

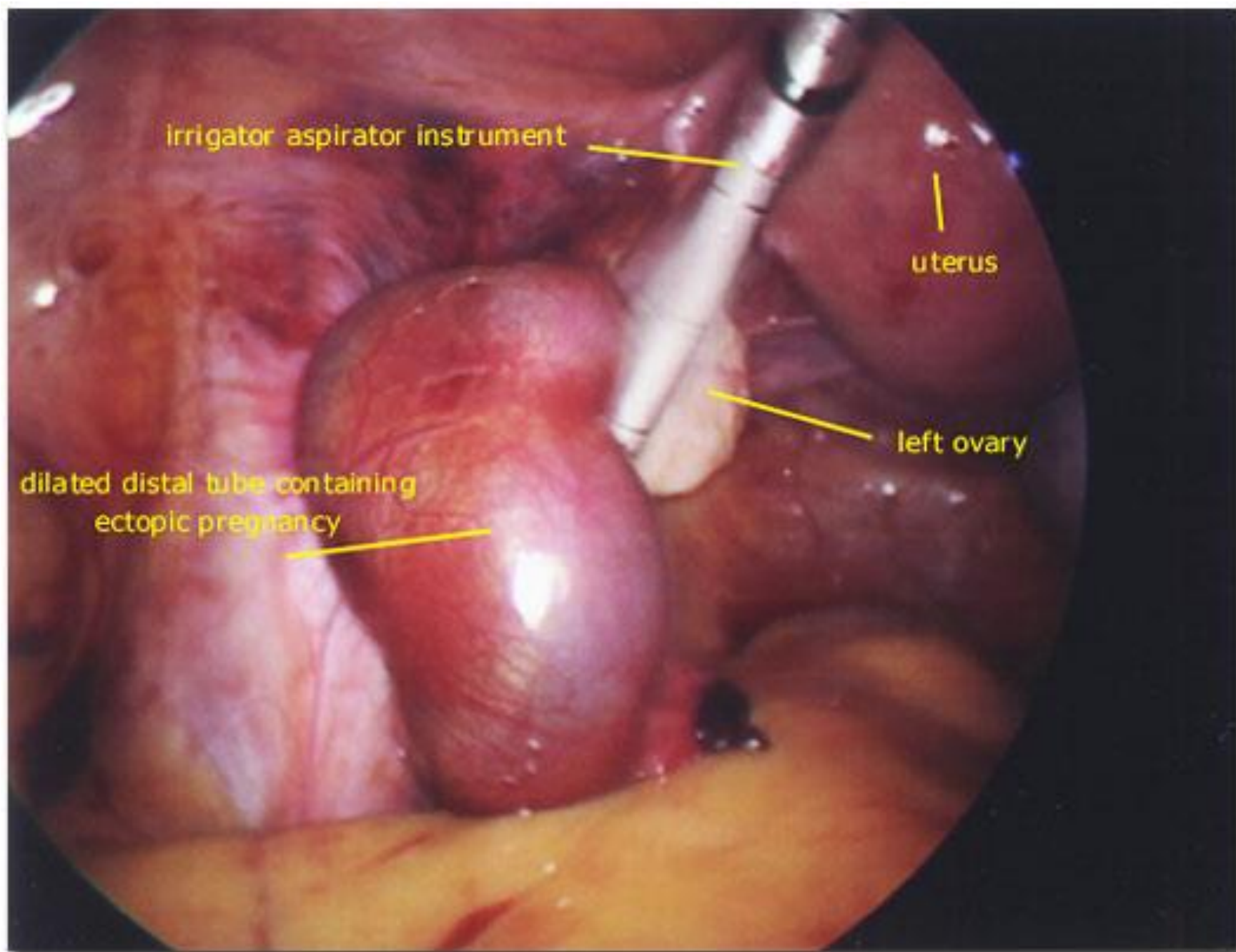
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России
Кафедра акушерства и гинекологии, медицинской генетики

Неотложные состояния в гинекологии

зав. кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской
генетики, д.м.н., профессор Малышкина Анна Ивановна,
к.м.н., доцент Батрак Наталия Владимировна

Внематочная беременность

- имплантация оплодотворенного яйца вне полости матки.

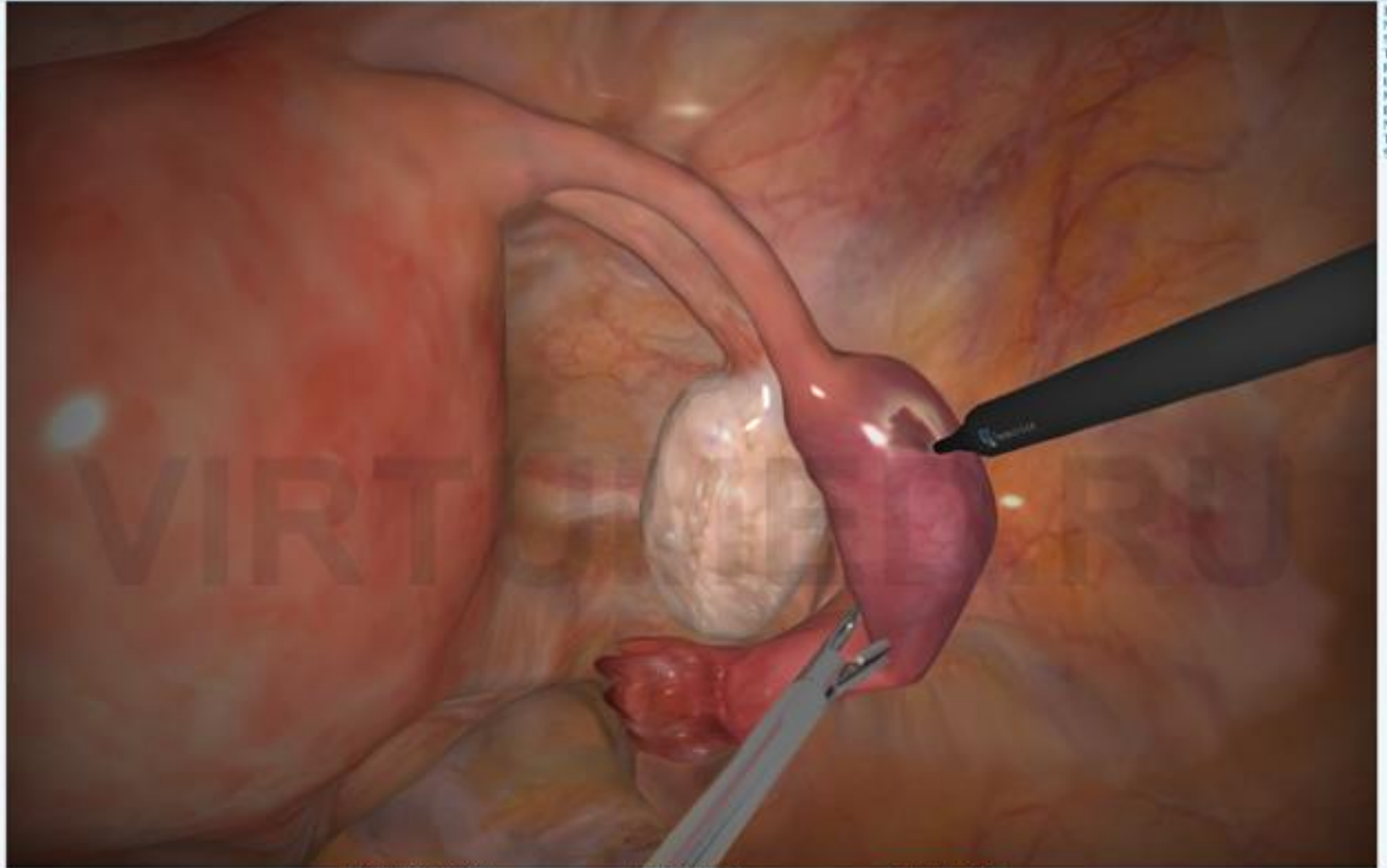


irrigator aspirator instrument

uterus

left ovary

dilated distal tube containing
ectopic pregnancy



Внематочная беременность

Факторы риска :

- Воспалительные процессы органов малого таза (70-75% - хламидийная инфекция);
- Операции на маточных трубах (сальпингостомия);
- ВМК (после 3-4 лет экспозиции риск ↑ в 100 раз);
- Индукция овуляции (нарушение перистальтики маточных труб);
- Опухолевидные образования, ДОЯ, эндометриоз (спаечный процесс, дисбаланс цитокинов);
- Посткоитальные гестагены;
- Повышенная активность плодного яйца;
- Запоздалая овуляция (сокращение матки, заброс плодного яйца);

Классификация

- Абдоминальная (первичная, вторичная);
- Трубная (ампулярная, истмическая, интерстициальная);
- Яичниковая (интрафолликулярная, на поверхности яичника);
- Шеечная, в роге, интралигаментарная, неуточненная.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- С клинической точки зрения выделяют
- прогрессирующую трубную беременность
- нарушенную трубную беременность (разрыв маточной трубы, трубный аборт).
- При прогрессирующей трубной беременности общее состояние, как правило, удовлетворительное. При нарушенной трубной беременности состояние пациентки зависит от величины кровопотери.
- Характерные жалобы:
- задержка менструации;
- кровянистые выделения из половых путей;
- боли различного характера и интенсивности;
- тошнота;
- иррадиация боли в поясничную область, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра.

Характеристика болевого синдрома

Трубный аборт	Схваткообразная
Разрыв трубы	Кинжальная
Апоплексия яичника	Внезапная острая
Перфорация	Тянущая
Перекрут ножки опухоли	Резкая острая
Некроз миоматозного узла	Резкая
Тубовариальное образование	Локальная

Диагностика

- Объективно при прогрессирующей внематочной беременности состояние пациентки удовлетворительное, гемодинамика стабильная.
- При пальпации может быть болезненность внизу живота на стороне поражения.
- При гинекологическом обследовании отмечается лёгкий цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, шейка матки несколько размягчена, безболезненна, тело матки мягковатой консистенции, чуть увеличено, несколько чувствительно при исследовании, на стороне поражения можно пропальпировать тестоватой консистенции болезненное образование овоидной формы. Выделения из половых путей светлые.
- При прервавшейся беременности при объективном обследовании отмечают бледность кожи и слизистых оболочек, частый слабый пульс, АД может быть снижено. Температура тела нормальная или повышенная.
- При пальпации живот мягкий, болезненный над лонным сочленением или в подвздошных областях, перкуторно — притупление звука в отлогах местах. Симптом Щёткина–Блюмберга выражен слабо.
- При влагалищном исследовании размер матки чаще увеличен. Отмечают резкую болезненность при смещении матки, её шейки и при пальпации заднего свода. Иногда пальпируют резко болезненное округлое образование слева или справа от матки (почти в 50% случаев).

Диагностика

Информативными методами в диагностике внематочной беременности служат:

- определение β -субъединицы хорионического гонадотропина в крови (на 6-7 день в крови, на 8 день - в моче),
- УЗИ (трофобласт вне матки на 18 день задержки менструации);
- лапароскопия.

Основные ультразвуковые критерии внематочной беременности и их частоту:

- неоднородные придатковые структуры и свободная жидкость в брюшной полости;
- эктопически расположенное плодное яйцо с живым эмбрионом (с признаками сердцебиения);
- эктопически расположенный эмбрион (сердцебиение не определяется) ;
- Эндометрий – гиперэхогенная полоска.

Кульдоцетез

- Наличие крови в брюшной полости, которая не сворачивается.

Из сосуда кровь свернется!!!

Прогрессирующая трубная беременность

Внематочная беременность вызывает в организме женщины такие же изменения, как и маточная:

- задержку менструации,
- нагрубание молочных желёз, появление молозива,
- тошноту, извращение вкуса.,
- отмечают цианоз преддверия влагалища, слизистой оболочки влагалища и шейки матки;
- матка увеличивается в размерах, размягчается, слизистая оболочка матки трансформируется в децидуальную оболочку,
- в яичнике формируется жёлтое тело беременности.

Однако есть признаки, характерные больше для внематочной беременности, чем для маточной:

- содержание хорионического гонадотропина несколько ниже, чем при маточной беременности аналогичного срока;
- увеличение размеров матки не соответствует предполагаемому сроку беременности;
- в области придатков пальпируют болезненное опухолевидное образование тестоватой консистенции.

Достоверные диагностические признаки: УЗИ (определение плодного яйца в трубе) и лапароскопия.

Прогрессирующая трубная беременность

- Динамическое наблюдение за больной с подозрением на прогрессирующую внематочную беременность проводят только в стационаре с круглосуточно действующей операционной, т.к. прерывание её происходит внезапно и сопровождается кровотечением в брюшную полость.
- При предполагаемом сроке беременности 4 нед, отсутствии ультразвуковых данных за маточную беременность и положительных результатах хорионического гонадотропина в крови показана диагностическо-лечебная лапароскопия.
- Реакцию на хорионический гонадотропин в случае отрицательного результата следует повторять неоднократно.
- В современных условиях основное лечение прогрессирующей трубной беременности - органосохраняющая операция эндоскопическим доступом.



Разрыв трубы

- Приступ острой боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, появляются холодный пот, бледность, кратковременная потеря сознания, снижение АД. Пульс становится слабым и частым. Френикус-симптом положительный, если в брюшной полости имеется не менее 500 мл крови, появляются симптомы раздражения брюшины. Состояние больной зависит от величины кровопотери.
- В боковых отделах живота - притупление перкуторного звука. Живот умеренно вздут, отмечаются нерезко выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность нижних отделов живота, чаще на стороне разрыва трубы.
- При гинекологическом исследовании (его следует проводить крайне осторожно во избежание повторного болевого шока, усиления кровотечения и коллапса) обычно определяется незначительное увеличение матки, пальпация её и движения шейки резко болезненны. Через боковой свод влагалища в области придатков определяют опухолевидное образование тестоватой консистенции без чётких контуров. Задний свод уплощён или даже выпячен во влагалище. Пальпация заднего свода резко болезненна. Из шеечного канала вскоре после приступа появляются незначительные тёмно-кровянистые выделения (в первые часы они могут отсутствовать).
- Информативный диагностический тест — кульдоцентез, с помощью которого можно подтвердить наличие свободной крови в брюшной полости.



Трубный аборт

- Обычно после небольшой задержки менструации появляются схваткообразные, периодически повторяющиеся приступы боли внизу живота, чаще односторонние.
- Из половых путей появляются скудные тёмно-кровянистые выделения, обусловленные отторжением децидуальной оболочки матки.
- Трубный аборт протекает длительно, часто без острых клинических проявлений. В начале заболевания кровь при отслойке плодного яйца из маточной трубы поступает в брюшную полость небольшими порциями, не вызывая резких перитонеальных симптомов и анемизации больной. Однако лабильность пульса и АД, особенно при перемене положения тела, — достаточно характерный признак.
- Дальнейшая клиника трубного аборта определяется повторным кровотечением в брюшную полость, образованием позадиматочной гематомы и анемией.
- Появляются симптомы раздражения брюшины.

Дифференциальная диагностика

- **Прогрессирующая трубная беременность:**
 - маточной беременностью ранних сроков;
 - дисфункциональным маточным кровотечением;
 - хроническим воспалением придатков матки.
- **Разрыв трубы:**
 - апоплексией яичника;
 - перфорацией язвы желудка и 12перстной кишки;
 - разрывом печени и селезёнки;
 - перекрутом ножки кисты или опухоли яичника;
 - острым аппендицитом;
 - острым пельвиоперитонитом.
- **Трубный аборт:**
 - абортом;
 - обострением хронического сальпингоофорита;
 - дисфункциональным маточным кровотечением;
 - перекрутом ножки опухоли яичника;
 - апоплексией яичника;
 - острым аппендицитом.

Лечение

- Основной метод лечения внематочной беременности — хирургический.
- Объём оперативного вмешательства (туботомия или тубэктомия) в каждом случае решается индивидуально. При решении вопроса о возможности проведения органосохраняющей операции необходимо учитывать следующие факторы:
- характер оперативного доступа (лапароскопия или лапаротомия);
- желание пациентки иметь беременность в будущем;
- морфологические изменения в стенке трубы («старая» внематочная беременность, истончение стенки трубы на всём протяжении плодовместилища);
- повторная беременность в трубе, ранее подвергнутой органосохраняющей операции;
- локализация плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы;
- выраженный спаечный процесс органов малого таза;
- эктопическая беременность после реконструктивно-пластических операций на маточных трубах по поводу ТПБ.

Лечение

- Основные операции на трубах при эктопической беременности:

Сальпинготомия.

Условия:

- сохранение фертильности;
- стабильная гемодинамика;
- размер плодного яйца менее 5 см;
- плодное яйцо расположено в ампулярном, инфундибулярном или истмическом отделе.
- Выдавливание плодного яйца производят при его локализации в фимбриальном отделе трубы.
- Рассечение маточного угла производят при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы.

Сальпингэктомия.

Показания:

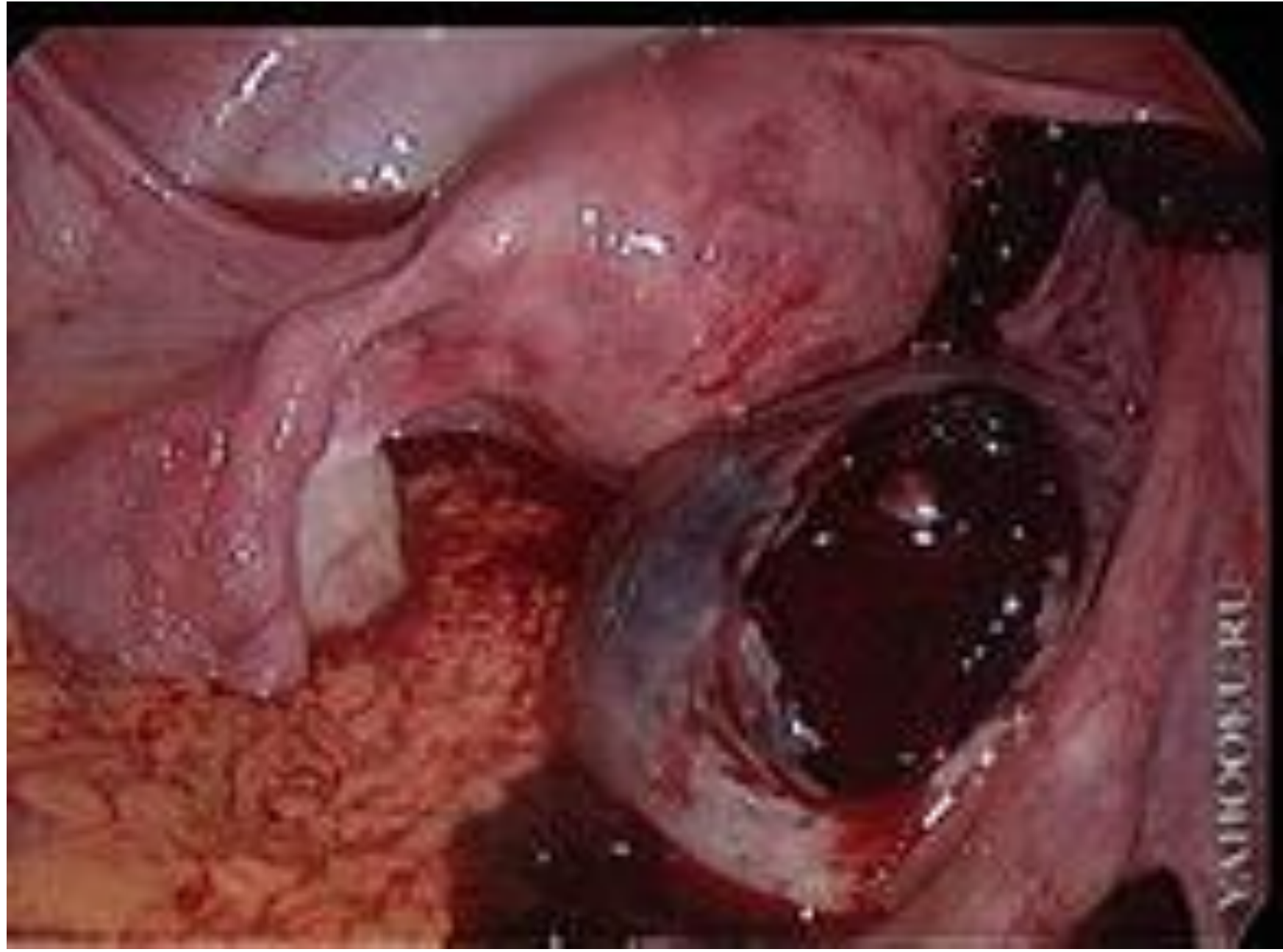
- содержание ХГЧ более 15 000 МЕ/мл;
- эктопическая беременность в анамнезе;
- размер плодного яйца более 5 см.

Послеоперационный период

- Противовоспалительное лечение (цефалоспорины, макролиды);
- Физиотерапия;
- Пероральная контрацепция, 6 месяцев;
- Обследование мужа.

Апоплексия яичника

- внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость.



YATCOOUE.RU

Классификация

В зависимости от клинической формы:

- болевая, или псевдоаппендикулярная, для которой характерен болевой синдром, сопровождающийся тошнотой и повышением температуры тела;
- анемическая, напоминающая разрыв трубы при внематочной беременности, при которой ведущий симптом — внутреннее кровотечение.
- «смешанная», характеризующаяся сочетанием признаков первых двух форм.

В зависимости от величины кровопотери и выраженности патологических симптомов:

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

Факторы риска

- Опухолевидные и ДОЯ;
- Спаечный и воспалительный процесс органов малого таза;
- Сдавление сосудов с нарушением кровоснабжения;
- Неправильные положения матки.

Клиническая картина

Ведущие симптомы апоплексии яичника:

- боли внизу живота и пояснице;
- кровянистые выделения из влагалища, обычно быстро прекращающиеся вслед за исчезновением болей;
- слабость;
- головокружение.

Провоцирующие моменты:

- физическое напряжение;
- половой акт;
- травмы.

Диагностика

Осмотр: бледность кожного покрова и видимых слизистых, тахикардия, незначительная гипертермия, АД может быть нормальным или пониженным. Отмечают незначительное вздутие живота, болезненность при пальпации на стороне поражения, симптомы раздражения брюшины той или иной степени выраженности.

УЗИ: При апоплексии поражённый яичник обычно нормальных размеров или несколько увеличен. Характерно наличие жидкостного включения гипоэхогенной или неоднородной структуры (жёлтое тело), диаметр которого не превышает размер преовуляторного фолликула и не приводит к объёмной трансформации яичника. Наряду с этим визуализируется нормальный фолликулярный аппарат яичника в виде жидкостных включений 4–8 мм в диаметре. В зависимости от объёма кровопотери определяется свободная жидкость в позадиматочном пространстве в различном количестве.

Диагностика

При клинико-лабораторном обследовании выявляют анемию различной степени выраженности. Могут быть снижены показатели гематокрита (18–25), у некоторых больных отмечается лейкоцитоз.

Лапароскопия: 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 может быть выраженным; повреждённый яичник обычно нормальных размеров. При разрыве кисты (фолликулярная, жёлтого тела) яичник багрового цвета, может быть увеличенным в зависимости от размеров кисты; по краю яичника или кисты разрыв не более 1,5 см. Область повреждения на момент осмотра либо кровоточит, либо прикрыта сгустками.

Дифференциальный диагноз

- нарушенной трубной беременностью;
- острым аппендицитом;
- перекрутом ножки кисты яичника;
- кишечной непроходимостью;
- перфоративной язвой желудка;
- острым панкреатитом;
- почечной коликой;
- пиосальпинксом.

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: этамзилат 2 мл внутримышечно 2–4 раза в сутки, дротаверин 2 мл внутримышечно 2 раза в сутки, аскорбиновая кислота 5% 2 мл внутримышечно 1 раз в сутки или внутривенно в разведении с раствором 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 консервативно. После консультации гематолога назначают специфическую терапию основного заболевания: кортикостероиды, иммунодепрессанты — при аутоиммунной тромбоцитопении, инфузию криопреципитата или антигемофильной плазмы — при болезни Виллебранда, этамзилат — в обоих случаях.

Оперативное лечение

- При необходимости диагностическая лапароскопия становится лечебной.
- Оперативное вмешательство у больных с апоплексией яичника осуществляют лапароскопическим или лапаротомным доступом.
- Операцию выполняют максимально консервативно. Яичник удаляют только при массивном кровоизлиянии, целиком поражающем его ткани. В случае разрыва жёлтого тела беременности его ушивают, не производя резекцию, иначе беременность будет прервана. Апоплексия может быть двусторонней. В связи с этим во время операции обязателен осмотр обоих яичников.
- Рекомендованы следующие этапы эндоскопической операции при апоплексии яичника:
 - остановка кровотечения из разрыва яичника: коагуляция, ушивание или резекция яичника;
 - удаление сгустков крови из брюшной полости;
 - осмотр яичника после промывания брюшной полости санитизирующими растворами.
- Аднексэктомия возможна при сочетании с другой патологией придатков (перекрутом ножки кисты, маточной трубы с выраженным нарушением кровообращения).

Послеоперационный период

- Пероральная контрацепция;
- Обследование мужа.

Перекрут ножки опухоли яичников

- опасная патология, которая опровождается нарушением кровоснабжения яичника.
- *Анатомическая ножка опухоли состоит из: растянутой подвешивающей связки яичника (воронкотазовой связки), собственной связки яичника и мезоооария. В ножке образования яичника проходят кровеносные сосуды, питающие опухоль (яичниковая артерия, анастомоз её с маточной артерией), а также лимфатические сосуды и нервы.*
- *Хирургическая ножка представляет собой, помимо анатомической ножки, перерастянутую маточную трубу.*



Классификация

- Перекрут ножки опухоли яичника бывает полным (360° и более) или неполным (до 360°).
- Причиной перекрута может быть наличие опухоли или опухолевидного образования яичника на ножке.
- Перекрут ножки опухоли иногда связан с резкими движениями, переменой положения тела, физическим напряжением. Это осложнение чаще возникает у девочек и девушек.
- Нередко перекрут ножки кистомы яичника происходит во время беременности или в послеродовом периоде.

Клиника

- Для полного перекрута ножки опухоли характерна клиническая картина острого живота.
- внезапное возникновение резких болей;
- напряжение передней брюшной стенки;
- положительный симптом Щёткина–Блюмберга;
- нередко наблюдается тошнота или рвота;
- парез кишечника;
- задержка стула, реже понос;
- повышенная температура тела;
- частый пульс;
- бледность кожи и слизистых;
- холодный пот.
- При влагалищном исследовании обнаруживают опухоль в области придатков матки, попытки смещения её вызывают резкую боль.

Диагностика

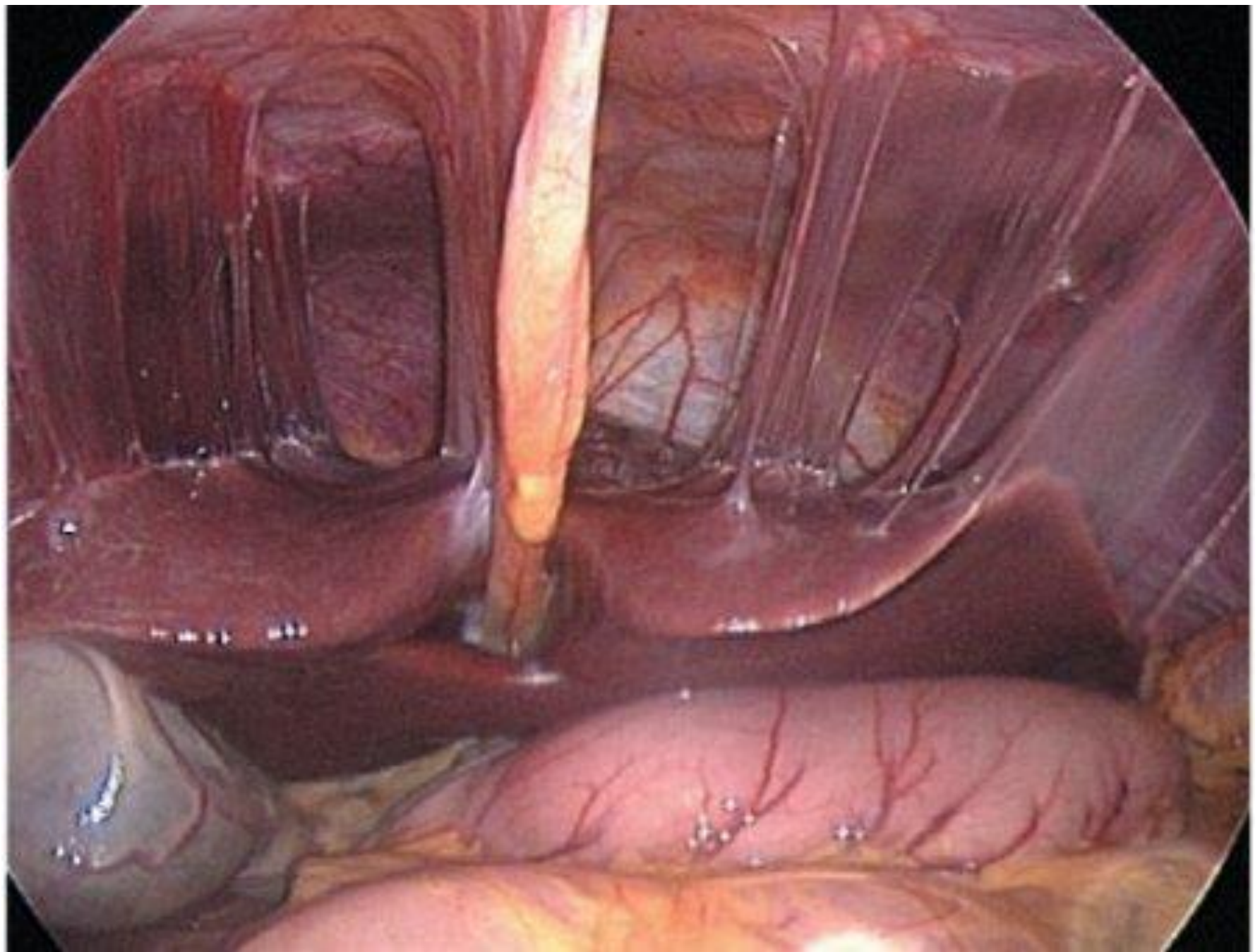
- Диагноз ставят на основании характерных жалоб больной, данных анамнеза, результатов объективного обследования и дополнительных методов (УЗИ органов малого таза, лапароскопия).
- Общее состояние удовлетворительное или средней тяжести. Пульс учащён. АД, как правило, в норме. Кожа бледная. Температура повышена до субфебрильных или фебрильных цифр. Холодный пот. Язык суховат, обложен беловатым налётом. Живот напряжён, несколько вздут, резко болезненный, больше на стороне поражения. Симптомы раздражения брюшины различной степени выраженности.
- При общеклиническом лабораторном исследовании в крови определяют лейкоцитоз, возможен сдвиг формулы влево, повышение СОЭ.
- Ультразвуковая диагностика позволяет выявить наличие опухоли в яичнике. При перекрытии ножки контуры опухоли несколько размыты, утолщение стенки кисты вплоть до появления двойного контура, указывающего на отёк капсулы.

Лечение

- Только хирургическое. Возможно выполнение органосохраняющей операции — деторсия яичника или деторсия образования яичника.
- Во время лапароскопии с помощью атравматических щипцов возможно выполнение деторсии (раскручивания ножки кисты и восстановление топографии яичника). Манипуляцию производят при наполнении малого таза и брюшной полости тёплым (40–42 °C) изотоническим раствором натрия хлорида, опухоль всплывает и часто самостоятельно раскручивается. Если через 10–20 мин происходит изменение цвета (исчезновение цианоза, нормализация цвета мезовария), т.е. кровоснабжение в маточной трубе и яичнике восстанавливается, целесообразно выполнение органосохраняющей операции.
- При нарушении кровоснабжения – односторонняя аднексэктомия.

Пельвиоперитонит

- воспаление висцеральной и париетальной брюшины малого таза.
- Воспаление брюшины малого таза — вторичный воспалительный процесс; развивается как осложнение острого сальпингоофорита или гнойного воспаления матки и придатков.
- Первичный очаг инфекции может возникнуть:
 - в маточных трубах;
 - в яичниках, матке;
 - при нагноении заматочной гематомы при внематочной беременности;
 - при нагноении кисты или цистаденомы (при перекруте её ножки);
 - в аппендикулярном отростке или других органах брюшной полости, откуда инфекция распространяется лимфогенным или гематогенным путями.
- Пельвиоперитонит практически всегда развивается при восходящей острой гонорее или прогрессирующем восходящем инфицировании брюшины из нижнего отдела половых путей.
- Часто возникает после оперативных вмешательств,
- Как осложнение применения ВМК.



Классификация

По характеру экссудата различают пельвиоперитониты:

- серозный;
- фибринозный;
- гнойный (часто с развитием распространённого перитонита).

Клиническая картина

- Пельвиоперитонит начинается остро, ведущий симптом — резкая боль в нижних отделах живота.
- Отмечают значительное ухудшение самочувствия, повышение температуры тела до 38–39 °С, гиперемию лица. Возникают тахикардия, признаки общей интоксикации, сухость во рту, однократная рвота, вздутие живота, симптомы раздражения брюшины ниже пупка и над лоном. Больные жалуются на болезненность при мочеиспускании и дефекации.
- В анализах — лейкоцитоз.
- При гинекологическом обследовании в первые дни отмечают ригидность и болезненность заднего свода влагалища, в последующие дни — выпячивание заднего свода из-за скопления в нём экссудата. Небольшое количество экссудата может резорбироваться или нагнаиваться и вскрываться в прямую кишку, или в брюшную полость, создавая угрозу перитонита.
- Пельвиоперитониту всегда сопутствуют сальпингоофорит или эндометрит.
- Это обуславливает образование обширного воспалительного конгломерата и развитие спаечного процесса.

Диагностика

ЖАЛОБЫ

АНАМНЕЗ

- Сбор анамнеза в отношении перенесённых воспалительных гинекологических заболеваний и факторов риска помогает в
- постановке диагноза острого воспалительного процесса матки и придатков.

ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

- Подтверждают диагноз пельвиоперитонита:
- симптомы раздражения тазовой брюшины при пальпации и влагалищном исследовании;
- резкая болезненность в области придатков матки и при движении за шейку матки в сочетании с острой клинической
- симптоматикой.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- В крови — умеренная анемия, резкое увеличение СОЭ, умеренный лейкоцитоз со сдвигом влево, гипопротеинемия и
- диспротеинемия, сдвиг в электролитном балансе (умеренная гипокалиемия).

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- УЗИ органов малого таза (наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве);
- пункцию заднего свода влагалища (серознофибринозный или гнойный экссудат);
- бактериологическое исследование пунктата;
- рентгенографию органов брюшной полости (наличие уровней жидкости в кишечнике свидетельствует о паралитической
- непроходимости);
- диагностическую и лечебную лапароскопию;
- бактериологическое исследование перитонеальной жидкости.

Лечение

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- Антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия (гентамицин, оксациллин, метициллин, амоксициллин+клавулановая кислота, цефалоспорины, метронидазол и др.).
- Дезинтоксикационная терапия (Полидез©, Реополиглюкин©, полиионные растворы, белковые препараты и др.).
- Седативные средства, витамины, фолиевая кислота; антигистаминные и десенсибилизирующие средства (хлоропирамин, клемастин, глюконат кальция).

Лечение

- ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- Применяют лапароскопию. Она может быть диагностической и лечебной (удаление аппендикулярного отростка или маточных труб, яичников при остром гнойном сальпингоофорите, санация и дренирование брюшной полости). При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения и прогрессии воспалительного процесса необходима лапаротомия (для полной ревизии брюшной полости и органов малого таза). Гинекологическую операцию проводят в полном объёме, вскрывают и дренируют тазовые и межкишечные абсцессы, при необходимости удаляют аппендикулярный отросток и др.

<https://forms.gle/Fp9zh1QSCJc6UMBE7>