

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

ВВЕДЕНИЕ

По мнению Г. Мондора, в медицинской практике нет более драматической ситуации, чем та, что возникает при острых заболеваниях органов брюшной полости. Тем не менее практикующий врач в своей повседневной работе почти каждый день встречается с этими заболеваниями и должен решать как диагностические, так и тактические задачи. Острые гинекологические заболевания органов брюшной полости нередко объединяются в одно понятие, которое обозначается термином **«острый живот»**. В последние годы врачи все реже употребляют этот термин, стремясь поставить не синдромальный, а точный топический диагноз.

Но для специалистов общей практики диагноз **«острый живот»** допустим, так как является сигналом тревоги, показанием к срочной госпитализации больной в стационар (Федоров В.Д., 1988 г.).

Острый живот — это клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, угрожающий жизни и требующий неотложной помощи.

Термин «острый живот» является собирательным понятием, объединяющим группу заболеваний, различных по этиологическому признаку и патогенезу.

Актуальность данной патологии обусловлена высокой частотой связанных с ней осложнений. Несмотря на различные причины, симптоматика острого живота в гинекологии имеет много общих черт: внезапное появление болей среди полного здоровья (боли чаще начинаются внизу живота, постепенно усиливаясь и распространяясь по всему животу, могут быть настолько сильными, что вызывают обморок); тошнота, рвота; нарушение отхождения кишечных газов и кала; симптомы раздражения брюшины. Все заболевания с картиной острого живота требуют немедленной госпитализации больных, своевременной диагностики патологии и оказания неотложной помощи.

Следовательно, в настоящее время прогресс в лечении острых заболеваний органов брюшной полости возможен лишь при раннем и правильном диагнозе. Основные причины острого живота генитального происхождения у женщин представлены в табл. 1.

Таблица 1. Причины острого живота (генитального происхождения) у женщин

I. Острые внутренние кровотечения
1. Внематочная беременность. 2. Апоплексия яичника. 3. Перфорация матки
II. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов с вовлечением брюшины
1. Острый сальпингит, сальпингоофорит. 2. Пиосальпинкс, tuboовариальный абсцесс. 3. Пельвиоперитонит. 4. Разлитой перитонит генитального происхождения
III. Перфорация (разрыв) кистозных образований
1. Эндометриома яичника. 2. Пиосальпинкс. 3. Нагноившаяся киста яичника или tuboовариальный абсцесс. 4. Капсула тонкостенной кисты яичника
IV. Острое нарушение кровообращения внутренних половых органов
1. Перекрут ножки опухоли яичника. 2. Перекрут ножки миоматозного узла. 3. Перекрут гидросальпинкса, параовариальной кисты. 4. Нарушение кровообращения (некроз) миоматозного узла
V. Повреждения и ранения женских половых органов
1. Изолированные травмы гениталий. 2. Сочетанные ранения гениталий и смежных органов
VI. Эндометриозная болезнь
1. Перфорация эндометриомы. 2. Активный перитонеальный эндометриоз. 3. Болевая форма аденомиоза (особенно при перешеечном поражении)

3. Разрыв капсулы опухоли яичника

Разрыв капсулы опухоли яичника бывает *травматическим* или спонтанным (рис. 22). Он может произойти:

- после перекрута ножки кисты яичника;
- во время бимануального исследования;
- во время родов, когда киста яичника подвергается сжатию в тазу.

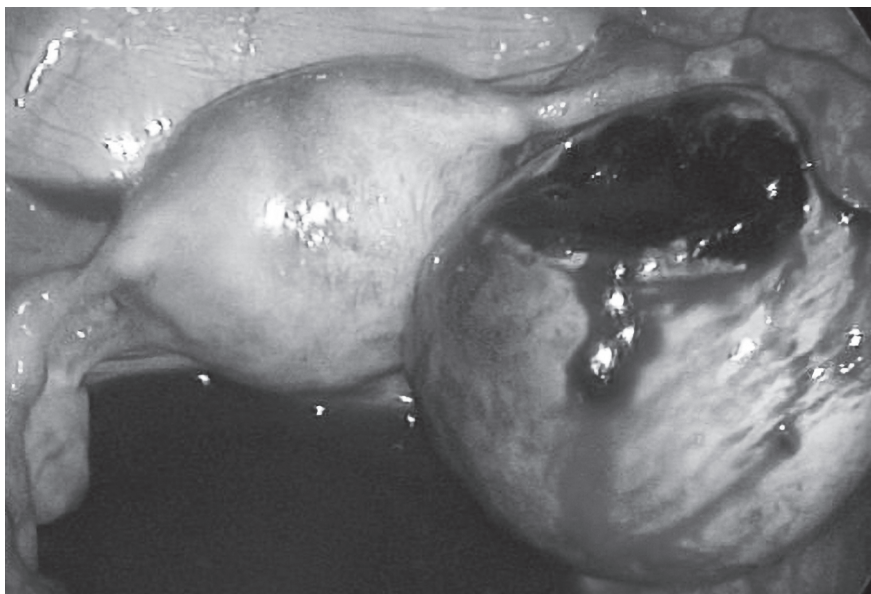


Рис. 22. Желтое тело с разрывом и кровотечением

Спонтанный разрыв встречается довольно часто при злокачественных опухолях, когда эпителий опережает в росте соединительную ткань.

Этиология. Причинами разрыва опухоли яичника могут быть:

- дегенеративные изменения в стенке опухоли;
- травма;
- грубое влагалищное исследование.

Клиника. Клиническая картина зависит от выраженности внутреннего кровотечения (от незначительного до массивного) и содержимого опухоли [фолликулярные цистаденомы и малигнизированные цистаденомы — серозный экссудат; эндометриоидная киста — кровь с железированной эндометриоидной тканью; дермоидная киста — жировая ткань, эпителиальные дериваты (зубы, волосы, ногти и др.)].

Наиболее агрессивной средой, которая может быть причиной быстрого развития реактивного перитонита, является содержимое дермоидных кист; при разрыве эндометриоидной и малигнизированной цистаденом наблюдается диссеминация патологического процесса.

В результате разрыва муцинозной кисты яичника может развиваться **псевдомиксома брюшины**. Это редкая патология. Эпителиальные клетки имплантируются на брюшину и начинают выделять желеобразный муцин, который не адсорбируется, или секрция идет быстрее, чем абсорбция. В конце концов брюшная полость заполняется своеобразным желе, а секретирующие клетки распространяются по париетальной и висцеральной брюшине. В результате этого возникает реактивный перитонит с образованием спаек. Больную приходится периодически подвергать оперативному лечению, для того чтобы максимально удалить экссудат из брюшной полости. Болезнь в течение нескольких лет медленно прогрессирует и в итоге приводит к летальному исходу от кахексии или обструкции. 5-летняя выживаемость составляет около 50%, а 10-летняя — около 20%.

Наиболее частые жалобы — внезапно появившиеся интенсивные боли в нижних отделах живота, иногда сопровождающиеся кратковременной потерей сознания, повышением температуры тела и ощущением излившейся в брюшную полость жидкости. При гемоперитонеуме характерны иррадиация болей в задний проход и их усиление при сидячем положении. Характерно появление болей при физической нагрузке или при половом акте. Разрыв кисты яичника часто сопровождается нарушением менструального цикла, проявляющимся кровянистыми выделениями из половых путей.

Диагностика. При изучении данных анамнеза особое внимание уделяют симптомам гормональных нарушений — нерегулярный менструальный цикл, частые задержки менструаций, ациклические кровотечения.

Характерно появление болей во второй фазе менструального цикла за несколько дней до предполагаемых менструаций. Женщины иногда обращают внимание на то, что в середине менструального цикла у них часто возникали подобные боли, которые спонтанно проходили. Тест

на беременность отрицательный. Если пациентка делала УЗИ органов малого таза, обращают внимание на наличие кисты яичника.

Объективное обследование выявляет:

- гемодинамические нарушения: тахикардию, ортостатическое положение, головокружение, сухость во рту, гипотензию, бледность кожных покровов;
- болезненность при пальпации нижних отделов живота. Наличие симптомов раздражения брюшины при отсутствии напряжения мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота в нижних отделах (симптом Куленкампа), увеличение живота, притупление перкуторного звука в отлогих местах живота наблюдаются только при выраженном внутрибрюшном кровотечении;
- отсутствие опухоли, ранее определявшейся — при разрыве опухоли во время исследования опухоль перестает определяться;
- резкую болезненность влагалищных сводов при вагинальном исследовании, передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании.

При УЗ-исследовании определяется наличие свободной жидкости в дугласовом пространстве, уменьшение в размерах опухоли или ее полное исчезновение.

Пункция заднего свода влагалища. Получение достаточного количества жидкости или крови, гемоперитонеум.

Дифференциальная диагностика:

- перекрут кисты яичника;
- перекрут субсерозного миоматозного узла;
- эктопическая беременность;
- апоплексия яичника;
- внутрибрюшное кровотечение негинекологической этиологии.

Неотложная помощь. При наличии выраженных нарушений гемодинамики неотложные мероприятия включают катетеризацию центральной вены (подключичная), медленное капельное введение физиологического раствора. При падении давления — инфузия преднизолона, ингаляция кислородом.

Лечение. См. подраздел 1.1 «Апоплексия яичника».