

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



КАФЕДРА АКУШЕРСТВА, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ

ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ

Методические указания к практическому занятию по теме «Острый живот в гинекологии» для студентов 5 курса лечебного и педиатрического факультетов.

КРАСНОДАР, 2017

УДГ 618.31-06(075.8)

ББК 57.1

О - 79

Составители: Сотрудники кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России:

доцент, к.м.н. Томина О.В.

доцент, к.м.н. Баширов Э.В.

ассистент Вусик И.Ф.

Под редакцией заведующей кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

профессора, д.м.н. Куценко И.И.

Рецензенты: Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ д.м.н. Карахалис Л.Ю

Главный врач МБУЗ Роддом, г.Краснодар, профессор, д.м.н. Сторожук А.П.

Методическое указание составлено с учетом требований ФГОС ВО.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, протокол №7 от 13.03.2017 г.

Предисловие

Цель данных методических указаний – ознакомление студентов с современными представлениями об этиологии, факторах риска, классификациях, характеристиках острых клинических синдромов гинекологии, клинике, диагностике, принципах лечения. Содержащаяся в методических указаниях информация необходима для освоения дисциплины «Акушерство и гинекология», успешной практической деятельности акушеров-гинекологов и врачей других специальностей.

Методические указания содержат теоретический материал, ситуационные задачи, тесты для контроля уровня знаний, список основной и дополнительной литературы.

Предназначены для студентов 5 курса лечебного и педиатрического факультетов медицинских ВУЗов.

Список сокращений

АД – артериальное давление

ХГЧ – хорионический гонадотропин человека

УЗИ – ультразвуковое исследование

УВЧ – ультравысокочастотная терапия

ВМС – внутриматочная спираль

СОЭ – скорость оседания эритроцитов

СП – скорая помощь

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

МП- мочеполовые пути

СЗП – свежзамороженная плазма

Введение

Острый живот – клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Ведущий признак острого живота – внезапное появление постоянной или схваткообразной боли, локализованной или распространенной по всему животу. Существенную роль играют изучение анамнеза заболевания и его осложнений, тщательный осмотр и наблюдение за поведением больной. Острый живот относится к разряду неотложных состояний. Неотложные состояния – состояния угрожающие жизни и здоровью, а, следовательно, требующие на всех этапах проведения срочных лечебных мероприятий. Некоторые гинекологические заболевания требуют оказания неотложной помощи, так как промедление может привести к тяжелым осложнениям и даже смерти.

Главной задачей врачебной помощи на догоспитальном этапе является стабилизация состояния больных, адекватные лечебные мероприятия, следующие за быстро и грамотно проведенной дифференциальной диагностикой и постановкой окончательного диагноза. Только при соблюдении принципа преемственного лечения на всех этапах удастся повысить уровень оказания медицинской помощи и как следствие предупредить развитие осложнений, снизить смертность, повысить шансы больной на полное выздоровление и качество жизни.

Тема: «Острый живот в гинекологии».

Цель занятия: научить студента обосновывать диагноз, определять план обследования и лечения больных с симптомами острых гинекологических заболеваний.

Требования к уровню усвоения материала:

Студент должен знать: частоту, патогенез, клинические проявления острых гинекологических заболеваний, тактику лечения.

Студент должен уметь: решать ситуационные задачи по теме занятия, проводить анализ архивных историй болезни.

Практические навыки: произвести гинекологическое исследование, расшифровать данные дополнительных методов исследования

Этапы занятия и их краткое содержание

1	Введение	10 мин	Определение актуальности изучаемой проблемы
2	Предварительный контроль и коррекция исходного уровня знаний	20 мин	Выяснение исходного уровня знаний студентами данной темы методом письменного тестирования с использованием тесов 1 уровня
3	Самостоятельная работа по усвоению темы	50 мин	Самостоятельное решение студентами ситуационных задач 2-3 уровня сложности методом «малых групп» с последующим

			письменным обоснованием диагноза, назначением плана обследования и лечения
4	Текущий контроль и коррекция результатов усвоения	30 мин	Разбор клинических задач
5	Работа у постели больного под контролем преподавателя, освоение практических навыков	40 мин	Курация гинекологических больных
6	Клинический разбор историй болезни, задания для самостоятельной работы	30 мин	Выделение ведущих симптомов. Составление обоснования диагноза, плана обследования, лечения гинекологических больных и мер по профилактике
7	Итоговый контроль уровня усвоения материала	30 мин	Обсуждение выполненной практической работы, коррекция ошибок
8	Заключение и задание на дом	10 мин	Подведение итогов занятия и задание на дом

Краткая теоретическая часть

Внематочная беременность.

Все случаи развития плодного яйца вне полости матки являются тяжелой патологией, которая, несмотря на все достижения современной практической гинекологии, представляет непосредственную угрозу не только здоровью, но и жизни женщины.

Внематочная беременность является одной из главных причин внутреннего кровотечения у женщин репродуктивного возраста.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

1.Трубная

А) ампулярная

Б) истмическая

В) интерстициальная

2. Яичниковая

А) развивающаяся на поверхности яичника

Б) развивающаяся внутри фолликула

3. Брюшная

А) первичная (имплантация первоначально происходит на париетальной брюшине, органах брюшной полости)

Б) вторичная (прикрепление плодного яйца в брюшной полости после изгнания его из маточной трубы).

Среди всех видов внематочной беременности принято различать часто и редко встречающиеся формы. К первым относят ампулярную и истмическую локализации трубной беременности. К редким формам внематочной беременности относят интерстициальную, яичниковую и брюшную.

ЭТИОЛОГИЯ.

Имплантация плодного яйца вне полости матки может происходить вследствие нарушения транспортной функции маточных труб, а также в связи с изменением свойств самого плодного яйца. Чаще всего нарушение функции трубы связано с воспалительными процессами любой этиологии. Преобладающую роль играет неспецифическая инфекция, распространению которой способствуют аборт, внутриматочная контрацепция, внутриматочные диагностические вмешательства, осложненное течение родов и послеродового периода, перенесенный аппендицит. Также выявлена высокая частота гонорейного и хламидийного инфицирования женщин, оперированных по поводу эктопической беременности. Основу патогенеза внематочной беременности составляют нарушения физиологического транспорта оплодотворенной яйцеклетки. Среди этиологических факторов внематочной беременности можно выделить следующие: воспалительные заболевания внутренних половых органов, которые приводят к нарушению проходимости, повреждению нервно-мышечного аппарата маточной трубы и нейроэндокринным нарушениям. При воспалении эндосальпинкса возникают отек, изъязвления эпителия, формируется непроходимость. Воспаление матки и придатков приводит к нарушению физиологической секреции, обеспечивающей нормальную жизнедеятельность яйцеклетки.

Постоянно возрастает роль оперативных вмешательств на маточных трубах в структуре причинных факторов, ведущих к возникновению внематочной беременности. Даже внедрение микрохирургии не исключает подобной опасности.

КЛИНИКА

Имплантация плодного яйца происходит там, где оно оказывается к тому моменту, когда трофобласт начинает свою ферментативную активность. Ворсины хориона внедряются в стенку трубы, при этом мышечный слой гипертрофируется. Маточная труба принимает веретенообразную форму, на 4-6 неделе беременность прерывается, иногда она прогрессирует до 8 недель. Прерывание трубной беременности происходит вследствие нарушения целостности плодместилища. Различают прогрессирующую и прервавшуюся трубную беременность. Прогрессирующую трубную беременность в ранние сроки диагностировать трудно, так как при этом в организме возникают изменения, свойственные беременности. Иногда наблюдаются задержка менструации, тошнота, нагрубание молочных желез, цианоз влагалища и шейки матки. Матка за счет наличия децидуальной оболочки и гипертрофии мышечных элементов увеличивается и размягчается. При бимануальном исследовании удается пальпировать некоторую тестоватость в области придатков матки. Лабораторно: в крови будет определяться хорионический гонадотропин человеческий.

Прервавшаяся трубная беременность может протекать либо по типу трубного аборта, либо по типу разрыва маточной трубы. При разрыве трубы внезапно возникают боли внизу живота, в паху, иногда иррадиирующие в плечо или лопатку (френикус-симптом, обусловленный раздражением диафрагмального нерва), холодный пот, снижение АД, потеря сознания, слабый частый пульс, тошнота, бледность кожного покрова и слизистых оболочек, цианоз лица. Живот болезнен при пальпации, больше с той

стороны, где произошел разрыв трубы. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. При перкуссии определяется притупление звука в отлогих частях живота. Температура тела нормальная. По мере увеличения кровопотери развивается тяжелый постгеморрагический коллапс. При влагалищном исследовании обнаруживаются незначительные кровянистые выделения, матка увеличена, размягчена, подвижна более чем обычно. В области придатков имеется пастозность или пальпируется опухолевидное образование, задний свод иногда уплощен. Отмечается резкая болезненность при попытке смещения шейки матки кпереди и резкая болезненность заднего свода влагалища.

В случае прерывания беременности по типу трубного аборта имеют место приступообразные боли внизу живота, чаще на стороне «беременной» трубы, кровянистые выделения из половых путей. Часто возникают кратковременные обморочные состояния. При влагалищном исследовании пальпируются слегка увеличенная, мягкой консистенции матка и опухолевидное образование в области придатков, болезненное при пальпации, ограниченное в подвижности. В некоторых случаях определяются уплощение бокового и заднего сводов влагалища. Болезненность при смещении шейки матки кпереди и болезненность при пальпации заднего свода влагалища выражены значительно слабее, чем при разрыве трубы. При гистологическом исследовании соскоба слизистой оболочки тела матки в связи с кровянистыми выделениями выявляется наличие децидуальной ткани без элементов хориона. Прерывание беременности по типу трубного аборта иногда протекает довольно длительно (в некоторых случаях осложняется нагноением). Приступы болей и головокружений, кровянистые выделения продолжаются. При скоплении свободной крови в брюшной полости выражен феникус-симптом.

ДИАГНОСТИКА

Для уточнения диагноза трубной беременности существуют многочисленные дополнительные методы исследования, наиболее информативными являются следующие:

- Определение в сыворотке крови или в моче хорионического гонадотропина, начиная с 7-8-го дня после оплодотворения. Все лабораторные методы диагностики ХГЧ высокоспецифичны, однако они устанавливают лишь факт существования беременности без уточнения ее локализации, поэтому могут быть использованы для проведения дифференциального диагноза с воспалительными процессами в придатках, апоплексией яичника и другими заболеваниями.
- Ультразвуковое исследование является широко распространенным неинвазивным методом, который в сочетании с ХГЧ может обеспечить высокую диагностическую точность. Этот метод используется, чтобы выявить наличие у пациентки маточной или внематочной беременности. Визуализация плодного яйца в полости матки часто позволяет убедиться в отсутствии у пациентки эктопической беременности. Исключение составляют случаи гетеротопической беременности, встречающиеся в общей популяции довольно редко (1:30000). Однако УЗИ придатков матки следует производить, несмотря на выявление у пациентки маточной беременности. Это особенно важно для больных, которым производилась стимуляция функции яичников с целью терапии бесплодия, так как риск гетеротопической беременности возрастает многократно. Трансвагинальное ультразвуковое сканирование имеет высокую разрешающую способность. Прогрессирующая беременность может быть диагностирована уже с 1,5-3 недельного срока, при этом диаметр плодного яйца составляет 4 мм. Сердечная деятельность эмбриона определяется с 3,5 недель беременности. Важным представляется определение на стороне эктопической беременности яичника, который может быть кистозно

изменен. Ультразвуковое исследование позволяет обнаружить даже минимальное количество жидкости (при трубной беременности – крови) в брюшной полости. Проведение прицельного кульдоцентеза (пункция Дугласова пространства под контролем УЗИ) повышает эффективность исследования в 1,5-2 раза, позволяя своевременно диагностировать наличие минимального внутрибрюшного кровотечения. Наиболее достоверным УЗ-критерием внематочной беременности является обнаружение вне полости матки плодного яйца с живым эмбрионом: визуализируется сердечная деятельность, а при сроке более 7 недель – двигательная активность. Диагностическая ценность трансвагинальной ультразвуковой диагностики при подозрении на внематочную беременность достигает 88-98%.

- Лапароскопия является наиболее точным, надежным и информативным методом выявления эктопической беременности. Диагностическую лапароскопию производят при недостаточной информативности клинического и ультразвукового методов исследования, причем чаще всего в случаях, когда не удается уточнить характер имеющейся в брюшной полости жидкости.

Этот метод дает возможность визуально определить состояние матки, яичников, труб, объем кровопотери, локализацию эктопического плодного яйца, оценить характер течения беременности (прогрессирующая или нарушенная), а во многих случаях — провести оперативное лечение. При лапароскопии прогрессирующая трубная беременность выглядит в виде веретенообразного утолщения синюшно-багрового цвета одного из отделов трубы. Величина трубы зависит от срока беременности. Сосуды широкой связки, мезосальпинкса и мезовариума значительно расширены на стороне поражения. Перитонеальная жидкость не изменена. При нарушении целостности трубы в ней видно одно или несколько отверстий неправильной формы с изъеденными краями. На стенке трубы могут быть кровоизлияния, из ее

просвета может вытекать темная кровь. В заднем своде скапливается жидкая темная кровь с наличием сгустков. Если плодное яйцо находится в ампулярном отделе, то фимбриальный отдел трубы расширен, а из его просвета видна кровоточащая, губчатая, синюшно-багровая ткань. При прерывании беременности по типу трубного аборта из просвета трубы вытекает темная кровь, а в позадиматочном пространстве имеется образование неправильной формы, напоминающее кровяной сгусток, которое представляет собой плодное яйцо.

Лапароскопия имеет и известные недостатки. Обычно при подозрении на наличие у пациентки внематочной беременности лапароскопия должна производиться на завершающем этапе, когда использование других, менее инвазивных методов исследования не позволяют врачу установить точный диагноз.

ЛЕЧЕНИЕ

На современном этапе существует несколько различных подходов к лечению трубной беременности: хирургическое, медикаментозное и выжидательная тактика ведения больных.

Общепринятым методом лечения эктопической беременности является хирургический.

Показанием к хирургическому вмешательству является наличие эктопически расположенного плодного яйца.

При лечении больных с прогрессирующей внематочной беременностью, в течение последних двух десятилетий, с целью сохранения трубы и ее функции, преимущественно применяются методики минимально инвазивной хирургии. Лапароскопический доступ при лечении больных с внематочной беременностью во всем мире в большинстве случаев стал методом выбора.

Лапаротомия применяется для лечения тех пациенток, у которых имеют место гемодинамические нарушения, а также при локализации плодного яйца в области рудиментарного рога матки. У больных, имеющих в анамнезе эктопическую беременность в той же самой трубе, или у пациенток с выраженными изменениями в трубах предпочтение следует отдать удалению трубы (сальпингэктомии).

При лапароскопии осуществляют как радикальные (сальпингэктомия), так и консервативно-пластические (сальпингостомия, резекция сегмента) операции. Необходимыми условиями для лапароскопических операций являются удовлетворительное состояние больной и стабильная гемодинамика.

Абсолютное противопоказание для лапароскопии при внематочной беременности — геморрагический шок 3—4-й степени, который чаще имеет место при кровопотере, превышающей 1500 мл.

Относительными противопоказаниями являются:

- нестабильная гемодинамика (геморрагический шок 1—2-й степени) с кровопотерей, превышающей 500 мл;
- интерстициальная локализация плодного яйца;
- расположение плодного яйца в добавочном роге матки;
- разрыв стенки маточной трубы;
- общие противопоказания к лапароскопии (ожирение, выраженный спаечный процесс, сердечно-сосудистая и легочная недостаточность).

Показания к сальпингэктомии:

- спаечный процесс 3—4-й степени в малом тазу и выраженные анатомические изменения маточной трубы;
- пластические операции на трубах в анамнезе по поводу трубно-перитонеального бесплодия;
- повторная беременность в трубе, ранее подвергавшейся консервативной операции по поводу трубной беременности.

Основной целью органосохраняющих операций является сохранение репродуктивной функции. Для этого важна ранняя диагностика внематочной беременности, что снижает риск разрыва трубы. Важно произвести органосохраняющую операцию молодым, нерожавшим пациенткам, имеющим бесплодием в анамнезе, а также после удаления ранее второй трубы. Виды органосохраняющих операций: линейная сальпинготомия, сегментарная резекция трубы и выдавливание плодного яйца из ампулярного отдела трубы.

Характер пластической операции зависит от локализации яйца. При локализации в фимбриальном отделе производят выдавливание плодного яйца (довольно травматичная манипуляция) или аспирацию его при помощи аквапуратора. В связи с травматичностью данной методики многие хирурги методом выбора считают сальпинготомию.

При локализации плодного яйца в ампуле трубы также чаще производят сальпинготомию.

При истмической локализации плодного яйца производят сальпинготомию или резекцию сегмента трубы с плодным яйцом с наложением анастомоза конец в конец. Обычно подобный анастомоз накладывается пациентке через несколько месяцев при повторной операции.

Для этого необходимы соответствующие условия и должна использоваться специальная, микрохирургическая техника.

Реабилитационные мероприятия преследуют, прежде всего, цель восстановления репродуктивной функции после операции.

Реабилитация заключается:

1. В предупреждении спаечного процесса
2. В использовании контрацепции.
3. В нормализации гормональных изменений в организме.

Мероприятия назначают на ранних этапах послеоперационного периода. Известно, что спайки обычно начинают формироваться в ближайшие часы после операции. Так, при динамической лапароскопии установлено, что уже через 8—12 ч образуются фибриновые спайки, степень и выраженность которых зависит от объема проведенной операции, а также ее травматичности. Поэтому физиотерапию необходимо начинать с ранних часов или первых суток после операции. Рекомендуется использовать физиотерапевтическое воздействие: переменное импульсное магнитное поле низкой частоты, низкочастотный ультразвук, токи надтональной частоты (ультратонотерапия), низкоинтенсивная лазерная терапия, электростимуляция маточных труб. Под влиянием физиотерапии происходят улучшение локального кровотока, активизация обменных процессов, усиление регенерации тканей, уменьшение выраженности болевого синдрома и седативный эффект. В дальнейшем можно назначать УВЧ, электрофорез цинка, лидазы, а также ультразвук в импульсном режиме. Следует также проводить общеукрепляющую, гемостимулирующую и рассасывающую терапию.

На время курса противовоспалительной терапии рекомендуется контрацепция, причем вопрос о ее длительности решается индивидуально, в зависимости от возраста пациентки и особенностей ее репродуктивной функции.

У нерожавших пациенток молодого возраста целесообразно использовать комбинированные монофазные эстроген-гестагенные низкодозированные гормональные препараты. Длительность гормональной контрацепции также сугубо индивидуальна, но обычно не менее 6 месяцев после операции. Рожавшим женщинам старшего возраста следует также рекомендовать комбинированные монофазные эстроген-гестагенные низкодозированные гормональные препараты. ВМС следует применять с осторожностью (после санации и обследования на наличие инфекции), учитывая высокий риск повторной внематочной беременности. Целесообразно на фоне введенного ВМС в течение первых 3—4 менструаций профилактически проводить антибактериальное лечение пациентки.

У женщин позднего репродуктивного периода возможна контрацепция с использованием чистых гестагенов (мини-пили), барьерных методов, а также применять добровольную хирургическую стерилизацию при наличии соответствующих условий.

После окончания реабилитационных мероприятий целесообразно произвести диагностическую лапароскопию, позволяющую оценить состояние маточных труб и других органов малого таза.

Риск наступления повторной внематочной беременности составляет не менее 10—20%. Поэтому в случае задержки очередной менструации и при подозрении на возможность наступления беременности следует провести трансвагинальное УЗИ с целью уточнения локализации плодного яйца. Из 60% пациенток, забеременевших повторно, частота наступления повторной

эктопической беременности составляет 15%, а привычное невынашивание беременности отмечается у 20% женщин.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Апоплексия яичника – внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением его целостности и кровотечением в брюшную полость. Чаще наблюдается апоплексия правого яичника.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от клинического варианта течения выделяют следующие формы апоплексии:

I болевая форма, для которой характерен болевой синдром, возможно сопровождающийся тошнотой и повышением температуры тела;

II анемическая форма, напоминающая разрыв трубы при внематочной беременности, при которой ведущий симптом является внутреннее кровотечение

III смешанная форма апоплексии – остановившееся, не значительное внутрибрюшное кровотечение.

Считается, что все формы встречаются с одинаковой частотой. Поскольку различную степень кровотечения наблюдают во всех случаях апоплексии яичника, то деление на вышеуказанные формы не совсем правомерно. В связи с этим целесообразно клинические формы апоплексии яичника классифицировать в соответствии с тремя степенями тяжести заболевания, определяемыми характером и выраженностью патологических симптомов и величиной кровопотери. В зависимости от величины кровопотери и выраженности патологических симптомов выделяют формы:

- лёгкая (кровопотеря 100–150 мл);
- средняя (кровопотеря 150–500 мл);
- тяжёлая (кровопотеря более 500 мл).

Эта классификация наиболее приемлема, она чётко ориентирует врача при выборе тактики ведения пациентов с апоплексией яичника.

ЭТИОЛОГИЯ

Апоплексия яичника может быть вызвана экзогенными (внешними) и эндогенными (внутренними) причинами. К эндогенным причинам относят: спаечные и воспалительные процессы в малом тазу, неправильное положение матки, сдавление сосудов, приводящее к нарушению кровоснабжения яичника, сдавление яичника опухолью. К экзогенным причинам относят бурное половое сношение, физические нагрузки, верховую езду, травму живота, влагалищное исследование, оперативное вмешательство, клизму. Однако у части больных разрыв яичника может возникать в состоянии покоя или во время сна. Риск возникновения яичниковых кровотечений увеличивается у больных, принимающих длительное время антикоагулянты. Поэтому у пациенток, поступающих с острой болью в животе на фоне приёма антикоагулянтов, надо исключать апоплексию яичника.

ПАТОГЕНЕЗ

Апоплексия может возникнуть вследствие изменений в сосудах и тканях яичника, чему способствуют увеличение кровонаполнения сосудов яичника (половой акт, физические упражнения), варикозно-расширенные, склерозированные сосуды, воспалительные процессы, мелкокистозные изменения яичников. Кровотечению из яичника предшествует образование гематомы, которая вызывает резкие боли вследствие нарастания давления внутри яичника. Затем наступает разрыв ткани яичника. Даже небольшой

разрыв (диаметром до 1 см) может привести к обильному кровотечению. Апоплексия яичника может возникать в различных фазах менструального цикла: реже всего в I фазе, когда фолликулы ещё в стадии созревания и бедны сосудами, чаще в период овуляции и в стадии васкуляризации и расцвета жёлтого тела (II фаза менструального цикла). Значительное увеличение уровня гонадотропных гормонов гипофиза во время овуляции и перед менструацией приводит к апоплексии яичника. Самый частый источник кровотечения — жёлтое тело или его киста.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Апоплексия яичника характеризуется внезапно возникшей болью в нижней части живота, не редко боль носит интенсивный характер (кинжальная боль). Если болевой синдром возникает в середине менструального цикла, на фоне выполнения обычной работы или в покое, то диагноз апоплексии яичника почти не вызывает сомнения. Клиническая картина обусловлена характером кровотечения и наличием сопутствующей патологии. Ведущие симптомы апоплексии яичника:

- боли внизу живота и пояснице, иррадиация болей в прямую кишку (задний проход);
- слабость;
- кровянистые выделения из влагалища чаще отсутствуют (в отличие от внематочной беременности) и быстро прекращающиеся вслед за исчезновением болей;

Провоцирующие факторы развития апоплексии яичника:

- физическое напряжение;
- половое сношение;

- травмы.

ДИАГНОСТИКА

Диагноз апоплексии яичника устанавливают на основании характерных жалоб, анамнеза и данных осмотра. При осмотре отмечают бледность кожного покрова и видимых слизистых, тахикардию, незначительную гипертермию, АД может быть нормальным или пониженным. Отмечают незначительное вздутие живота, болезненность при пальпации на стороне поражения, симптомы раздражения брюшины той или иной степени выраженности.

Наиболее информативны в диагностике УЗИ, пункция брюшной полости через задний свод влагалища (кульдоцентез) и лапароскопия. УЗИ — неинвазивный безопасный метод, позволяющий выявить как физиологические, так и патологические изменения яичников. УЗИ — метод выбора в диагностике апоплексии яичника. Эхографическую картину поражённого яичника (размер, структура) следует оценивать в соответствии с фазой менструального цикла и с учётом состояния второго яичника. В зависимости от объёма кровопотери определяется свободная жидкость в позадиматочном пространстве в различном количестве. При клинко-лабораторном обследовании выявляют анемию различной степени выраженности у каждой четвёртой больной, у некоторых больных отмечается лейкоцитоз (от 9500 до 15 000/л).

Показатели свёртывания крови и фибринолитическая активность крови у подавляющего большинства женщин в пределах нормы.

Лапароскопическая диагностика обладает довольно высокой точностью (98%). Хирургическая картина апоплексии яичника характеризуется наличием ряда критериев:

- в малом тазу кровь, возможно, со сгустками;
- матка не увеличена, её серозный покров розовый;
- в маточных трубах нередко выявляют признаки хронического воспалительного процесса в виде перитубарных спаек. Спаечный процесс в некоторых случаях может быть выраженным;
- повреждённый яичник обычно нормальных размеров.

Учитывая, что клинические проявления апоплексии яичника характерны и для других острых заболеваний органов брюшной полости, её необходимо дифференцировать с:

- нарушенной трубной беременностью;
- острым или обострением хронического воспалительного процесс придатков матки;
- острым аппендицитом;
- перекрутом ножки кисты яичника;
- кишечной непроходимостью;
- перфоративной язвой желудка;
- острым панкреатитом;
- почечной коликой;

Таким образом, клиника апоплексии яичника развивается по типу острых заболеваний брюшной полости, в связи с чем не редко показана консультация хирурга и терапевта.

ЛЕЧЕНИЕ

Цель лечения: остановка кровотечения из яичника, восстановление его целостности и ликвидация последствий кровопотери.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. У гемодинамически стабильных пациенток при исчезновении перитонеальных симптомов при небольшом объёме жидкости в малом тазу достаточно консервативного лечения с дальнейшим наблюдением. Консервативная терапия включает: покой, холод на низ живота (способствующий спазму сосудов), препараты гемостатического действия, спазмолитики, витамины. Консервативное лечение необходимо проводить в стационаре под круглосуточным наблюдением медицинского персонала. Ухудшение общего состояния, появление объективных признаков внутреннего кровотечения или нарастание анемии — показания к оперативному лечению.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. При необходимости диагностическая лапароскопия становится лечебной. Оперативное вмешательство у больных с апоплексией яичника осуществляют лапароскопическим или лапаротомическим доступом. Объём операции, как правило, определяется характером и степенью распространённости патологического процесса, а в репродуктивном возрасте пациенток — дальнейшими их планами деторождения. Целесообразно наиболее щадящее вмешательство на яичнике. Основанием для такого подхода служит понимание исключительной важности яичника как эндокринного и генеративного органа, что диктует необходимость сохранения любой по величине функционирующей его части. Операцию выполняют максимально консервативно. Яичник удаляют только при массивном кровоизлиянии, целиком поражающем его ткани. У женщин с апоплексией яичника во время лапароскопии целесообразно проведение органосохраняющих операций: гемостаз (ушивание или коагуляция яичника), эвакуация и удаление сгустков крови, реже резекция яичника.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ. Женщины, перенёсшие апоплексию яичника, нуждаются в диспансерном наблюдении по месту жительства.

ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА.

В 15-25% наблюдений встречается перекрут ножки опухоли яичника, но возможен перекрут ножки любой опухоли (например, субсерозного узла), маточной трубы, неизмененного яичника и даже всей матки или ее придатков. Перекруту подвержены подвижные зрелые тератомы, а также параовариальные кисты, плотные фибромы яичника.

Различают анатомическую и хирургическую ножку опухоли яичника. Анатомическая ножка опухоли (кисты) яичника состоит из растянутых воронкотазовой и собственной связок яичника и его брыжейки. В ножке проходят сосуды, питающие опухоль и ткань яичника (яичниковая артерия, ветвь восходящей части маточной артерии), лимфатические сосуды и нервы. В хирургическую ножку, образующуюся в результате перекрута, помимо анатомической, входит растянутая маточная труба.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины перекрута ножки опухолей не всегда ясны. Считают, что для возникновения перекрута имеют значение внезапная остановка вращательного движения туловища (гимнастические упражнения, танцы), физические нагрузки, резкое изменение внутрибрюшного давления. В этих случаях вращение опухоли вокруг ножки продолжается по инерции, что и приводит к перекруту. Перекруту ножки способствуют асимметричная форма, неравномерная плотность опухоли. 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. Перекрут может быть полным (более чем на 360°) и

частичным (менее чем на 360°). При частичном перекруте ножки опухоли нарушается прежде всего венозный отток при относительно сохраненном артериальном кровоснабжении. Все явления не очень выражены и могут исчезнуть даже без лечения. Вторичные изменения в опухоли (некроз, кровоизлияния) выявляются у таких больных во время операции.

КЛИНИКА

Клиническая картина заболевания определяется нарушением питания опухоли. При быстром перекруте ножки опухоли клиника 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.

ДИАГНОСТИКА перекрута ножки опухоли основана на жалобах, данных анамнеза (указание на кисту или опухоль яичника), типичных симптомах заболевания, данных объективного исследования. Кожные покровы становятся бледными, выступает холодный пот, повышается температура тела (обычно до 38°C), учащается пульс. Язык сухой, обложен налетом. Живот вздут, болезнен в месте проекции опухоли, мышцы передней брюшной стенки напряжены, симптом Щеткина—Блюмберга положительный. В крови лейкоцитоз, СОЭ повышена. Подтвердить заболевание позволяет гинекологическое исследование, позволяющее выявить объемное образование в области придатков матки обычно овальной формы, тугоэластической консистенции, ограниченно подвижное, резко болезненное при пальпации и попытке смещения. Матка и придатки с другой стороны не изменены. Бимануальное 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 перекрута ножки опухоли служит ультразвуковое сканирование, при котором в области придатков матки определяется объемное образование с признаками опухоли или кисты яичника. У девочек диагноз нередко ставят несвоевременно, так как врачи не всегда помнят о возможности опухолей гениталий 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.

Дифференциальную диагностику при перекруте ножки опухоли яичника следует проводить прежде всего с острым аппендицитом (особенно при тазовом расположении червеобразного отростка), почечной коликой. В этой ситуации могут помочь дополнительные методы исследования — обзорный рентгеновский снимок органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

ЛЕЧЕНИЕ перекрута ножки опухоли оперативное (лапароскопический 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. Раньше 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 вместо принятого ранее удаления придатков матки можно 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.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

Больная 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 ударов в минуту, 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.

Диагноз? План ведения?

Д-з: внематочная беременность. Прерывание по типу разрыва маточной трубы. Внутрибрюшное кровотечение.

Дифференциальный диагноз: апоплексия яичника, острый аппендицит.

Тактика – общие анализы + ХГЧ, УЗИ матки и придатков, лапароскопия или лапаротомия (сальпингэктомия).

ЗАДАЧА №2

Больная 15 лет, доставлена в стационар машиной «СП» с диагнозом: подострый, двухсторонний сальпингоофорит и жалобами на боли в левой подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, утром в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитониальных симптомов нет. При двуручном ректо-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа не увеличены, безболезненные. Слева придатки увеличены, без четких контуров, область их пальпации болезненная. Своды свободные, глубокие. Задний и левый боковой свод умеренно болезненные.

Диагноз? Диф.диагноз? План ведения?

Диагноз: Апоплексия яичника.

Диф. диагноз при острой боли внизу живота необходимо проводить с воспалительными заболеваниями малого таза, патологией придатков (перекрут ножки объемного образования яичника, перекрут ножки параовариальной кисты), с овуляторной болью, заболеваниями ЖКТ (о. аппендицит, о. дивертикулит, заболеваниями МП (о. цистит, о. пиелонефрит, почечная колика), осложнениями беременности (прервавшаяся внематочная, угрожающий, неполный аборт).

Тактика обследования:

- анамнез общих заболеваний, гинекологический, с чем связывает начало заболевания (менструация, половой акт и т.д., было ли раньше подобное)

- общие анализы (кровь – лейкоциты, Hb, СОЭ; общий анализ мочи, ХГ в сыворотке)
- мазок из цервикального канала (диагностика гонореи, хламидиоза)
- УЗИ малого таза
- Пункция через задний свод под контролем УЗИ (при наличии значительного количества свободной жидкости)
- При неясной картине – лапароскопия

Хирургическое лечение показано при: 1) апоплексии яичника при условии положительной ортостатической пробы (АД), более 12% объемной доли эритроцитов в жидкости из дугласова пространства при кульдоцентезе; 2) перекруте ножки объемного образования придатков; 3) тубоовариальном образовании; 4) внематочной беременности

Операции по возможности выполняются лапароскопически.

Задача №3.

Больная, 16 лет, поступила в стационар 19 марта по направлению врача ЖК с жалобами на боли в правой подвздошной области, головокружение, тошноту, однократную потерю сознания, которые появились внезапно. Последняя менструация с 10 по 17 марта с задержкой на 6 дней. При осмотре: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, больше справа. Перитониальных симптомов нет, АД 100\70 мм рт ст., пульс 100 ударов в минуту. При двуручном, влагалищно-абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Справа определяется несколько увеличенный, безболезненный яичник. Слева область придатков болезненная. Своды свободные, глубокие, болезненные.

Диагноз? Дополнительные методы исследования? Диф.диагноз? Тактика ведения?

Диагноз: Апоплексия яичника? Внематочная беременность?

Тест на ХГЧ

Тактика обследования:

- анамнез общих заболеваний, гинекологический, с чем связывает начало заболевания (менструация, половой акт и т.д., было ли раньше подобное)
- общие анализы (кровь – лейкоциты, Hb, СОЭ; общий анализ мочи, ХГ в сыворотке)
- мазок из цервикального канала (диагностика гонореи, хламидиоза)
- УЗИ малого таза
- Пункция через задний свод под контролем УЗИ (при наличии значительного количества свободной жидкости)
- При неясной картине – лапароскопия

Хирургическое лечение показано при: 1) апоплексии яичника при условии положительной ортостатической пробы (АД), более 12% объемной доли эритроцитов в жидкости из дугласова пространства при кульдоцентезе; 2) перекруте ножки объемного образования придатков; 3) тубоовариальном образовании; 4) внематочной беременности

Операции по возможности выполняются лапароскопически.

Задача №4

Больная 27 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на скудные, кровяные выделения из половых путей в течение 10 дней после задержки менструации на 12 дней. В анамнезе вторичное бесплодие 7 лет. Общее состояние удовлетворительное, пульс 74 ударов в минуту, АД 120/70 мм рт ст., живот мягкий безболезненный при пальпации во всех отделах. При гинекологическом осмотре матка несколько больше нормы, безболезненна при пальпации, слева и сзади от матки определяется нечеткое образование 4х6 см мягкой консистенции, болезненное при исследовании, правые придатки несколько утолщены, безболезненны при пальпации, своды свободные. Диагноз? План обследования и ведения.

Диагноз: Внематочная беременность. Начавшееся прерывание по типу трубного аборта.

Обследование и ведение: ХГЧ в сыворотке крови, общие анализы (кровь, моча), пункция Дугласова пространства, УЗИ, лапароскопия.

Задача №5

Больная, 33 года, жалобы на схваткообразные боли в левой подвздошной области, головокружение, задержку менструации на 2 недели. Вчера внезапно появились острые боли внизу живота, сопровождающиеся кратковременной потерей сознания. При осмотре найдено: кожные покровы бледные, пульс 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт ст., живот болезненный в нижних отделах живота, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании матку и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод сглажен, выделения кровяные, скудные, темного цвета.

Диагноз? Тактика? Дополнительные методы исследования?

Диагноз: Прерывание внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы. Кровотечение.

Тактика – общие анализы (резус, группа крови, Hb, коагулограмма, Ht), экстренная лапароскопия, операция – сальпингэктомия, санация брюшной полости.

Так как имеет место геморрагический шок – одновременно с другими реанимационными мероприятиями начинают проводить гемотрансфузию (можно реинфузию), СЗП, эр.массу.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. *Апоплексия яичника — это:*

- 1) Перекрут яичника
- 2) Некроз яичника
- 3) Разрыв оболочки яичника
- 4) Отек яичника
- 5) Метастаз Крукенберга

2. *Чаще апоплексия яичника происходит в:*

- 1) первую фазу менструального цикла
- 2) вторую фазу менструального цикла
- 3) в середине цикла

4) независимо от фазы

3. *В дифференциальном диагнозе внематочной беременности помогают:*

1) анамнез

2) тест на беременность

3) лапароскопия

4) все верно

4. *Дифференциальный диагноз при шеечной беременности проводится с:*

1) маточной беременностью

2) трубной беременностью

3) эндофитной формой рака шейки матки

4) субсерозной миомой матки

5) кистой яичника

5. *Оперативное вмешательство показано при форме апоплексии яичника:*

1) анемической

2) болевой

3) не показано

6. *При прервавшейся яичниковой беременности в сроке 20 недель предпочтительна:*

- 1) лапаротомия
- 2) лапароскопия
- 3) выжидательная тактика

7. Внематочная беременность может локализоваться везде, кроме:

- 1) матки
- 2) маточной трубы
- 3) шейки матки
- 4) брюшной полости
- 5) влагалища

8. Причины внематочной беременности - все перечисленное. Кроме:

- 1) воспалительные процессы в придатках матки
- 2) половой инфантилизм
- 3) эндокринные расстройства
- 4) повышенная активность трофобласта
- 5) ановуляция

9. При трубной беременности наиболее неблагоприятно расположение плодного яйца в :

- 1) интерстициальном отделе
- 2) истмическом отделе

3)ампулярном отделе

4)фимбриальном отделе

10. Трубная беременность прерывается чаще в сроке:

1)2-3 недели

2)4-6 недель

3)8-10 недель

4)после 10 недель

11. Патогномоничный признак внематочной беременности:

1)боль внизу живота

2)задержка менструации

3)нагрубание молочных желез

4)тошнота

5)цианоз шейки матки и влагалища

6)нет признаков

12. При разрыве маточной трубы боль, отдающая в лопатку и плечо (френикус-симптом), связана с раздражением:

1)седалищного нерва

2)солнечного сплетения

3)диафрагмального нерва

4)париетальной брюшины

5)сальника

13. *Схваткообразные боли при трубной беременности характерны для:*

1)разрыва трубы

2)трубного аборта

3)прогрессирующей беременности

4)не характерны для внематочной беременности

14. *При прогрессирующе трубной беременности предпочтительна:*

1)лапаротомия

2)лапароскопия

3)гистероскопия

4)выжидательная тактика

15. *Реинфузия крови из брюшной полости во время операции при разрыве маточной трубы:*

1.возможна

2.противопоказана

Эталоны ответов

1	3	9	1
2	3	10	2
3	4	11	6
4	1	12	3
5	1	13	2
6	1	14	2
7	5	15	1
8	5		

Рекомендуемая литература

Основная:

1. Гинекология : учебник / Б.И. Баисова и др. ;под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2012.
2. Гинекология / серия «Учебники, учебные пособия». Под ред. Василевской Л.Н., Грищенко В.И. Ростов н /Д: Феникс,2002.

Дополнительная:

1. Гинекология : национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М Савельевой. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011 г.
2. Гинекология: национальное руководство/ под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, И.Б. Манухина. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015 г.
3. Гинекология: учебник / под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского.- М. : ГЭОТАР –Медиа, 2013г.
4. Руководство к практическим занятиям по гинекологии: Учебное пособие для студентов и ординаторов / Под ред. В.Е. Радзинского. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2005.

Оглавление

Предисловие	3
Список сокращений	4
Введение	5
Цель занятия	6
I.Теоретическая часть:	8
1.1Внематочная беременность	8
1.2Апоплексия яичника	19
1.3Перекрут ножки опухоли	25
II.Ситуационные задачи	28
III.Тесты	33
IV.Ответы к тестам	38
V.Литература:	38
-основная	
-дополнительная	