

## ЛЕКЦИЯ

Неотложные гинекологические заболевания в хирургической практике

### ВВЕДЕНИЕ

Ряд острых гинекологических заболеваний могут вызывать картину "острого живота" и требовать экстренного хирургического вмешательства. Даже при наличии специалиста гинеколога постановка диагноза далеко не всегда правильна и поэтому зачастую врачу-хирургу на операционном столе приходится устанавливать правильный диагноз.

Сложность постановки диагноза заключается в том, что катастрофа в полости малого таза, особенно в правой его половине очень часто может симулировать острый аппендицит, запоздание с диагнозом при котором может привести к трагическим последствиям. Если гинеколог не может с уверенностью поставить свой диагноз (т.е. патологию женской половой сферы), то он в условиях экстренной ситуации, дефицита времени, а также ограниченности дополнительных исследований отправляет больную к хирургу. Хирург основываясь на записи гинеколога об отсутствии патологии женской половой сферы зачастую вынужден бывает оперировать пациентку не в силах исключить острый аппендицит, который известен всем хирургам как "великий хамелеон". Поэтому каждый врач -хирург должен хорошо знать тактику при неотложных гинекологических заболеваниях, а также уметь выполнить экстренные гинекологические операции.

Наиболее часто хирургу приходится сталкиваться со следующей гинекологической патологией:

- 1) внематочная беременность
- 2) острые воспалительные заболевания придатков матки
- 3) пельвиоперитонит
- 4) перекрут ножки опухоли яичника
- 5) разрыв (апоплексия) яичника

### ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Причины нарушающие нормальное осуществление механизма транспорта яйцеклетки, могут приводить к возникновению внематочной беременности. Основной причиной считают различные анатомические изменения, которые чаще всего являются следствием разнообразных воспалительных процессов.

Возможны три варианта клинического течения трубной беременности:

- 1) прогрессирующая трубная беременность
- 2) беременность прерывающаяся по типу трубного аборта
- 3) беременность прерывающаяся по типу разрыва трубы

При прогрессирующей трубной беременности вначале в организме происходят изменения присущие нормальной маточной беременности ранних сроков. Матка размягчается и увеличивается в размерах.

В трубе формируется плодместилище, внутренней капсулой которого служит слизистая оболочка, прикрывающая плодное яйцо со стороны просвета трубы. Ворсины хориона внедряясь в стенку трубы, вызывают ее разрушение, образуется слой фибринозного некроза. Растущее плодное яйцо вызывает истончение стенок трубы, они растягиваются.

Случаи длительного прогрессирования и донашивания трубной беременности чрезвычайно редки. Условия развития плодного яйца вне матки неблагоприятны. Поэтому в пределах 4-5 недель происходит прерывание внематочной беременности.

При трубном аборте возникает разрыв внутренней капсулы плодместилища и начинается кровотечение в полость трубы. Обычно оно не бывает интенсивным, кровь пропитывает ткани плодного яйца, которое отслаивается от стенки трубы и сократительными движениями ее начинает изгоняться через ампулярный конец в брюшную полость. Изгнание плодного яйца может повторяться неоднократно, поэтому течение трубного аборта нередко может быть длительным. Оно тем длительнее и дольше, чем дальше от от фимбрионального конца трубы локализуется плодное яйцо. Вместе с ним в брюшную полость выталкивается изливающаяся кровь, она стекает в прямокишечно-маточное пространство и здесь может образовываться заматочная гематома. Вследствие выпадения фибрина и организации гематомы вокруг нее образуется капсула, к которой прирастают петли кишечника, сальник и матка.

Гематома может быть и перитубарной, если кровь скапливается непосредственно вокруг стенки трубы. Если же брюшной конец трубы закупоривается, кровь, излившаяся при отслойке плодного яйца скапливается в полости трубы и образуется гематосальпинкс.

В редких случаях гематомы могут инфицироваться и возникает нагноение.

Иногда трубный аборт сопровождается массивным кровотечением в брюшную полость. Интенсивность его определяет выраженность клинических симптомов прерывания трубной беременности.

Трубный аборт как способ прерывания бывает чаще, чем разрыв трубы в 51,2% по данным М.С.Александрова. Он характерен для локализации плодного яйца в ампулярном отделе несколько реже встречается в истмическом отделе трубы.

При нарушении целостности наружной капсулы плодместилища, т.е. разрыва самой стенки трубы, обычно кровотечение бывает интенсивным, оно происходит в брюшную полость и сопровождается выраженной клинической

кой картиной.

При разрыве трубы симптоматика определяется силой кровотечения, шоком и анемией. Очень редко разрыв может наступать в части трубы, обращенной в сторону широкой связки, и тогда кровотечение происходит между ее листками. Главная роль в разрыве трубы отводится разрушительному действию трофобласта.

Величина разрыва трубы не всегда определяет силу кровотечения. Даже при небольших разрывах кровотечение может быть очень сильным в связи с повреждением сосуда крупного калибра.

Беременность локализуемая в интерстициальном отделе трубы может прерываться на 1-2 месяца позже, чем при локализации в ампулярном и истмическом отделе, что связано с лучшими условиями развития плодного яйца, лучшей васкуляризацией и более толстым мышечным слоем в этом отделе трубы.

Яичниковая беременность характеризуется формированием плодместилища в самом яичнике, при этом в маточной трубе изменения обычно отсутствуют. Капсула плодместилища непрочная, легко разрывается с возникновением внутрибрюшного кровотечения.

Изменения наступающие при беременности в рудиментарном роге матки, сходны с таковыми при трубной беременности. Обычным исходом при этой локализации эктопической беременности является разрыв плодместилища и сильное кровотечение.

При брюшной беременности (первичной или вторичной) плодное яйцо имплантируется на брюшине кишечно-маточного углубления, в сальнике, брыжейке кишечника, печени и др.

Из окружающих тканей формируется плодместилище, развитие такой беременности чаще всего заканчивается разрывом плодместилища, сопровождающимся кровотечением и шоком. Однако в литературе встречаются описание донашивания брюшной беременности до поздних сроков, при этом сохранение плода зависит от места имплантации. Наиболее благоприятные условия создаются при имплантации плодного яйца на брюшине тонкого кишечника или сальника.

В редких случаях внематочная беременность любой локализации может закончиться самоизлечением без оперативного вмешательства. При полном трубном аборте, когда плодное яйцо целиком изгоняется в свободную брюшную полость, оно чаще всего погибает, а затем может подвергнуться обезествлению и мумификации. Кровотечение из трубы в очень редких случаях может остановиться самостоятельно. Если в плодное яйцо прони-

кает инфекция, источником которой является матка, трубы, кишечник, оно может нагноиться; при этом оболочки плодместилища превращаются в капсулу абсцесса. Абсцесс может вскрыться через кишечник после некроза его стенки или через мочевой пузырь с образованием длительно незаживающего свища. Заболевание протекает тяжело, самоизлечение встречается редко. Однако такие исходы внематочной беременности встречаются редко.

#### КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Из всех форм внематочной беременности в 99,5% приходится иметь дело с трубной беременностью. Клиника и диагностика внематочной беременности зависит от ряда факторов: локализации беременности, ее сроков, от того прогрессирует или прерывается беременность, от характера прерывания.

При внематочной беременности в организме женщины наступают те же изменения, что и при нормальной беременности.

Женщина считает себя беременной. Появляются сомнительные и вероятные признаки беременности: часто бывает задержка очередной менструации, нагрубают молочные железы, возникают различные вкусовые нарушения. Могут наблюдаться ранние токсикозы беременных (тошнота, рвота, слюнотечение и др.). Появляется цианоз слизистых оболочек влагалища и шейки матки и т.п.)

Однако при тщательном изучении симптомов можно заметить ряд особенностей, характерных для внематочной беременности. Например, при такой беременности в 15-20% случаев нет задержки менструаций. Характерные для внематочной беременности признаки лишь при ее нарушении.

#### ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Обычно трубная беременность нарушается в ранние сроки (4-6 недель), так как в трубе отсутствуют благоприятные условия для развития плодного яйца. Прогрессирующая ненарушенная трубная беременность диагностируется чрезвычайно редко. Она протекает почти бессимптомно или симптомы ее выражены слабо и мало отличаются от симптомов нормально развивающейся беременности.

Для анамнеза больных с внематочной беременностью вообще и прогрессирующей трубной беременностью в частности характерно наличие воспалительных заболеваний внутренних половых органов. Наиболее важный объективный признак, который позволяет заподозрить прогрессирующую трубную беременность, это наличие мягковатого опухолевидного образования, находящегося обычно сбоку и несколько кзади от матки. Оно имеет колбасовидную форму, эластическую консистенцию, при пальпации болез-

ненно и часто пульсирует.

Возможности пальпации зависят от локализации плодного яйца. Симптоматика прогрессирующей трубной беременности бедна, однако ее бывает достаточно, чтобы предположительно поставить этот диагноз и немедленно госпитализировать больную для тщательного обследования и динамического наблюдения.

Врач всегда должен помнить, что прогрессирующая трубная беременность в любой момент может нарушиться с возникновением массивного кровотечения в брюшную полость и привести к тяжелым последствиям для здоровья больной.

Прогрессирующую трубную беременность чаще всего приходится дифференцировать с маточной беременностью ранних сроков в сочетании с остаточными явлениями воспалительного процесса придатков матки (сальпингит, гидросальпинкс, аднексит) или кистозными образованиями яичника. В редких случаях опухолевидное образование в области придатков матки может симулировать раздутая петля кишки.

В стационаре больной, у которой подозревают прогрессирующую трубную беременность, назначают трубную беременность, назначают строгий постельный режим и устанавливают тщательное динамическое наблюдение. В настоящее время больную исследуют с помощью УЗИ. При неэффективности этого метода может быть выполнена лапароскопия, кульдоскопия. Если диагноз поставлен, то больная должна быть оперирована,

#### ПРЕРВАВШАЯСЯ ТРУБНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Трубная беременность обычно прерывается в сроки 4-6 недель. Она может идти по типу трубного аборта или разрыва маточной трубы.

В практике чаще встречаются больные, у которых беременность прерывается по типу трубного аборта, возникающего обычно при nidации плодного яйца в ампулярной части маточной трубы.

Разрыв трубы встречается реже. Чем дальше от ампулярного конца трубы имплантируется плодное яйцо, тем чаще беременность прерывается по типу разрыва трубы с массивным кровотечением в брюшную полость. Обычно кровотечение тем сильнее, чем ближе к матке имплантировано в трубе плодное яйцо. Самое обильное кровотечение наблюдается при интерстициальной беременности, так как в этом участке трубы значительно развита сосудистая сеть.

#### РАЗРЫВ ТРУБЫ

Диагностика трубной беременности, нарушенной по типу разрыва трубы, обычно не вызывает затруднений. В таких случаях наблюдается карти-

на массивного внутреннего кровотечения и перитонеального шока.

Обычно у больной бывает задержка очередной менструации ( но ее может и не быть) и она считает себя беременной. Среди полного здоровья внезапно появляются приступообразные боли внизу живота, особенно в одной из подвздошных областей, отдающие в задний проход, поясницу или нижние конечности. Появляется френикус-симптом. Боль при разрыве трубы обусловлена не только ее разрывом , но и раздражением брюшины, излившейся из поврежденных сосудов кровью. Часто бывает кратковременная потенря сознания, головокружение, тошнота, рвота, икота, мочеиспускание обычно задерживается, но может быть и учащенным. Появляются позывы на дефекацию, иногда понос. Больная бледна, апатична, зрачки расширены, на лице выступает холодный пот, губы бледные с синюшным оттенком.

В анамнезе у таких больных можно отметить те же характерные особенности, что и в случаях прогрессирующей трубной беременности (позднее половое развитие, нарушение менструальной функции, аборты, осложненные роды, воспалительные заболевания внутренних половых органов и т.п.) Температура тела обычно нормальная, субфебрильная или даже пониженная ( изредка выше 38 С). При исследовании у таких больных, часто можно обнаружить нагрубание молочных желез, при надавливании из соска выделяются капли молозива.

Пульс частый, слабого наполнения и напряжения, артериальное давление снижено и прогрессивно падает. Отмечается одышка.

Живот умеренно умеренно вздут, больная щадит его во время дыхания. Перкуссия и пальпации живота резко болезненна, особенно на стороне разорвавшейся трубы, мышечное напряжение определяется далеко не всегда. Тогда как при перитонитах инфекционного происхождения оно всегда выражено. Необходимо обратить внимание на так называемую перкуторную болезненность, т.е. болезненность при перкуссии живота - эта болезненность при нарушенной беременности появляется гораздо раньше классических симптомов раздражения брюшины ( например симптома Щеткина-Блюмберга).

В большинстве случаев напряжения брюшной стенки выражено слабо, и, если отвлечь внимание больной, его можно преодолеть. При перкуссии живота, помимо резкой болезненности, в отлогих местах брюшной полости определяется притупление перкуторного звука, граница которого перемещается с изменением положением тела больной. При перемене положения боли усиливаются и может наступить повторный обморок. Если кровотечение продолжается, то картина перитонеального шока нарастает, малокро-

вие прогрессирует. После первого приступа болей состояние больной может несколько улучшиться, а затем приступы могут повториться. В крови выявляются характерные изменения: изменения: анемия, цветной показатель не изменяется, т.к. происходит равномерное снижение числа эритроцитов и гемоглобина. Затем нормохромная анемия сменяется гипохромной. Со стороны белой крови в первые часы после кровопотери наблюдается кратковременная лейкопения и тромбоцитопения. В дальнейшем появляются молодые формы эритроцитов и лейкоцитов. СОЭ при большой кровопотере повышено.

Гинекологическое исследование, которое следует производить очень осторожно (возможность вызвать очередной инсульт), помогает уточнить диагноз. При осмотре наружных половых органов отмечается цианоз и разрыхленность входа во влагалище. В большинстве случаев сразу после прерывания беременности по типу разрыва трубы кровянистые выделения из влагалища отсутствуют, так как децидуальная оболочка из матки еще не успевает отторгнуться. Через несколько часов после болевого приступа или на следующий день из влагалища появляются скудные темно-коричневые выделения.

При осмотре с помощью зеркал шейка матки несколько цианотична, наружный зев закрыт. Само влагалищное исследование резко болезненно. Особенно болезненны смещения матки. Матка несколько болезненна при пальпации. Иногда при пальпации матки создается впечатление, что она как бы "плавает" в жидкости - симптом "плавающей матки". Он определяется тогда, когда в брюшной полости имеется много крови. Через один из боковых сводов влагалища прощупывается "тестоватость" без четких контуров, нередко определяется пульсация сосудов. Задний свод влагалища стлажен или даже выпячен, пальпация его резко болезненна. Этот симптом сполучил название "Крик Дугласа".

Необходимо помнить, что при подозрении на разрыв трубы исследование больной, особенно двуручное влагалищное, надо производить очень бережно во избежание повторных инсультов, которые могут привести к большей кровопотере и смерти больной.

Обычно клиническая картина заболевания настолько ясна, а состояние больной тяжелое, что нет необходимости и времени для применения дополнительных методов исследования.

Однако причиной острого заболевания с резкой болью и анемизацией может быть не только прерывание трубной беременности.

Прежде всего к ним относится самопроизвольный аборт при неболь-

ших сроках маточной беременности с обильным кровотечением, когда имеются признаки беременности и картина резкого малокровия.

Сюда же можно отнести некоторые гинекологические и экстрагенитальные заболевания сопровождающиеся значительным кровотечением в брюшную полость и картиной перитонеального шока ( апоплексия яичника, хорионэпителиома трубы, травма печени и селезенки. При этих заболеваниях беременности нет, но имеется массивное кровотечение в брюшную полость и резкая анемизация больной.

Наконец, разрыв беременной трубы надо дифференцировать с некоторыми гинекологическими и экстрагенитальными заболеваниями, при которых нет ни беременности ни массивного внутреннего кровотечения, но на лицо картина острого живота и коллапса ( острый пельвиоперитонит, перекрут ножки опухоли яичника, острый аппендицит с прободением отростка, перфоративная язва).

В сомнительных случаях для определения наличия крови в брюшной полости прибегают к пункции через задний свод влагалища.

Апоплексия яичника, как и нарушенная трубная беременность, может сопровождаться массивным кровотечением в свободную брюшную полость и вызывать симптомы сходные с симптомами разрыва трубы.

Апоплексию яичника до операции распознать трудно. В диагностике помогает тщательное изучение анамнеза и данных объективного исследования. У больной с апоплексией яичника, как правило не бывает задержки менструации, а заболевание наступает в дни овуляции (через 1,5-2 недели после окончания менструации. Больная не считает себя беременной. При гинекологическом исследовании не выявляется цианоз входа во влагалище, матка не увеличена в размерах. Тактика врача зависит от силы кровотечения в брюшную полость.

Если имеются симптомы массивного кровотечения, то больную нужно оперировать. Если апоплексия незначительна, то применяют дополнительные методы исследования: УЗИ, лапароскопия.

Очень редко причиной массивного кровотечения в брюшную полость может быть хорионэпителиома трубы. Клиника этого заболевания весьма сходна с разрывом беременной трубы. Правильный диагноз до операции поставить очень трудно, но оба этих заболевания требуют оперативного лечения, что облегчает задачу.

Гистологическое изучение удаленной трубы, позволяет уточнить диагноз.

При дифференциальном диагнозе с травмой печени, селезенки, вопрос



решается путем тщательного изучения анамнеза: нет признаков беременности, указание на травму, повреждение кожных покровов (ссадины, кровоподтеки). Чревосечение не будет ошибкой, т.к. оно показано в обоих случаях.

При дифференциальном диагнозе с пельвиоперитонитом, перекрутом ножки опухоли яичника, острым аппендицитом нужно учитывать, что нет задержки менструации, признаков беременности, отсутствует картина внутреннего кровотечения и анемия.

При остром пельвиоперитоните у больной сухой язык, высокая температура, характерная картина формулы крови (высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, высокая СОЭ). Более резко выражено напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины, т.е. имеется типичная картина острого живота. При пункции через задний свод влагалища извлекают не кровь (как при нарушенной трубной беременности), а мутную или гнойную жидкость.

Для перекручивания ножки опухоли яичника характерно то, что в анамнезе больной часто имеется указание на кисту или опухоль яичника. Более резко выражена картина острого живота (ригидность мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины. При двуручном влагалищном исследовании определяется резко болезненное овальной или шаровидной формы опухолевидное образование туго- или плотно-эластической консистенции. Дело облегчается тем, что операция показана в обоих случаях.

Нередко приходится дифференцировать разрыв трубы или трубной беременности с острым аппендицитом. При нем нет признаков массивного внутреннего кровотечения, имеются симптомы Кохера, Ситковского, Ровзинга. Лейкоцитоз и левый сдвиг в формуле крови. Операция здесь также показана.

#### ТРУБНЫЙ АБОРТ

Прерывание трубной беременности значительно чаще происходит по типу трубного аборта, чем разрыва трубы. Клиническая картина при трубном аборте обычно развивается более медленно. Кровь излившаяся в брюшную полость вследствие тяжести стекает в заматочное пространство - образуется *hematoma retrouterina*, при этом происходит уплощение или выпячивание заднего свода влагалища. Иногда кровь, изливающаяся из трубы медленно и небольшими порциями, образует вокруг нее кровяной слепок - *hematoma peritubaria*.

Обычно вследствие более медленного течения заболевания и незначительного кровотечения в брюшную полость клиническая картина при труб-

ном аборте смазана, симптоматика выражена не ярко, общее состояние больной иногда длительное время остается удовлетворительным. Поэтому диагностика трубного аборта часто представляет большие трудности. Считают, что диагностика вялотекущего трубного аборта представляет собой "главу диагностических ошибок" в работе акушера-гинеколога.

Вместе с тем необходимо помнить, вялотекущий трубный аборт в любой момент может осложниться сильным кровотечением в брюшную полость, угрожающим жизни больной - поэтому всегда надо строго придерживаться правила: при подозрении на внематочную беременность необходимо всегда госпитализировать больную.

Для правильной диагностики большое значение имеет тщательное изучение анамнеза: часто имеется указание на воспалительные процессы, первичное или вторичное бесплодие, нарушение менструальной функции, чаще всего задержку очередной менструации (в 70% случаев) и появление из влагалища скудных кровянистых выделений и кусочков "какой-то ткани" (децидуальная оболочка). Задержки менструации может и не быть, а кровянистые выделения могут появиться раньше или в срок ожидаемой менструации. В связи с задержкой менструации больная часто считает себя беременной, нередко появляется тошнота по утрам, нагрубание молочных желез.

Внезапно или исподволь возникают приступообразные боли типа схваток в одной из подвздошных областей. Эти боли обычно не так сильно выражены как при разрыве трубы. Они могут прекратиться, и тогда больная чувствует себя хорошо. Во время приступа может быть легкое головокружение, реже отмечаются кратковременные обмороки, чувство дурноты, рвота, икота. Иногда боли отдают в ноги, задний проход, появляются позывы на дефекацию, но приступ проходит и все симптомы исчезают или в значительной степени уменьшаются.

Общее состояние больной остается удовлетворительным. Через некоторое время болевой приступ может повториться.

Для суждения о степени кровопотери большое значение имеет осмотр больной, при котором часто обнаруживается бледность кожных покровов и слизистых. Пульс может быть незначительно учащен, артериальное давление нормальное или чуть снижено. Температура нормальная или субфебрильная. Молочные железы несколько уплотнены, при надавливании из сосков часто выделяется секрет молочного цвета. Передняя брюшная стенка обычно участвует в акте дыхания, перкуссия ее и пальпация слегка болезненна, в одной из подвздошных областей, напряжение мышц живота

обычно отсутствует. При значительном кровотечении в брюшную полость отмечается наличие свободной жидкости в ней и симптомы раздражения брюшины. Выраженность симптомов при трубном аборте зависит от массивности кровотечения в брюшную полость. Чем оно массивнее, тем симптомы более выражены. Важную роль играет и реактивность организма. Иногда в брюшной полости крови мало, а у больной налицо тяжелая картина перитонеального шока.

Объективное исследование при бимануальном осмотре напоминает картину при разрыве трубы. Смещения шейки матки при влагалитном исследовании болезненны. Матка немного увеличена, плотна или несколько размягчена и слегка болезненна. Величина матки часто не соответствует сроку задержки менструации (размеры ее меньше). В области придатков матки обычно с одной стороны пальпируется опухолевидное образование колбасовидной или веретенообразной формы мягковатой консистенции, ограничено подвижное, умеренно болезненное, с нечеткими контурами, иногда пульсирующее. Задний свод влагалитца уплощен или выпячен, пальпация его болезненна. В крови иногда выявляется гипохромная анемия. При затынувшемся трубном аборте прогрессивно снижается количество гемоглобина, но общая картина крови почти нормальная, иногда повышается СОЭ. При повторных кровоизлияниях в брюшную полость и всасывания крови возникают гипохромная анемия, небольшой лейкоцитарный сдвиг. Трубную беременность следует дифференцировать с маточным абортом при малых сроках беременности, обострением хронического аднексита и дисфункцией яичников, перекручиванием ножки опухоли яичника, апоплексией яичника без значительного внутреннего кровотечения и острым аппендицитом.

Чаще всего трубный аборт приходится дифференцировать с маточным абортом при небольшом сроке беременности. Действительно у больной в анамнезе имеется указание на задержку менструации, женщина считает себя беременной, затем появляются схваткообразные боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалитца. Двуручное влагалитное исследование при трубном аборте выявляет характерные изменения со стороны придатков и влагалитных сводов, чего не бывает при маточном аборте.

Очень часто трубный аборт приходится дифференцировать с обострением воспалительного процесса придатков матки, так как эти заболевания имеют много одинаковых симптомов диагностика затрудняется еще потому, что у больных с трубной беременностью в анамнезе очень часто бывают указания на воспаление придатков матки.

При воспалительных процессах придатков матки особенно в стадии обострения, могут быть те же симптомы, что и при трубном аборте: боли внизу живота, пояснице, нарушение менструального цикла, кровянистые выделения из влагалища, увеличение придатков матки, их болезненность и субфебрильная температура. Пульсация сосудов в сводах при влагалищном исследовании наблюдается не только при трубной беременности, но и при обострившемся воспалении придатков матки.

Общность симптомов часто создает трудности в диагностике. Положение осложняется еще тем, что способы лечения этих заболеваний совершенно различны.

При обострении воспалительного процесса придатков матки задержки менструации как правило не бывает. Больная не чувствует себя беременной, объективные признаки беременности отсутствуют. Температура обычно повышена. Картина крови характерна для воспалительного процесса (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ).

При гинекологическом обследовании признаков беременности нет, матка в большинстве случаев нормальной величины, плотной консистенции.

Воспаленное образование придатков матки имеет более плотную консистенцию, четкие контуры и менее подвижно чем маточная труба при трубном выкидыше.

Если у больной при подозрении на трубный аборт имеются данные о наличии крови в прямокишечно-маточном пространстве (уплощение или выпячивание заднего свода влагалища), большую помощь в диагностике может оказать пункция через задний свод влагалища. Если же трубная беременность прерывается по типу разрыва трубы или трубного аборта с массивным кровотечением в брюшную полость и явлениями нарастающей анемией и шока, тратить время на пункцию не следует.

Прежде чем делать пункцию, всегда нужно поставить перед собой вопрос, будет ли отменено чревосечение, если при пункции врач не получит характерную кровь.

Если состояние больной таково, что независимо от результатов пункции срочно показано чревосечение, к пункции прибегать не следует. Если же при отрицательных результатах пункции можно воздержаться от чревосечения, то при соответствующих показаниях делать ее нужно.

Чаще всего пункцию заднего свода назначают, когда трубный выкидыш, протекающий хронически дифференцируют от обострившегося воспаления придатков матки, перекрута ножки опухоли яичника или аппендицита.

При трубном аборте в шприц во время пункции поступает темная

жидкая кровь небольшими сгустками в виде крупинок.

Удобнее всего кровь из шприца вылить в заранее приготовленный стакан с изотоническим раствором хлорида натрия. Рассматривая содержимое стакана на све, можно увидеть крошковидные сгустки крови, опускающиеся на дно стакана. Получение алой крови без сгустков чаще всего свидетельствует о ранении иглой сосудов матки.

Необходимо помнить, что пункция через задний свод влагалища является только вспомогательным диагностическим методом. Известно немало случаев, когда при наличии нарушенной трубной беременности и значительного количества крови в брюшной полости пункция давала отрицательный результат (например, при обширном спаечном процессе в малом тазу). И, наоборот, при пункции получали значительное количество крови, а в брюшной полости ее не оказывалось (кровь получали из матки или из сосуда).

Для дифференциальной диагностики аппендицита и трубной беременности имеет значение симптом Промтова, который заключается в следующем. Если у больной имеется острый аппендицит, то пальпация прямокишечно-маточного углубления через прямую кишку вызывает резкую болезненность. В то же время приподнимание матки или движение шейки малоболезненно или совсем безболезненно. При трубной беременности, наоборот, пальпация дна прямо-кишечно-маточного углубления почти безболезненное, а приподнимание матки или движения за шейку резко болезненны.

Пункция через задний свод: По данным литературы отрицательные результаты пункции при наличии внематочной беременности колеблются от 3,1 до 20% , а положительные при ее отсутствии от 1,1 до 9%.

Обычно оценка пунктата, полученного при пункции через задний свод, производится на основании его осмотра невооруженным взглядом. Однако такой способ не всегда достаточно надежен. У ряда больных при пункции получают не темную кровь, а кровянисто серозную жидкость с шоколадным оттенком. Это не исключает нарушенной внематочной беременности, но и не вполне ее доказывает. В таких случаях целесообразно прибегнуть к микроскопической оценке пунктата.

Полученный пунктат должен быть исследован немедленно. Маленькую каплю пунктата наносят на предметное стекло и накрывают стеклом так, чтобы получился как можно более тонкий препарат. Рассматривают несколько полей зрения, так как в них могут наблюдаться различные микроскопические картины. Если эритроциты свежей крови обладают резко выраженной способностью к агглютинации и почти все склеиваются в "монетные

столбики", то в крови, излившейся в брюшную полость, способность к агглютинации изменяется: большое число эритроцитов остается рассеянным, одновременно в них наблюдается зернистый распад, что приводит к образованию видоизмененных форм типа "тутовых ягод".

Обнаружение выщелоченных эритроцитов, превращение их в тени сви- приобретает несомненное диагностическое значение.

Однако отсутствие агглютинации эритроцитов еще не доказывает наличие внематочной беременности, также как наличие "монетных столбиков" ее не исключает. Они могут быть обнаружены не только при возникновении непосредственно перед пункцией внутрибрюшного кровотечения, но и в старой крови, если во время пункции к ней примешалась часть свежей крови из поврежденного сосуда.

Довольно высокий процент ошибочных ответов, невозможность дифференцировать внематочную беременность от других заболеваний, сопровождающихся кровоизлиянием в брюшную полость и часто нетребующих оперативного вмешательства (небольшая апоплексия яичника, попадание крови в брюшную полость через трубы во время менструации и при выскабливании матки) нередко затруднительная оценка пунктата снижают диагностическую ценность пункции через задний свод влагалища.

#### ЛЕЧЕНИЕ

При внематочной беременности в настоящее время применяют комплексное лечение. Оно складывается из следующих этапов:

- 1) операция
- 2) борьба с шоком
- 3) ведение послеоперационного периода

С момента поступления необходимо поставить диагноз, срочно определить группу крови и резус-фактор у больной (это зачастую выполняется на операционном столе. Катетеризируется вена, желательна центральная или выполняется венесекция. Параллельно с подготовкой к наркозу проводят противошоковые мероприятия - переливание плазмозаменителей (желатиноль, полиглюкин, гормоны и т.д.), при необходимости переливают эритроцитарную массу, кровь.

Немедленное чревосечение в условиях эндотрахеального наркоза и получение собственной крови больной дает возможность для реинфузии.

Реинфузия показана, если количество излившейся крови превышает 500 мл, если с момента заболевания прошло менее 12 часов. Кровь собирается из брюшной полости черпачком и процеживается через 8 слоев марли в банку с добавлением в нее 10 мл 4% раствора цитрата натрия или

глюцира, или 5000 мг гепарина (1мл). Затем кровь помещается в стерильную колбу и переливается больной.

После нижнесрединной лапаротомии сбора крови для реинфузии, выведения матки на шипцах Мюзо, убедившись, что действительно имеется трубная беременность, нужно остановить кровотечение. Чаще всего производится удаление трубы, если имеется разрыв ее стенки. Это осуществляется путем наложения зажимов Кохера на маточный конец трубы и мезосальпинкс параллельно трубе. При этом нужно следить, чтобы в зажим не попали собственная связка яичника и круглая связка матки.

Мезосальпинкс пересекают параллельно маточной трубе до угла матки. Затем трубу отсекают от матки. При этом большинство авторов рекомендуют иссечь угол матки с интерстициальным отделом трубы. Для этого прошивают угол матки иглой и под ней под предварительно наложенным зажимом клиновидно иссекают угол матки. После отсечения от матки трубы прошивание заканчивают восьмиобразным швом, который служит одновременно и держалкой. При необходимости накладывают два таких шва. Затем накладывают лигатуру на культю мезосальпинкса. Иссечение интерстициального отдела трубы рекомендуется как профилактика повторной трубной беременности в этом участке. После удаления трубы проводят перитонизацию, для которой используется брюшина, покрывающая круглую связку матки с соответствующей стороны. Для этого, отступя от матки 3-4 см, брюшину круглой связки захватывают зажимом и непрерывным кетгуттовым швом подшивают к заднему листку широкой связки матки в области культи мезосальпинкса, а затем к углу матки, полностью прикрывая культю трубы.

При наличии заматочной гематомы оперативное вмешательство является более сложным. В брюшной полости большие сращения, к капсуле гематомы приращены петли кишечника, сальник. Операция заключается в разъединении этих сращений, опорожнение гематомы, удаление пораженной трубы (или придатков) и по возможности удаление капсулы. Это не всегда удается сделать полностью из-за сращений. Затруднителен в таких случаях гемостаз, так как диффузно кровоточит иногда огромное ложе гематомы. Иногда ложе гематомы дренируют через колпотомию или брюшную стенку.

Собственную кровь больной не переливают, если давность прерывания внематочной беременности большая и кровь гемолизирована, не производят реинфузию при небольших кровопотерях.

В ряде случаев у нерожавших женщин возможно использование операций сохраняющих трубу, особенно при удаленной или измененной 2-й трубе. Эти операции должны выполняться на фоне удовлетворительного состо-

яния хирургом-гинекологом высокой квалификации.

Послеоперационный период обеспечивается адекватным обезболиванием, инфузионной и антибактериальной терапией, коррекцией анемии. На 2-3 дня назначается постельный режим. Швы снимают на 8-10 сутки.

#### ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТОЧНЫХ ТРУБ И ЯИЧНИКОВ.

Сальпингооофорит или аднексит чаще захватывает маточные трубы, яичники вовлекаются в процесс вторично. Инфекция проникает в маточные трубы восходящим путем из матки или нисходящим - при проникновении возбудителей из брюшины. Возможны также гематогенный и лимфогенный пути заражения.

В начальной стадии воспалительного процесса в стенке маточной трубы отмечается гиперемия, набухание слизистой оболочки и усиленная секреция ее эпителия.

Развивается катаральный сальпингит, стенка трубы при этом равномерно утолщается, труба при влагалитном исследовании легко пальпируется.

При прогрессировании процесса в просвете маточной трубы скапливается обильный секрет. Складки слизистой оболочки становятся отечными, утолщаются и способствуют тому, что маточная часть трубы становится непроходимой для секрета, а при закрытии воронки маточной трубы обильный секрет растягивает стенки трубы, превращая ее в мешотчатую продолговатую опухоль, заполненную серозным содержимым - сактосальпинкс или гидросальпинкс, чаще двусторонний. Если полость маточной трубы заполнена гноем, ее называют пиосальпинксом.

При сальпингите в процесс быстро вовлекается брюшинный покров маточной трубы, в результате чего образуются сращения с соседними органами, чаще всего с яичником, вследствие чего яичник тоже вовлекается в воспалительный процесс. Развивается сальпингооофорит или аднексит. Если пиосальпинкс срастается с яичником в тоще которого имеется абсцесс, перегородка между ними рассасывается и образуется полость, наполненная гноем - тубоовариальный абсцесс. Клиническое течение зависит от характера поражения. При остром сальпингите температура достигает высоких цифр, боль локализуется в паховых областях и крестце. Боль постоянного характера, усиливающаяся при дефекации, мочеиспускании, физическом напряжении, половом акте. Нередко развивается перитонит, так как даже незначительное воспалительное утолщение труб вызывает реакцию со стороны наружной оболочки трубы и ее брыжейки. Часто больные жалуются на бели, появляющиеся после менструации и прекращающиеся в предменстру-



альные и менструальные дни. Менструации чаще принимают характер меноррагий, нередко наступает альгоменоррея, т.е. болезненные менструации, которых прежде у больной не было.

Диагноз: Распознавание сальпингита и его осложнений возможен исключительно путем двуручного гинекологического исследования. Исследование должно проводиться максимально осторожно, так как грубое двуручное исследование может повлечь распространение инфекции в толщу стенки трубы и за ее пределы. При легком течении заболевания и в начальных его стадиях (катаральный сальпингит) обнаруживается отечность, небольшое утолщение трубы и болезненность при пальпации.

При гидросальпинксе определяются двусторонние продолговатые образования, которые в течение многих месяцев сохраняют одинаковую величину. Пиосальпинкс, чаще односторонний очень болезнен, малоподвижен, при правильном режиме и лечении постепенно уменьшается, становится плотнее, болезненность при пальпации сохраняется длительное время. Весьма характерны изменения крови: снижение уровня гемоглобина, макроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гиперлейкоцитоз, исчезновение эозинофилов, снижение уровня сегментоядерных и повышение уровня палочкоядерных форм, СОЭ увеличивается в острой стадии заболевания и надолго остается после ликвидации воспалительного процесса. Дифференциальная диагностика с внематочной беременностью проведена выше. При дифференциальной диагностике с острым аппендицитом следует учитывать аппендикулярные симптомы.

Лечение в острой стадии аднексита наибольшее значение имеет покой со строгим постельным режимом, антибиотикотерапия, болеутоляющие средства, десенсибилирующие и т.д.

При гнойном воспалении маточных труб, в случаях, когда гнойная опухоль располагается в прямокишечно-маточном углублении и выпячивает задний свод влагалища, рекомендуется пункция абсцесса с последующим введением в полость антибиотиков. Пункцию повторяют ежедневно или через день. В благоприятных случаях улучшение наступает скоро.

Пункции прекращают, когда в шприц поступает незначительное количество серозно-кровянистой жидкости. Хирургическое лечение показано при хронических воспалительных опухолях маточных труб и яичников, когда консервативное лечение в течение ряда лет неэффективно.

В случаях экстренного вмешательства прибегают к удалению пиосальпинкса, санации и дренированию брюшной полости.

Пельвиоперитонит

Различают местный процесс ограниченный полостью малого таза. Распространенный на нижний этаж брюшной полости - диффузный, на верхний этаж - разлитой.

Пельвиоперитонит - воспаление брюшины малого таза, чаще бывает вторичным за счет аднексита, параметрита.

Основным этиологическим фактором заболевания является проникновение микробной флоры (стафилококк, стрептококк, гонококк, кишечная палочка). Факторы способствующие проникновению инфекции : разрыв абсцесса (пиосальпинкса, абсцесса клетчатки малого таза), перфорация матки, метросальпингография, криминальные аборты, иногда хирургические операции на органах малого таза.

Клиника.

Различают три стадии течения пельвиоперитонита: 1) острую, 2) подострую, 3) хроническую.

Заболевание начинается с высокой температуры, озноба, сильной боли внизу живота, тошноты рвоты. Пульс частый, слабого наполнения и напряжения. Нередко отмечается выраженный метеоризм, атония кишок, задержка стула или понос, иногда частое, болезненное мочеиспускание. Брюшная стенка напряжена, перкуссия болезненна. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Привлагалищном исследовании из-за напряжения брюшной стенки топическая диагностика затруднена. При исследовании крови: лейкоцитоз, нейтрофилия, лимфопения, увеличение СОЭ.

По клиническому течению острая стадия пельвиоперитонита весьма сходна с течением диффузного перитонита.

После отграничения спайками воспалительного процесса наступает вторая стадия пельвиоперитонита - подострая. Общее состояние больного заметно улучшается, тошнота и рвота прекращаются, раздражение брюшины исчезает, вздутие и болезненность сохраняется только в нижних отделах живота. Снижается температура, нормализуется пульс.

При влагалищном исследовании в прямокишечно-маточном углублении определяются выпот, смещающий матку кпереди и кверху и выпячивающий задний свод. Над лобком определяется верхняя граница выпота. При благополучном течении процесса экссудат рассасывается, на его месте остаются спайки между органами смещающие и ограничивающие подвижность тазовых органов.

В менее благоприятных случаях процесс переходит в хроническую стадию, протекает длительно, вяло, периодически обостряясь. При этом

может образоваться абсцесс, который иногда самостоятельно вскрывается в прямую кишку, мочевой пузырь, влагалище или брюшную полость. При опорожнении абсцесса с помощью пункции или кольпотомии. Состояние больной улучшается. При спонтанном вскрытии абсцесса в мочевой пузырь или в брюшную полость течение болезни осложняется восходящей инфекцией мочевых путей или разлитым перитонитом.

Диагностика основана на данных клинической картины, влагалищного исследования и лабораторных данных. В острой стадии заболевания необходимо дифференцировать с разлитым перитонитом. Большую помощь оказывает тщательное наблюдение за больной в течение нескольких часов во время интенсивной терапии. Если появится тенденция к ограничению процесса с улучшением общего состояния - значит у больной пельвиоперитонит, при прогрессировании процесса - диффузный перитонит. Дифференциальная диагностика с внематочной беременностью разрешается результатами пункции заднего свода.

Лечение зависит от стадии пельвиоперитонита. Оно должно быть направлено на ограничение воспалительного процесса: строгий постельный режим, приподнятый головной конец, холод, антибиотикотерапия, дезинтоксикация. Если при пункции заднего свода получают экссудат, то направляют на бактериологическое исследование и чувствительность к антибиотикам. Через иглу вводят антибиотики, антисептики. При серозном экссудате пункция рекомендуется 2 раза в неделю - 2-3 пункции. При гнойном - ежедневно или через день - всего 4-10 пункций. При высоком расположении (заматочно) абсцесса возникает необходимость вскрывать его через переднюю брюшную стенку экстраперитонеально и дренировать. При пиосальпинксе не поддающемся консервативной терапии - показано хирургическое лечение. Если произведено оперативное вмешательство в остром периоде - то удаляется источник инфекции (пиосальпинкс), санится и дренируется брюшная полость.

Диффузный и разлитой перитонит гинекологического происхождения является заболеванием вторичным и развивается чаще в послеоперационном периоде (после кесарева сечения, других гинекологических операций), разрыве гнойных воспалительных опухолей, при распространении инфекции лимфогенным и гематогенным путем из имеющихся воспалительных очагов. Иногда перитонит может стать проявлением генерализованной септической инфекции. Клиническая картина диффузного разлитого перитонита мало отличается от картины перитонита вызванного другими причинами. Дифференциальная диагностика не столь важна, так как после кратковременной пре-

доперационной подготовки как и при всех видах перитонита показано оперативное лечение. Принципы лечения аналогичны принципам лечения перитонитов другого происхождения.

**ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА (перекрут кисты яичника).**

Опухоли яичников делят на две основные группы: бластоматозные (пролиферирующие) опухоли яичника, или кистомы; небластоматозные (непролиферирующие) яичника, или кисты.

Большая часть кист и кистом расположены на ножке. Различают анатомическую и хирургическую ножку. Анатомическую ножку образуют связки, которыми яичник удерживается в малом тазу (собственная связка яичника, воронкотазовая связка и брыжейка яичника), а также сосуды и нервы, которые проходят в связках. В хирургическую ножку входят все образования анатомической ножки плюс распластанная на опухоли маточная труба с ее сосудами и нервами. Ширина и длина ножки бывают различными - от тонкого тяжа до ширины ладони, длина от 2-3 до 10-15 см.

Ножка нередко перекручивается (на 90 и более градусов), обуславливая нарушение кровообращения и питания опухоли, что в свою очередь является причиной некроза, кровоизлияний, отека, омертвления кистомы и разрыва ее капсулы. Перекрут ножки может произойти внезапно или развиваться медленно. Возможен разрыв стенки кисты и кровотечение в брюшную полость. При длительном течении заболевания вокруг кисты образуется плотный инфильтрат, при прогрессировании некротических изменений развивается перитонит. В хирургические отделения обычно поступают больные, не находившиеся на лечении в гинекологическом отделении с небольшими кистами яичников.

Клиника характеризуется симптомами заворота внутреннего органа. Больные жалуются на сильные боли внезапно возникшие в подчревной области, соответственно локализации кисты. Боли иррадиируют в промежность, сопровождаются тошнотой и рвотой. В результате сильных болей, болевого шока состояние больной ухудшается. Отмечаются общая слабость, бледность кожных покровов, тахикардия (на ранних стадиях брадикардия), снижение артериального давления.

При постепенном перекручивании ножки кисты яичника боли менее интенсивные, развиваются постепенно, без нарушения сердечно-сосудистой деятельности.

При пальпации в подчревной области соответственно локализации кисты определяется болезненность и напряжение мышц.

При больших размерах перекрученную кисту пальпируют через перед-

нюю брюшную стенку, небольшие кисты определяются при гинекологическом обследовании.

В поздние сроки после начала заболевания в связи с некрозом стенки кисты и развитием воспалительного инфильтрата отмечаются симптомы перитонита.

Дифференциальная диагностика проводится с острым аппендицитом, заворотом тонкого кишечника. Оперативное лечение показано при всех указанных заболеваниях, что облегчает задачу. Операция выполняется в срочном порядке. Обезболивание – наркоз. При удалении кисты следует обращать внимание на тщательную перитонизацию ножки кисты с целью предотвращения послеоперационных сращений.

#### РАЗРЫВЫ ЯИЧНИКА

Разрывы яичников возникают вследствие кровоизлияний, разрывов небольших кист, граафова пузырька и желтого тела.

Разрывы правого яичника встречаются в 3-4 раза чаще, чем левого, у 2-3% больных отмечают разрывы обеих яичников. Болеют преимущественно девушки и молодые женщины. Заболевание встречается в 85% у женщин до 35 лет.

Заболевание характеризуется острым приступом болей в брюшной полости, сопровождающийся общей слабостью, головокружением, иногда обморочным состоянием.

Боли возникают внезапно носят сильный схваткообразный характер. Характерна локализация болей в нижних отделах живота с иррадиацией в прямую кишку, промежность, крестец и поясницу. Боли нередко наступают перед наступлением менструации. Иногда заболевание сопровождается тошнотой и рвотой, дизурическими расстройствами.

Признаки острой анемии зависят от степени внутрибрюшного. У больных отмечается общая слабость, бледность кожных покровов и видимых слизистых.

Имеется умеренная тахикардия, снижение содержания гемоглобина и числа эритроцитов при значительных внутрибрюшных кровотечениях. Живот при пальпации болезненный в нижних отделах соответственно локализации разрыва яичника, напряжение мышц обычно не выражено. При бимануальном исследовании определяется болезненность в области яичника и положительный симптом Промтова.

#### Лечение.

При разрывах яичника показано срочное оперативное лечение. Во время операции необходимо осмотреть оба яичника. Разрывы яичника под-

лежат тщательному ушиванию кетгутowymi швами. При обширных разрывах и разрушении показано удаление яичника.

Разрывы яичников в хирургических отделениях диагностируются редко, по данным Д.Ф.Скрипниченко - у 5-10% , в связи с чем производят операцию. Правильный диагноз разрыва яичника обычно устанавливают во время операции на основании наличия крови в брюшной полости и последующей ревизии придатков матки. Аппендэктомия у этих больных показана при наличии воспалительных изменений в червеобразном отростке. Острый аппендицит может сочетаться с разрывом яичника примерно у 10% больных. Эти данные свидетельствуют о необходимости осмотра червеобразного отростка у всех больных оперирующихся по поводу разрыва яичника.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом ряд острых гинекологических заболеваний внутренних половых органов требует неотложного хирургического вмешательства. Отсутствие квалифицированного гинеколога, дополнительных условий и времени для обследования больных во время экстренного дежурства заставляет хирурга предпринимать оперативное вмешательство чаще всего с предположительным диагнозом острый аппендицит., поэтому каждый хирург должен быть готов во время операции оценить картину заболевания и выполнить оперативное вмешательство при неотложном гинекологическом состоянии в необходимом и достаточном объеме.

А еще правильнее, если уровень подготовки хирурга в неотложных гинекологических состояниях будет равен уровню гинеколога, т.е. он должен уметь выполнить бимануальное исследование, определить симптом Промтова, правильно собрать гинекологический анамнез, выполнить по показаниям пункцию заднего свода, уметь выполнять ушивание яичника, овариоэктомию, резекцию маточной трубы, резекцию перекрученной опухоли яичника, дренировать через кольпотомию. Все это является необходимой составной частью хирургического образования.