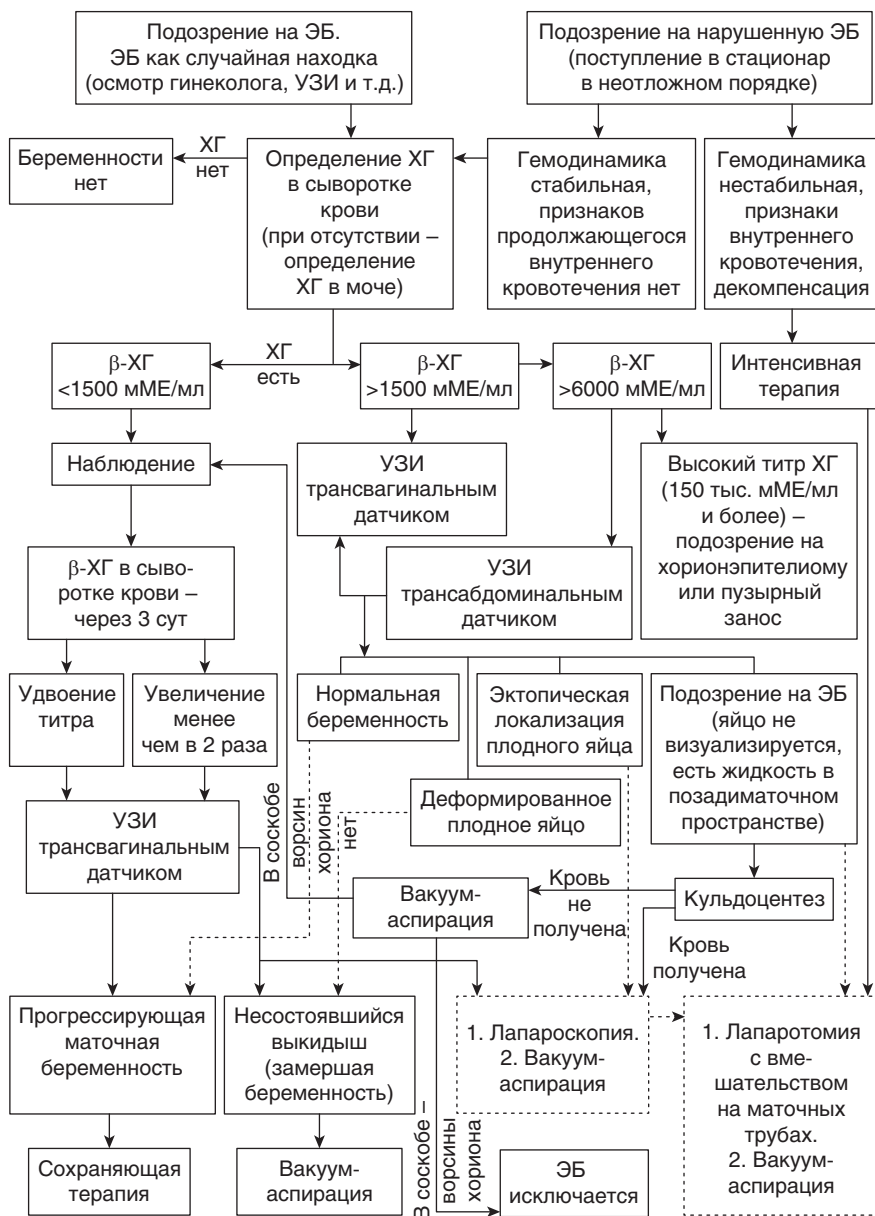


Схема 2. Оптимальный стандарт диагностики эктопической беременности

Таблица 2. Средние концентрации β -ХГ в сыворотке крови на различных сроках физиологической беременности, мМЕ/мл

Срок гестации, сут	Уровень β -ХГ, один плод	Уровень β -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	12 178

исследования материала и сравнительно низкой информативности, однако при обнаружении в соскобе эндометрия феномена Ариас–Стелла или наличия децидуальной ткани без ворсин хориона необходимо целенаправленно исключить возможное эктопическое расположение плодного яйца.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с заболеваниями, связанными и не связанными с беременностью (табл. 3).

Лечение. 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 лапароскопическим досту-

Таблица 3. Дифференциальная диагностика внематочной беременности

Диагностические мероприятия	Нозологические формы						Мочечкаменная болезнь	Острый аппендицит	Перекрут ножки опухоли яичника
	Внематочная беременность	Нарушенная маточная беременность	Острый аднексит	Апоплексия яичника	Анемическая форма	Болевая форма			
Анамнез, жалобы	Задержка менструации на 6–8 нед, субъективные признаки беременности, мажущие кровянистые выделения из половых путей	Задержка менструации различной длительности, признаки беременности, Кровотечение из половых путей различной интенсивности, часто со спутками	Подострое начало, нарастающие боли, часто после менструации, внутри-маточных вмящений	Обмороки, слабость, головозношение, позывы на дефекацию	Острые боли внизу живота, тошнота и рвота	Внезапные боли в нижней части живота (в анамнезе — опухоль яичника или субсерозная миома матки)	Острые боли в пояснице, внизу живота с иррадиацией в половые органы	Постепенно начинающиеся боли в правой подвздошной области	Внезапные боли в нижней части живота (в анамнезе — опухоль яичника или субсерозная миома матки)
Температура тела	Нормальная или субфебрильная	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная, иногда выше 39 °С	Нормальная или субфебрильная	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная	Ректальная температура выше аксиллярной	Субфебрильная	

Диагностические мероприятия	Нозологические формы						Мочечменная болезнь	
	Внематочная беременность	Нарушенная маточная беременность	Острый аднексит	Апоплексия яичника		Перекрут ножки опухоли яичника		Острый аппендицит
				анемическая форма	болевая форма			
Данные наружной пальпации живота	Признаки острого живота, особенно при разрыве маточной трубы	Возможны незначительные боли в нижней части живота. Отсутствие признаков раздражения брюшины	Часте двусторонние боли, усиливающиеся при глубокой пальпации	Вздутие и умеренная болезненность	Признаки острого живота	Прогрессирующие боли и напряжение передней брюшной стенки, часто обнаруживается опухоль внизу живота	Выраженное напряжение мышц и резкая болезненность в правой подвздошной области	Односторонние боли при давлении, иррадиирующие в наружные половые органы
Вагинальное и ректальное исследование	Матка меньше предполагаемого срока беременности. Сбоку от матки выгнутое образование. В случае разрыва	Матка увеличена соответственно сроку задержки менструации, имеет шаровидную форму	Матка не изменена, определяют резко болезненные придатки, часто с обеих сторон	Матка нормальных размеров. Пальпация придатков резко болезненная	Исследование затруднено ввиду резкой болевой реакции на смещение шейки матки	Резко болезненное образование от матки или в заднем своде	Боли при ректальном исследовании, внутренние половые органы болезненные	Изменений в половых органах не выявляется

Диагностические мероприятия	Нозологические формы						Мочечка- менная болезнь	Острый аппен- дицит	Перекрыт ножки опухоли яичника
	Внематоч- ная бере- менность	Нарушен- ная маточ- ная бере- менность	Острый аднексит	Апоплексия яичника		Острица- гельные			
				анеми- ческая форма	болевая форма				
	трубы – резкая болезнен- ность при смещении матки и/ или в зад- нем своде								
Исследо- вание гемогло- бина, гемато- крита	Снижены или быстро снижаются в динамике	Степень анемии соот- ветствует количеству крови, излившейся наружу	В норме	Степень анемизации соответствует количе- ству крови, излившейся в брюшную полость		В норме	В норме	В норме	
Тесты на бере- менность (ХГЧ)	Положи- тельные или сомни- тельные	Положи- тельные	Острица- гельные	Острицагельные		Острица- гельные	Острица- гельные	Острица- гельные	

Диагностические мероприятия	Нозологические формы						Мочекаменная болезнь	Острый аппендицит	Перекрут ножки опухоли яичника
	Внематочная беременность	Нарушенная маточная беременность	Острый аднексит	Апоплексия яичника анемическая форма	Болевая форма	Яичник			
Лейкоцитарная формула	В норме или значительный лейкоцитоз	В норме	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) более 4	В норме	Болевая форма	В начале в норме, в динамике лейкоцитоз	Выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево	В норме	
Ультразвуковое исследование	Не всегда убедительно. Определяется свободная жидкость в брюшной полости (кровь)	Наличие плодного яйца в полости матки или его остатков	Увеличенные придатки. В просвете трубы инородная гной	Наличие свободной жидкости в брюшной полости	Опухоль сбоку от матки	—	—	—	

Диагностические мероприятия	Нозологические формы						Мочечемная болезнь	Острый аппендицит	Перекрыт ножки опухоли яичника	Неизменный эндометрий
	Внематочная беременность	Нарушенная маточная беременность	Острый аднексит	Анемическая форма	Болевая форма	Яичника				
Пункция заднего свода влагалища	Кровь со сгустками	—	Гной или серозная жидкость	Кровь со сгустками	Кровь или серозно-геморрагическая жидкость	Незначительное количество серозной жидкости	—	—	—	
Диагностическое выскабливание стенок полости матки	Децидуальная ткань без элементов хорiona	Остатки плодного яйца	Неизменный эндометрий	—	—	Неизменный эндометрий	—	—	—	

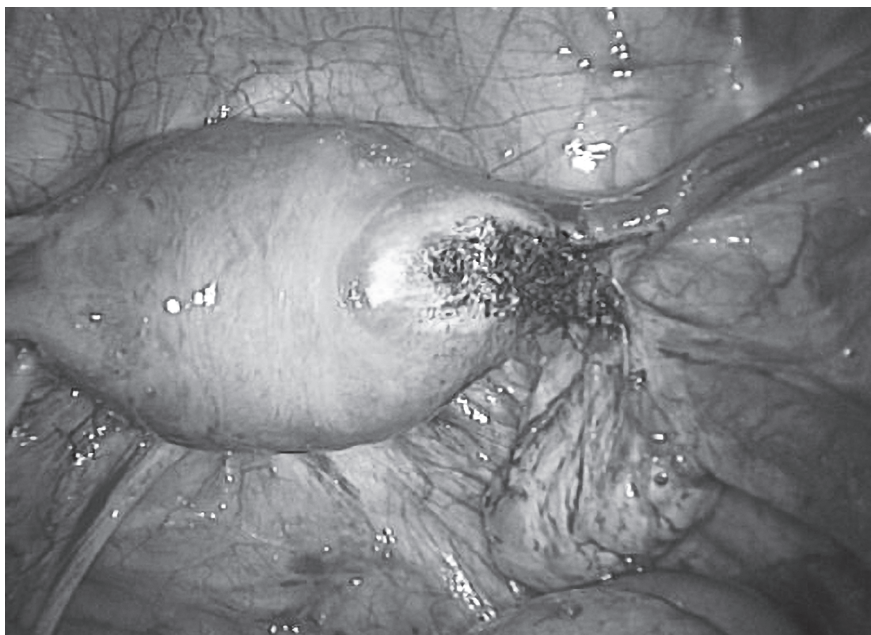


Рис. 12. Угол матки после иссечения маточной трубы

пом или с использованием лапароскопической техники. Оптимальным методом лечения внематочной беременности считается сальпингоэктомия (одностороннее удаление маточной трубы) (рис. 12).

Показаниями к хирургической лапароскопии у пациенток с внематочной беременностью являются: прогрессирующая трубная, яичниковая беременность, нарушенная трубная (трубный аборт, разрыв маточной трубы в ампулярном или истмическом отделе), яичниковая беременность при стабильной гемодинамике; противопоказаниями — локализация плодного яйца в рудиментарном роге матки, шейке матки, интерстициальном отделе маточной трубы, гемоперитонеум более 700–1000 мл, размеры плодного яйца более 6–8 см в диаметре, выраженный спаечный процесс.

В некоторых случаях возможно сохранение маточной трубы. Показаниями для органосохраняющих операций при трубной беременности являются: отсутствие одной маточной трубы (например, после перенесенной в прошлом операции по поводу внематочной беременности), неполноценность второй трубы, бесплодие, возраст моложе 35 лет, заинтересованность пациентки в сохранении репродуктивной функции.

При наличии показаний органосберегающие операции могут быть выполнены при соблюдении определенных условий: удовлетворительное общее состояние пациентки с компенсированной кровопотерей в момент хирургического вмешательства; состояние здоровья пациентки, не препятствующее в будущем доношиванию беременности и родам; минимальные изменения маточной трубы; достаточная квалификация хирурга; наличие необходимого инструментария и шовного материала.

При прогрессирующей трубной беременности применяются следующие операции:

- выдавливание (milking) — при локализации плодного яйца в ампулярном отделе трубы;
- сальпинготомия — выполняется при расположении плодместилища в ампулярном или истмическом отделах трубы (рис. 13). Проводится продольное рассечение стенки маточной трубы над плодместилищем с последующим удалением плодного яйца. Разрез, как правило, не ушивают;
- сегментарная резекция маточной трубы, при которой удаляют сегмент трубы, несущий плодное яйцо, после чего выполняют анастомоз двух концов трубы.

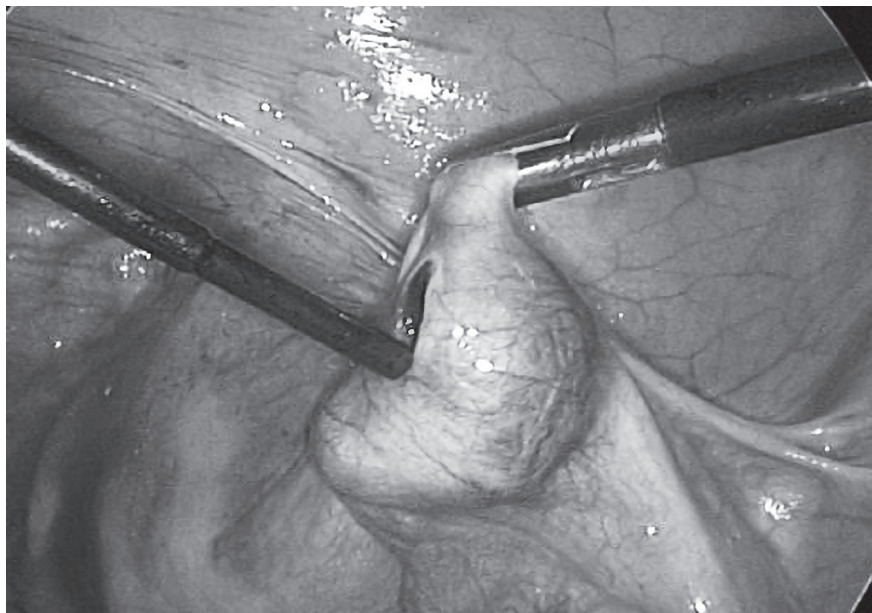


Рис. 13. Лапароскопическая туботомия

Тяжелое состояние больной, наличие выраженных гемодинамических нарушений (гипотония, гиповолемия, гематокрит меньше 30%) являются абсолютными показаниями для лапаротомного вмешательства с удалением вовлеченной маточной трубы (схема 3) и проведения противошоковой терапии.

Угрожающее жизни состояние требует проведения оперативного вмешательства в три этапа:

- чревосечение (наиболее быстрым для хирурга способом) и остановка кровотечения наложением зажимов на мезосальпинкс и маточный конец трубы (рис. 14);
- реанимационные мероприятия (включающие восстановление объема циркулирующей крови и при возможности реинфузию крови после отрицательной пробы на гемолиз при помощи специального аппарата);
- продолжение операции.

Шеечная беременность в большинстве случаев требует выполнения эмболизации маточных артерий, химиотерапии метотрексатом, выскабливания цервикального канала при отсутствии эффекта гистерэктомии (рис. 15).

Консервативные методы лечения эктопической беременности. В большинстве случаев при консервативном ведении пациенток с внематочной беременностью используют метотрексат, реже — калия хлорид, гипертонический раствор декстрозы (Глюкозы*), препараты простагландинов, мифепристон. Лекарственные препараты применяют парентерально и местно (вводят в маточную трубу через боковой свод влагалища под контролем УЗИ, при лапароскопии или трансцервикальной катетеризации маточной трубы).

Метотрексат — противоопухолевое средство группы антиметаболитов. При внематочной беременности препарат вводят в низких дозах, не вызывающих тяжелых побочных реакций (лейкопения, тромбоцитопения, апластическая анемия, язвенный стоматит, диарея, геморрагический энтерит, алопеция, дерматит, повышение активности печеночных ферментов, гепатит, пневмония). Если планируется несколько инъекций метотрексата, назначают его антидот — кальция фолинат.

Метотрексат применяют по 1 мг/кг в сутки внутримышечно через день, кальция фолинат — по 0,1 мг/кг в сутки внутримышечно через день, начиная со 2-го дня лечения. Введение метотрексата прекращают, когда уровень β -субъединицы ХГ в сыворотке крови снижается на 15% в сутки. Кальция фолинат вводят последний раз на следующий день после отмены метотрексата. По окончании



Схема 3. Лечебный алгоритм при эктопической беременности

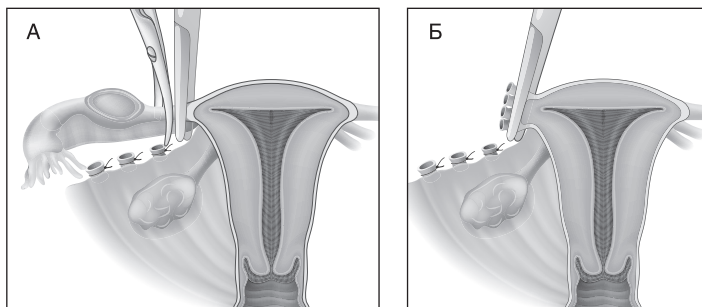


Рис. 14. Удаление трубы: А — пересечение трубы; Б — труба отсечена

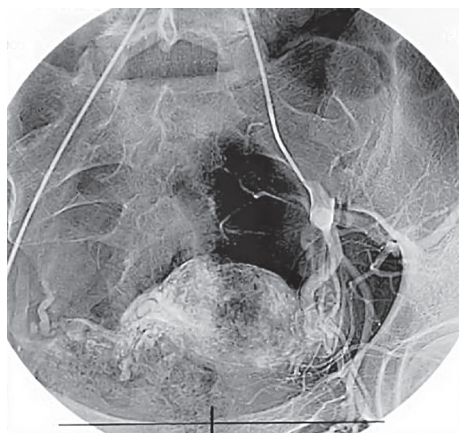


Рис. 15. Эмболизация ветвей маточной артерии при шейечной беременности

лечения по указанной схеме содержание β -субъединицы ХГ определяют еженедельно до его нормализации. Если этот показатель перестал снижаться или отмечается его повышение, метотрексат назначают повторно. Эффективность лечения по указанной схеме составляет 96%.

Условия применения метотрексата: прогрессирование трубной беременности, размер плодного яйца не более 2–4 см.

Показания для назначения метотрексата включают:

- повышенный уровень β -субъединицы ХГ в сыворотке крови после органосохраняющей операции на маточной трубе, выполненной по поводу внематочной беременности;

- стабилизацию или повышение содержания β -субъединицы ХГ в сыворотке крови в течение 12–24 ч после раздельного диагностического выскабливания или вакуум-аспирации, если размер плодного яйца в области придатков матки не превышает 3,5 см;
- определение при трансвагинальном УЗИ плодного яйца в области придатков матки диаметром не более 3,5 см при уровне β -субъединицы ХГ в сыворотке крови более 2000 МЕ/л при отсутствии плодного яйца или скопления жидкости в полости матки.

Пациентку наблюдают в стационаре. При выраженной длительной боли внизу живота регулярно определяют показатели гемодинамики, гематокрита, производят трансвагинальное УЗИ, которое позволяет уточнить, не произошел ли разрыв трубы. Оценивать результаты УЗИ при внематочной беременности следует осторожно, поскольку скопление жидкости в прямокишечно-маточном углублении наблюдается как при развивающейся, так и при прервавшейся ЭБ. При быстром снижении гематокрита или нарушениях гемодинамики показано хирургическое лечение. После терапии метотрексатом рекомендуется применение контрацепции в течение 3 мес.

1.3. ПЕРФОРАЦИЯ МАТКИ

Перфорация матки (от лат. *perforatio*; «пробуравливание»; синоним — прободение) — это травматическое повреждение матки ятрогенного или криминального происхождения, характеризующееся возникновением дефекта в матке.

Ее диагностируют вследствие внутриматочных вмешательств у 1% пациенток, при этом у 0,7% — как следствие искусственного аборта, диагностического выскабливания, гистероскопии, у 0,3% — как следствие введения внутриматочного контрацептива.

Этиология. Главной причиной перфорации матки является нарушение техники проведения внутриматочного оперативного вмешательства:

- диагностического выскабливания полости матки;
- медицинского аборта;
- выскабливания полости матки по поводу неразвивающейся беременности, самопроизвольного выкидыша;
- гистероскопии;
- введения внутриматочной спирали.

Факторами риска возникновения перфорации матки могут быть:

- острый и хронический эндометрит;
- рубец на матке после оперативных вмешательств;
- многочисленные и недавние (до 6 мес) операции на матке;
- проведение искусственного аборта после 12 нед беременности;
- гипоплазия матки;
- миома матки;
- возрастные изменения матки, возникающие в постменопаузе;
- выраженная ретроверсия матки;
- рак эндометрия.

Патогенез. Повреждающим фактором при перфорации матки становится медицинский инструмент или приспособление (например, внутриматочная спираль). Самыми опасными являются повреждения, нанесенные кюреткой и абортангом, так как эти инструменты имеют острые края, и перфорация часто осложняется повреждением других внутренних органов. Расширитель Гегара имеет закругленный конец, поэтому вероятность повреждения внутренних органов минимальна.

Перфорация матки может происходить на любом этапе операции: зондирование матки, расширение цервикального канала, опорожнение полости.

Классификация. Перфорация матки может быть:

- 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 — серозная оболочка матки остается неповрежденной.

Клиническая картина. Симптомами перфорации матки являются:

- резкая боль в нижней части живота;
- мажущие кровянистые выделения из влагалища;
- слабость, головокружение;
- повышение температуры тела;
- снижение артериального давления;
- бледность кожи;
- тахикардия.

Если перфорация неполная или отверстие прикрыто каким-либо органом малого таза или брюшной полости, клиническая картина может быть стертой: признаки патологии выражены слабо или практически отсутствуют.

Перфорации, произведенные маточным зондом, не сопровождаются обильным кровотечением и травмами смежных органов, поэтому представляют наименьшую опасность.

При перфорации расширителями Гегара перфорационное отверстие локализуется в надвлагалищной части шейки матки, перешейке и в нижнем отделе матки, часто наблюдаются внутрибрюшное кровотечение или гематома между листками широкой связки матки.

Перфорации кюреткой и абортцангом являются наиболее опасными, так как перфорационное отверстие располагается в верхней части матки, может иметь значительные размеры, сопровождается обильным внутрибрюшным кровотечением, травматизацией органов брюшной полости (рис. 16).

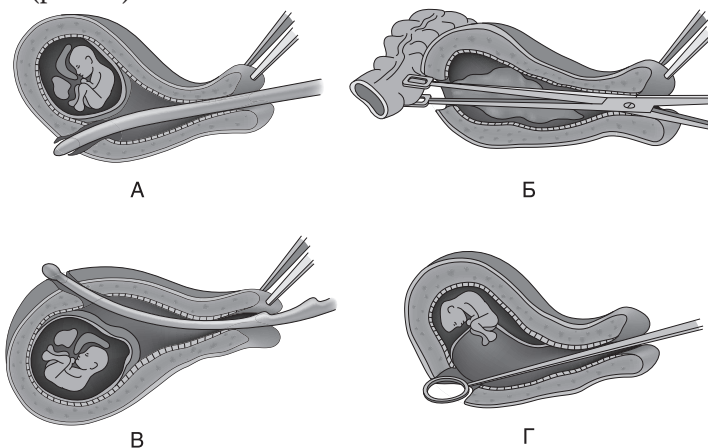


Рис. 16. Перфорация матки различными гинекологическими инструментами (А–Г)

Диагностика. Данный диагноз выставляют на основании:

- анамнеза заболевания (наличие факта установки внутриматочной спирали или проведение выскабливания полости матки);
- жалоб;
- анамнеза жизни (возраст);
- акушерско-гинекологического анамнеза: частые или недавние выскабливания полости матки, рубец на матке после операции, миома матки, перенесенные воспалительные заболевания матки, рак матки, патология положения матки;
- данных осмотра:
 - бледность кожных покровов, холодный пот, тахикардия, снижение артериального давления, напряжение передней брюшной стенки при пальпации;

- при проведении выскабливания полости матки инструмент внезапно уходит на большую глубину, не встречая сопротивления стенки матки;
- при осмотре в зеркалах в случае перфорации матки внутриматочной спиралью не видны ее нити в шейке матки; при их наличии попытка ее удаления становится невозможной;
- при перфорации матки во время проведения гистероскопии расширитель гистероскопа входит на большую глубину, которая превышает глубину полости матки по зонду; не удается поддерживать нужное давление в полости матки при исследовании; могут быть видны петли кишечника или брюшина;
- данных дополнительных методов исследования:
 - УЗИ органов малого таза: в малом тазу визуализируется свободная жидкость; можно определить положение внутриматочной спирали;
 - гистероскопии, позволяющей определить наличие и положение в полости матки внутриматочной спирали;
 - лапароскопии, которая дает возможность выявить повреждения органов брюшной полости.

Лечение. Во всех случаях перфорации матки или при подозрении на нее показана немедленная госпитализация пациентки в гинекологический стационар. На догоспитальном этапе обязательны: холод на низ живота, инфузионная терапия (объем и компоненты зависят от общего состояния пациентки).

При перфорации матки маточным зондом, а также в случае отсутствия клинических (тахикардия, снижение артериального давления, симптомы раздражения брюшины) и УЗ-признаков внутреннего кровотечения возможна выжидательная тактика: холод на низ живота, сокращающие матку лекарственные средства, динамическое наблюдение, УЗ-контроль.

При перфорации матки во время проведения аборта расширителем Гегара большого размера, абортцангом или кюреткой во всех случаях показано хирургическое лечение лапароскопическим или лапаротомическим доступом.

Объем оперативного вмешательства:

- при небольшом размере отверстия в стенке матки — ушивание дефекта после иссечения его краев;
- при множественных, обширных повреждениях с выраженным кровотечением — ампутация или экстирпация матки;

- при обнаружении на лапароскопии повреждений органов брюшной полости — лапаротомия, консультация хирурга и/или уролога в зависимости от локализации повреждения.

При проникновении внутриматочного контрацептива в брюшную полость необходимо удалить его хирургическим путем, так как длительное пребывание внутриматочного контрацептива в брюшной полости приводит к пролежням, развитию воспалительного и спаечного процесса, кишечной непроходимости. Во время операции тщательно осматривают матку и в зависимости от обнаруженных изменений решают вопрос об объеме оперативного вмешательства. Некротические и воспалительные изменения стенки матки являются показанием к ее удалению. В послеоперационном периоде показана превентивная антибактериальная терапия.

Осложнения и последствия перфорации матки:

- кровотечение;
- прорободение соседних органов — кишечника, сальника, яичников, мочевого пузыря;
- перитонит;
- гематома в соседних органах (например, в тазовых связках);
- летальный исход.

Профилактика перфорации матки включает:

- планирование беременности с целью исключения нежелательных беременностей и предотвращения абортот;
- учет отягощенного анамнеза (частые аборты, рубцы на матке после операций, преклонный возраст, злокачественные опухоли матки и др.) при проведении выскабливания полости матки;
- соблюдение правил проведения внутриматочных операций:
 - предварительное бимануальное исследование матки для определения ее размеров и положения в малом тазу;
 - использование зонда для предварительного определения длины матки;
 - проведение искусственного аборта на сроке до 12 нед беременности;
 - наложение пулевых щипцов на шейку матки для выпрямления угла между телом матки и ее шейкой;
 - бережное расширение шеечного канала;
 - адекватное обезболивание операции;
- соблюдение правил введения внутриматочной спирали, регулярное посещение врача-гинеколога после ее постановки.