

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Башкирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

**А.Р. ХАЙБУЛЛИНА, И.В. САХАУТДИНОВА,  
Т.П. КУЛЕШОВА, Э.М. ЗУЛКАРНЕЕВА,  
С.Ю. МУСЛИМОВА, И. М. ТАЮПОВА**

# **ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ**

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ



Уфа  
2014

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Башкирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

А.Р. ХАЙБУЛЛИНА, И.В. САХАУТДИНОВА,  
Т.П. КУЛЕШОВА, Э.М. ЗУЛКАРНЕЕВА,  
С.Ю. МУСЛИМОВА, И. М. ТАЮПОВА

# **ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ**

**УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ**

Уфа

2014

УДК 618.1./31-089-07(075.8)

ББК 57.157я7

О 79

Рецензенты:

профессор, доктор медицинских наук Т.М. Соколова

профессор, доктор медицинских наук Г.О. Гречканев

Острый живот в гинекологии: учебное пособие для студентов старших курсов/ сост.: А.Р. Хайбуллина, И.В. Сахаутдинова, Т.П. Кулешова, Э.М.Зулкарнеева, С.Ю. Муслимова, И. М. Таюпова- Уфа: Изд-во БашНИПИнефть, 2014. - 56 с.

Учебное пособие подготовлено в соответствии с рабочей программой ФГОС ВПО по направлению подготовки (специальности) 31.05.01. «Лечебное дело», утвержденной приказом Министерства образования и науки РФ №1118 от 8 ноября 2010 года и учебным планом по специальности 060101 – Лечебное дело, утвержденном Ученым советом ГБОУ ВПО БГМУ Минздравсоцразвития России от 31 мая 2011 года.

Учебное пособие предназначено для внеаудиторной работы студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. «Лечебное дело». В пособии излагаются основные методы диагностики и современные методы лечения неотложных состояний в гинекологии.

Рекомендовано в печать Координационным научно-методическим советом ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава РФ

УДК 618.1./31-089-07(075.8)

ББК 57.157я7

О 79

ISBN

© А.Р. Хайбуллина, И.В. Сахаутдинова,

Т.П. Кулешова, Э.М.Зулкарнеева,

С.Ю. Муслимова, И. М. Таюпова

© Изд-во БашНИПИнефть, 2014.

## СОДЕРЖАНИЕ

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Список сокращений . . . . .                                                                                | 4  |
| Введение . . . . .                                                                                         | 5  |
| Требования ФГОС к темам модуля «Гинекология». . . . .                                                      | 6  |
| Острый живот . . . . .                                                                                     | 7  |
| I. Классификация . . . . .                                                                                 | 8  |
| II. Острые кровотечения из внутренних половых органов . . . . .                                            | 9  |
| II.1. Внематочная беременность. . . . .                                                                    | 9  |
| II.2. Апоплексия яичника . . . . .                                                                         | 16 |
| II.3. Перфорация матки . . . . .                                                                           | 20 |
| III. Острые нарушения кровообращения в опухолях и<br>опухолевидных образованиях внутренних половых органов | 22 |
| III. 1. Перекрут ножки опухоли яичника . . . . .                                                           | 22 |
| III. 2. Нарушение питания фиброматозного узла . . . . .                                                    | 25 |
| IV. Острые гнойные заболевания внутренних половых органов с<br>последующим развитием перитонита . . . . .  | 27 |
| IV.1. Тубоовариальное образование . . . . .                                                                | 27 |
| IV.2. Пельвиоперитонит . . . . .                                                                           | 31 |
| Литература . . . . .                                                                                       | 35 |
| Приложение №1. Контрольные вопросы . . . . .                                                               | 37 |
| Приложение №2. тестовые задания . . . . .                                                                  | 39 |
| Приложение №3. Ситуационные задачи . . . . .                                                               | 45 |
| Приложение №4. Эталоны ответов . . . . .                                                                   | 53 |

## **Список сокращений**

АЯ – апоплексия яичника

ВБ – внематочная беременность

ОЖ – острый живот

ОЦК – объем циркулирующей крови

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХГЧ – хорионический гонадотробин

ОАК – общий анализ крови

ОАМ - общий анализ мочи

ЧДД – частота дыхательных движений

ВМС – внутриматочная спираль

АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время

# ВВЕДЕНИЕ

Цель создания данного учебного пособия - облегчить самостоятельную работу студентов при самоподготовке к практическим занятиям раздела «Неотложные состояния в гинекологии» модуля «Гинекология» дисциплины «Акушерство и гинекология»; направлено на формирование соответствующих профессиональных компетенций (ПК):

- ОК 1** - Способность и готовность анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности.
- ОК 8** - Способность и готовность осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.
- ПК 3** - способность и готовность к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности.
- ПК 5** - Способность и готовность проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, ... написать медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного.
- ПК 10** - Способность и готовность применять современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций (акушерско-гинекологический, педиатрический сельский врачебный участок) в целях разработки научно-обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья женщин.
- ПК 17** - Способность и готовность выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний.
- ПК 18** - Способность и готовность анализировать и интерпретировать результаты современных диагностических технологий по возрастно-половым группам пациентов с учетом их физиологических особенностей организма человека для успешной лечебно-профилактической деятельности ....

**ПК 20** - Способность и готовность назначать больным адекватное (терапевтическое ...) лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии ...



## **ТРЕБОВАНИЯ ФГОС К ТЕМАМ МОДУЛЯ «ГИНЕКОЛОГИЯ».**

В результате освоения профессиональных компетенций модуля «Гинекология» дисциплины «Акушерство и гинекология», студенты У курса специальности 31.05.01 «Лечебное дело» в своей учебной деятельности должны применять знания (целостные представления):

- об основных физических, химических, биологических и физиологических закономерностях, процессах и явлениях в норме и патологии, а также о строении, топографии и развитии клеток, тканей, органов и систем организма во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии, об особенностях организменного и популяционного уровней организации жизни;
- о математических методах решения профессиональных задач;
- об основных характеристиках лекарственных препаратов и форм, их классификации, фармакодинамики и фармакокинетики, показаниях и противопоказаниях к назначению и применению для профилактики и лечения, оформлении рецептов;
- основ законодательства об охране здоровья граждан;
- прав и социальной защиты пациентов и медицинского персонала;
- иностранного и латинского языков для профессионального общения и работы с оригинальной литературой по специальности.

***Для формирования умений необходимо знать:***

- основные вопросы нормальной и патологической физиологии у здоровых женщин и при гинекологической патологии;
- причины возникновения патологических процессов в организме женщины при гинекологических заболеваниях, механизмы их развития и клинические проявления;
- об основных характеристиках лекарственных препаратов и форм, их классификации, фармакодинамики и фармакокинетики, показаниях и противопоказаниях к назначению и применению для профилактики и лечения, оформлении рецептов;
- основы законодательства об охране здоровья граждан;
- права и меры социальной защиты пациентов и медицинского персонала;

***должен уметь:***

- осуществлять индивидуальную и популяционную профилактику болезней, диспансеризацию гинекологических больных;
- анализировать и оценивать состояние здоровья населения, влияние на него факторов окружающей и производственной среды, качество медицинской помощи населению;
- проводить диагностику и лечение заболеваний и патологических состояний в гинекологии при оказании плановой и неотложной медицинской помощи, изучение которых предусмотрено типовой программой по акушерству и гинекологии, действующим учебным планом;
- вести медицинскую документацию;
- вести работу по медицинскому просвещению гинекологических больных, пропагандировать здоровый образ жизни;
- применять современные методы научного познания, средства и методы психолого-педагогического воздействия на личность, знания общих и индивидуальных особенностей психики человека;
- работать с лечебно-диагностической аппаратурой, с компьютерными технологиями;
- участвовать в управлении и организации медицинской помощи населению.

***должен владеть:***

1. Методы объективного исследования гинекологических больных - наружное, двуручное влагалищное исследование.
2. Осмотр влагалища при помощи зеркал:
  - а) взятие мазков для бактериоскопического и цитологического исследования отделяемого из уретры и половых щелей;
  - б) чтение и оценка результатов рентгенологического, ультразвукового, доплерометрического, МРТ исследований гинекологических больных;
  - в) чтение и оценка результатов гистологического исследования, биопсии шейки матки и соскобов эндометрия;
  - г) оценка результатов исследования гормонов. Оценка результатов исследования мочи на хорионический гонадотропин.
3. Оформить госпитализацию в гинекологический стационар или консультацию специалиста.
4. Оказать неотложную помощь при гинекологической патологии в типичном случае.

# Острый живот

**Острый живот (ОЖ)** - это клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, угрожающий жизни и требующий неотложной помощи. Термин «ОЖ» является собирательным понятием, объединяющим группу заболеваний, различных по этиологическому признаку и патогенезу.

*Причины возникновения «ОЖ»:*

1. Хирургическая патология (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, кишечная непроходимость).
2. Гинекологические заболевания (перекрут ножки кисты, нарушение питания миомы, перекрут субсерозного узла).
3. Осложнения беременности, родов и послеродового периода (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв матки, септические осложнения, в т.ч. акушерский перитонит, внутреннее кровотечение вследствие прервавшейся внематочной беременности).
4. Заболевания, связанные с органами, которые расположены вне брюшной полости (болезни почек: острый пиелонефрит, почечная колика; заболевания легких – долевая пневмония; заболевания сердца).

Актуальность данной патологии обусловлена высокой частотой и 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.

## I. КЛАССИФИКАЦИЯ

### **1. Острые кровотечения из внутренних половых органов:**

- внематочная беременность;
- апоплексия яичника;
- травматические повреждения матки (ятрогенного или криминального происхождения) – перфорация матки.

2. *Острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов:*
- перекрут ножки опухоли яичника;
  - нарушение питания фиброматозного узла.
3. *Острые гнойные заболевания внутренних половых органов с последующим развитием перитонита:*
- пиосальпинкс и пиовар, гнойная tuboовариальная опухоль;
  - пельвиоперитонит;
  - распространенный перитонит.

## **II. ОСТРЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

### **II.1. Внематочная беременность**

**Внематочная беременность (ВБ)** (*graviditas extrauterina*) — имплантация оплодотворённого яйца вне полости матки.

За последнее время наблюдается тенденция к увеличению частоты ВБ, которая составляет в среднем 12—14 на 1000 беременностей. В 99% случаев ВБ – трубная. Овариальные и абдоминальные формы ВБ встречаются в 1% случаев. Бесплодие после операции по поводу трубной беременности возникает в 70—80% случаев. Частота повторной трубной беременности варьирует от 4 до 12,6 %. Это связано с распространенностью воспалительных процессов гениталий, растущим числом хирургических вмешательств на маточных трубах, внедрением в медицинскую практику индукторов овуляции, применением внутриматочных контрацептивов.

Локализация плодного яйца выше полости матки относится к проксимальным вариантам эктопической беременности и является одной из главных причин внутреннего кровотечения у женщин репродуктивного возраста. Имплантация оплодотворённого яйца в шейке матки приводит к формированию шеечной или перешеечной беременности, т.е. к ее дистальным вариантам и сопровождается наружным кровотечением из влагалища. При несвоевременной диагностике, без оказания неотложной помощи ВБ может стать одной из причин материнской смертности.

## **Классификация ВБ:**

### ***По локализации плодного яйца ВБ:***

1. Трубная (ампулярная – 60-95%), истмическая – 15%, интерстициальная – 1-3%)
2. Яичниковая (0,1-0,7%)
3. Брюшная (0,3-0,4%)
4. Шеечная (0,01%)
5. Рудиментарная (0,5%).

### ***По клиническому течению трубная беременность:***

1. Прогрессирующая
2. Прервавшаяся по типу трубного аборта
3. Прервавшаяся по типу разрыва трубы
4. Замершая

### ***Яичниковая беременность по форме бывает:***

1. Интрафолликулярная (оплодотворение и имплантация происходят в фолликуле);
2. Эпиформальная (оплодотворение и имплантация происходят на поверхности яичника).

В редких случаях наблюдается многоплодная и двусторонняя трубная беременность. В 1 из 30000 наблюдается сочетание маточной и внематочной беременности. Такие формы ВБ чаще возникают после индукции овуляции и резекции маточной трубы.

Беременность после экстирпации матки – самый редкий вид ВБ, когда имплантация эмбриона в маточной трубе происходит при наличии сообщения брюшной полости с культей шейки матки или влагалища, незадолго до или в первые сутки после операции.

Хроническая ВБ – состояние, когда плодное яйцо после гибели не полностью организуется и в маточной трубе остаются жизнеспособные ворсины хориона. Пациенты отмечают боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей, определяется объемное образование в малом тазу.

Интралигаментарная беременность диагностируется в 1 из 300 случаев ВБ. Она возникает обычно при разрыве маточной трубы по брыжеечному краю и проникновении плодного яйца между листками широкой связки. Данная беременность возможна также при свище, соединяющем полость матки и параметрий.

Шеечная беременность наблюдается от 0,2 до 0,4% на 50000 беременностей. Считается, что риск этой патологии повышают предшествующий аборт или кесарево сечение, синдром Ашермана, миома матки и ЭКО.

Причинами ВБ являются замедление транспорта плодного яйца (гормоны, внутриматочный контрацептив), нарушения проходимости маточной трубы (эндометриоз, аднексит, реконструктивные операции на маточных трубах), перитубарные синехии, генитальный инфантилизм (длинные извитые маточные трубы с замедленной перистальтикой).

### **Клиническая картина.**

Клиническая картина зависит от локализации плодного яйца в маточной трубе.

Имплантация в ампулярном отделе маточной трубы приводит к трубному аборту с хроническим течением. Клиника:

- Вторичная аменорея 6-8 недель;
- Положительный тест на беременность;
- Нагрубание молочных желез;
- Скудные темные кровянистые выделения из половых путей;
- Боли внизу живота, в большинстве случаев односторонние, с иррадиацией в прямую кишку;
- Общая слабость, склонность к коллапсу.
- Имплантация в истмическом отделе маточной трубы приводит к разрыву маточной трубы с характерной острой клинической картиной:
- Вторичная аменорея 6-8 недель, положительный тест на беременность;
- внезапная, сильная боль при разрыве трубы;
- боли в плече (диафрагмальный нерв);
- Защитное напряжение мышц брюшной стенки;
- Быстрое ухудшение общего состояния с развитием гиповолемического шока - слабость, головокружение, бледность, цианоз, холодный пот. Пульс слабого наполнения, тахикардия, снижение АД, спутанность и потеря сознания.

### **Неотложная помощь:**

- Горизонтальное положение, ноги приподняты под углом 30 (ауто-трансфузия).
- Формирование венозных доступов: 2-3 периферических катетера крупного калибра для длительного использования.
- Оксигенотерапия: маска (6-10 л/мин), носовой зонд (2-6 л/мин).

- Восполнение ОЦК
- Седативная терапия: диазепам 5-10 мг в/в.
- Транспортировка машиной скорой помощи.

### **Диагностические мероприятия:**

Последовательность и объем диагностических исследований определяется состоянием пациентки.

- Гинекологическое исследование: мажущие кровянистые выделения из влагалища, матка несколько размягчена, однако размеры не соответствуют сроку беременности, боль при тракции за шейку матки, болезненное, тестоватой консистенции уплотнение в области придатка, дугласово пространство часто болезненно при надавливании и нависание свода.
- УЗИ: отсутствие плодного яйца в полости матки, многослойный эндометрий, свободная жидкость в дугласовом пространстве и в брюшной полости, возможно обнаружение эктопически расположенного плодного яйца (рис.1, 2).



**Рис.1.** УЗИ-картина внематочной беременности.



**Рис.2.** Эхо-картина внематочной беременности.

- Пункция заднего свода влагалища: сгустки крови или свежая кровь при разрыве маточной трубы и трубном аборте.
- Лабораторное обследование: обнаружение ХГЧ в сыворотке или моче, концентрация его, однако ниже, чем должна быть на данном сроке беременности; ОАК (снижение эритроцитов, гемоглобина), перекрестная проба, проба на совместимость крови, коагулограмма (тромбопластиновое время, концентрация тромбоцитов), концентрация электролитов.
- Лапароскопия: кровь в брюшной полости, синюшно-красная утолщенная маточная труба, гематосальпинкс, перитубарная гематома, возможно, разрыв трубы (рис.3, 4).



**Рис. 3, 4.** Лапароскопическая картина трубной беременности.

Клиническая картина редких форм ВБ (яичниковой, брюшной, рудиментарной) мало отличается от клинической картины при прерывании трубной беременности и характеризуется большой внутрибрюшной кровопотерей. Окончательно диагноз устанавливается во время операции.

#### **Дифференциальная диагностика.**

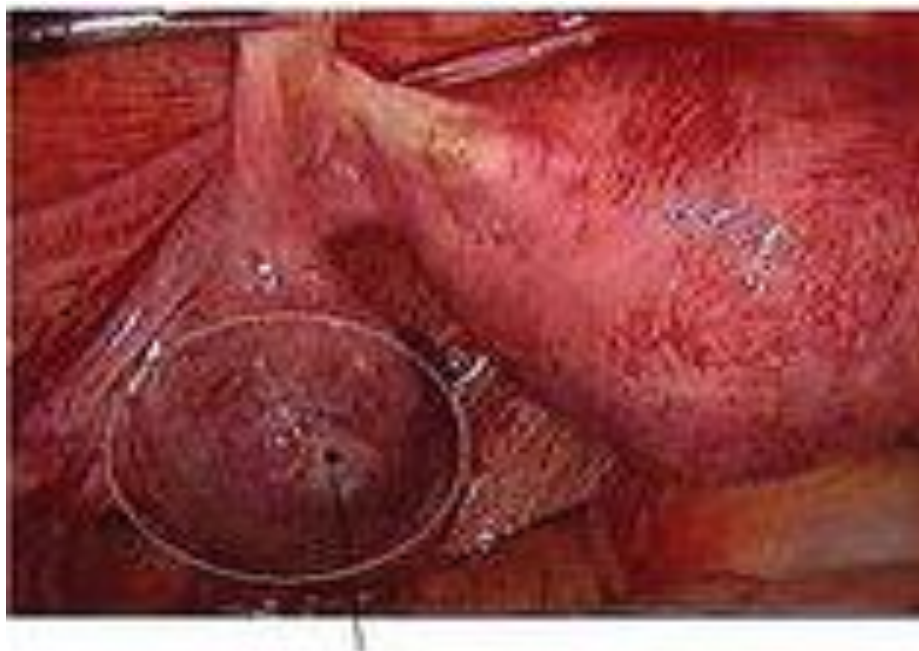
- апоплексия яичника;
- острый аппендицит;
- острый аднексит, пельвиоперитонит;
- перекрут ножки опухоли придатков;
- самопроизвольный аборт при маточной беременности.

#### **Лечение.**

Лечение ВБ заключается в остановке внутрибрюшного кровотечения оперативным путем, восстановлении нарушенных гемодинамических показателей и при необходимости реабилитации репродуктивной системы.

При постановке диагноза: Внематочная беременность пациентке проводят экстренную операцию независимо от клинической формы заболевания.

Лапароскопия является наилучшим доступом для проведения операции по поводу эктопической беременности. Доступ определяется с учетом состояния больной (рис.5).



Левосторонняя трубная беременность

**Рис. 5.** Лапароскопическая картина трубной беременности.

Показанием к лапаротомии (рис. 6), в первую очередь, является геморрагический шок или отсутствие возможности лапароскопического лечения. При определении объема оперативного вмешательства необходимо учитывать возраст женщины, желание пациентки сохранить детородную функцию, степень поражения органов малого таза. В связи с этим выделяют органосохраняющую и радикальную оперативную тактику.



Рис.6. Лапаротомия. Внематочная трубная беременность.

Органосохраняющий метод: аспирация крови и сгустков, определение места имплантации плодного яйца. Из ампулярного отдела плодное яйцо можно удалить выжиманием или аспирацией. В ряде случаев выполняется сальпинготомия, удаление плодного яйца. При необходимости проводится наложение швов на трубу, обширная санация для профилактики спайкообразования.

При локализации плодного яйца в интрамуральном отделе маточной трубы, разрыве трубы, отсутствии возможности проведения органосохраняющей операции или незаинтересованности пациентки в сохранении репродуктивной функции выполняется тубэктомия (перевязывают и удаляют, проводят коагуляцию сосудов мезосальпинкса и обширную санацию для профилактики адгезии).

При яичниковой эктопии плодного яйца производится резекция яичника в пределах здоровой ткани.

При беременности в рудиментарном роге матки необходимо удалить рудиментарный рог, при брюшной беременности – иссечение плодместилища с проведением тщательно гемостаза.

По показаниям - введение кровезаменителей, плазмы крови, эритроцитарной массы, реинфузия крови;

В послеоперационном периоде:

- антибактериальная терапия;

- противовоспалительная терапия;
- физиотерапия;
- противоанемическая терапия;
- витаминотерапия.
- профилактика резус-конфликта у женщин с отрицательным резус-фактором.

## **II. 2. Апоплексия яичника**

**Апоплексия яичника (АЯ)** - внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость. Кровоизлияние в яичник происходит при разрыве сосудов граафова пузырька, стромы яичника, фолликулярной кисты или кисты желтого тела. АЯ возникает, как правило, у женщин в возрасте 20—35 лет. Встречается у 0,5—3 % гинекологических больных. Рецидив заболевания достигает 42-69%. АЯ яичника встречается в 2-4 раза чаще, чем левого, что объясняется более обильным кровоснабжением правого яичника. АЯ может наблюдаться в различные фазы менструального цикла, однако чаще всего это бывает в период овуляции или в стадии васкуляризации и расцвета желтого тела. Не исключена возможность разрыва желтого тела во время беременности.

Предрасполагающими факторами к разрыву яичника являются воспалительные процессы ОМТ, заболевания крови и длительный прием антикоагулянтов. Среди экзогенных причин выделяют травму живота, физическое напряжение, бурный или прерванный половой акт, влагалищное исследование. Эндогенными причинами могут быть неправильное положение матки, механическое сдавление сосудов, давление на яичник опухолью, спаечные процессы в малом тазу, нарушения гормонального статуса.

### **Классификация АЯ:**

- Болевая форма
- Геморрагическая (анемическая) форма
- Смешанная форма.

### **Клиническая картина:**

- Внезапно возникшая боль внизу живота, часто иррадиирующая в задний проход, ногу, крестец, наружные половые органы (в основном после полового контакта, поднятия тяжести, травме), усиливающаяся при движении, ходьбе.

- Боль при надавливании: сначала односторонняя, затем диффузная (нижняя часть живота, гипогастрий).
- При гинекологическом осмотре: исследование затруднено из-за резкой болезненности передней брюшной стенки, на стороне апоплексии пальпируется болезненный, слегка увеличенный яичник, своды нависают, тракции за шейку матки резко болезненные.
- Защитное напряжение мышц брюшной стенки.
- Тошнота, позывы к рвоте.
- Гиповолемический шок: слабость, головокружение, бледность, цианоз, холодный пот. Пульс слабого наполнения, тахикардия, снижение АД, спутанность и потеря сознания.

### **Неотложная помощь:**

- Горизонтальное положение, ноги приподняты под углом 30° (аутотрансфузия).
- Формирование венозных доступов: 2-3 периферических катетера крупного калибра для длительного использования.
- Оксигенотерапия: маска (6-10 л/мин), носовой зонд (2-6 л/мин).
- Восполнение ОЦК.
- Седативная терапия: диазепам 5-10 мг в/в.
- Транспортировка машиной скорой помощи.

### **Диагностические мероприятия:**

- Анамнез (часто возникает после полового контакта, поднятия тяжести).
- Измерение АД, пульсоксиметрия, ЧДД.
- УЗИ (визуализируется разрыв яичника, скопление мелко- и среднедисперсной жидкости в брюшной полости со структурами неправильной формы, повышенной эхогенности (кровяные сгустки)).
- Пункция дугласова пространства или лапароскопия.
- Лабораторное обследование: ОАК (снижение уровня гемоглобина, эритроцитов), концентрация С – реактивного белка, определение группы крови, перекрестная проба, проба на совместимость крови, коагулограмма (тромбопластиновое время, концентрация тромбоцитов, фибриногена. Продуктов распада фибриногена, антитромбина III), концентрация электролитов.

### **Дифференциальная диагностика.**

- Перекрут ножки опухолевидного образования придатков или миомы.
- Разрыв кисты яичника.

- Внематочная беременность.

### **Лечение.**

При болевой форме необходима госпитализация, консервативная терапия:

- Холод на низ живота.
- Гемостатическая терапия.
- Спазмолитическая терапия.
- Витаминотерапия.
- Физиотерапия.

При повторном приступе болей, нестабильности гемодинамики оперативное лечение.

### *Показания к лапароскопии:*

- Более 150 мл крови в брюшной полости, при стабильном состоянии гемодинамики и пациентки.
- Неэффективность консервативной терапии в течении 1-3 дней, признаки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, подтвержденного УЗИ.
- Дифференциальная диагностика острой гинекологической и хирургической патологии.

### *Объем операции:*

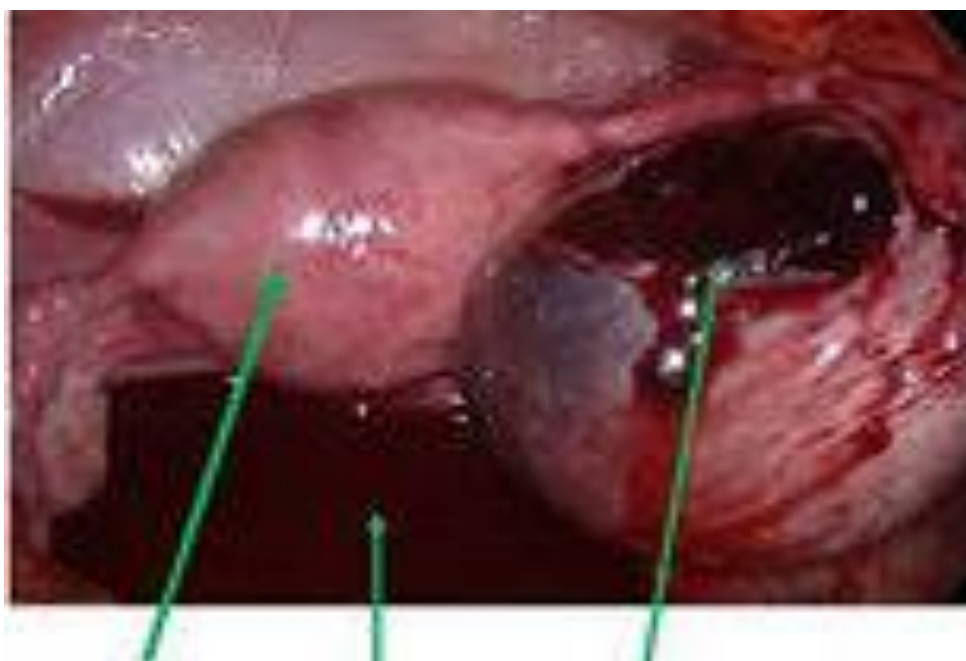
Коагуляция места разрыва, вскрытие или пункция кисты и удаление содержимого с помощью отсоса, резекция яичника. При больших повреждениях и отсутствии возможности сохранения яичника - овариоэктомия.

### *Показания к лапаротомии:*

- Геморрагический шок;
- Невозможность проведения лапароскопии (вследствие маточного процесса, усиления кровотечения из поврежденных сосудов яичника) - введение кровезаменителей, плазмы крови, эритроцитарной массы, реинфузия крови;

### *В послеоперационном периоде:*

- антибактериальная терапия;
- противовоспалительная терапия;
- физиотерапия;
- противоанемическая терапия;
- витаминотерапия.



1. Матка      2. Кровь в малом тазу      3. Правый яичник, в нем киста желтого тела с разрывом капсулы

**Рис. 7.** Лапароскопическая картина апоплексии яичника



**Рис. 8.** Лапароскопическая картина апоплексии яичника

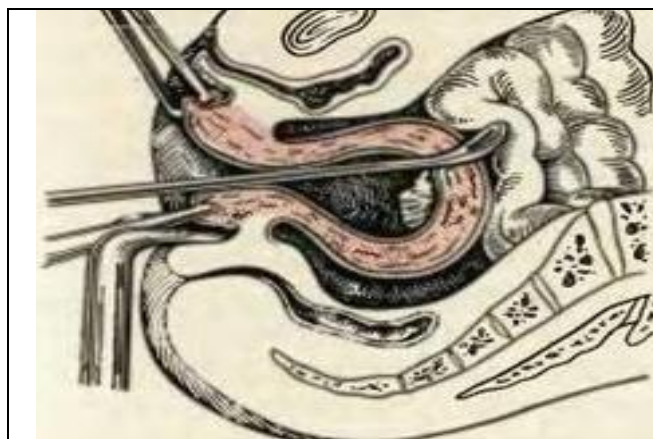
### II.3. Перфорация матки

**Перфорация матки** — ятрогенное заболевание, заключающееся в травматическом повреждении стенки матки. Как следствие внутриматочных вмешательств, диагностируют у 1% больных.

Классификация перфорации матки в зависимости от степени повреждения ее стенки:

1) Полная (происходит сквозное повреждение стенки матки с проникновением в брюшную полость):

- неосложненная (без повреждения ОМТ и брюшной полости) (рис. 9);
- осложненная (с травмами кровеносных сосудов, кишечника, сальника, мочевого пузыря, придатков матки) (рис.10).



**Рис. 9.** Полная перфорация матки, неосложненная (без повреждения ОМТ и брюшной полости).



**Рис. 10.** Полная перфорация матки, осложненная (с травмами кровеносных сосудов, кишечника, сальника, мочевого пузыря, придатков матки)

2) Неполная (серозная оболочка матки остается неповрежденной) (рис.11).



**Рис. 11.** Ложный ход (непроникающая перфорация матки по боковой стенке)

Перфорация матки является следствием внутриматочных манипуляций (искусственного аборта, диагностического выскабливания, гистероскопии) и при введении ВМС.

***Клиническая картина:***

- Резкие боли внизу живота;
- Мажущие кровянистые выделения из половых путей;
- Повышение температуры тела до 37,5С.

***Осложнения:***

- Повреждения внутренних органов;
- Ранение маточной артерии.

***Диагностика:***

- Жалобы, анамнез (внутриматочные манипуляции).
- Измерение АД, пульсоксиметрия, ЧДД, термометрия.
- ОАК (лейкоцитоз, повышение СОЭ).
- УЗИ (жидкость в позадиматочном пространстве)

***Лечение:***

Во всех случаях перфорации показана лапароскопия или лапаротомия в экстренном порядке. Хирург тщательно проводит ревизию органов малого таза и брюшной полости для оценки состояния внутренних органов. Объем оперативного вмешательства: иссечение краев раны с последующим сшиванием их, либо коагуляция раны и промывание брюшной полости.

***В послеоперационном периоде:***

- антибактериальная терапия;
- противовоспалительная терапия;
- физиотерапия;
- противоанемическая терапия;
- витаминотерапия.

### **III. ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОПУХОЛЯХ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

#### **III.1. Перекрут ножки опухоли яичника.**

Перекрут ножки опухоли или кисты яичника встречается в 15-25% наблюдений. Перекрут встречается у 1,5% беременных с опухолью яичника на ножке. Приводит к нарушению кровообращения, вследствие чего в опухоли возникает венозный застой; нарушение проходимости артерий приводит к некрозу опухоли. Опухоль может быть разной по гистологическому типу (эпителиальной, ретенционной кистой, тератомой, редко злокачественным новообразованием). Перекрут ножки опухоли может наступить во время беременности (чаще наступает у многорожавших женщин) на сроке гестации более 14 недель (срок, когда матка оттесняет опухоль в брюшную полость).

Различают анатомическую и хирургическую ножку опухоли. Анатомическая ножка опухоли 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, образующуюся в результате перекрута, помимо анатомической, входит маточная труба.

Причинами перекрута ножки опухоли являются физические нагрузки, резкое изменение внутрибрюшного давления, гимнастические упражнения, танцы. Перекруту ножки способствуют ассиметричная форма, неравномерная плотность опухоли.

Клиника перекрута зависит от того, на сколько градусов перекрутилась ножка образования. Перекруты частичные до 180° могут проходить бесследно, при перекруте на 270° пережимаются вены, (артерии еще не пережаты), возникает нарушение оттока крови от образования, наступает постепенное нагнетание крови, опухоль пропитывается кровью, приобретает темно-багровый цвет, затем истончается капсула и происходит разрыв капсулы опухоли. При перекруте более 360° (полном) или при нескольких витках нарушается кровоснабжение опухоли, возникает ее некроз, затем перитонит. Быстрый перекрут сопровождается острой клинической картиной, клиника напоминает перекрут любого другого органа (рис.12).



**Рис. 12.** Перекрут ножки опухоли.

Перекрут ножки опухоли.

**Различают:**

- постепенный перекрут ножки опухоли, которому способствуют рост опухоли, перистальтика кишечника, «выталкивание» опухоли из полости таза;
- внезапный перекрут ножки опухоли при резком, прерванном движении (изменении положения тела, поворачивании на кровати, поднятии тяжести).

**Клиническая картина.**

**Постепенный перекрут ножки опухоли.**

- Боли внизу живота.
- Лихорадка.
- Защитное напряжение мышц брюшной стенки.
- Тошнота, позывы к рвоте.
- Болезненность при пальпации опухоли.

**Внезапный перекрут ножки опухоли.**

- Внезапно возникающая на фоне хорошего самочувствия сильная резкая боль внизу живота на стороне поражения.
- Изможденный внешний вид.
- Защитное напряжение мышц брюшной стенки, вздутие живота.
- Частый пульс.
- Потливость.
- Тошнота, рвота.
- Задержка стула и газов (парез кишечника)
- Болезненность при пальпации опухоли.

### ***Неотложная помощь.***

- Положение тела, способствующее расслаблению мышц брюшной стенки.
- Обезболивание: пентазоцин (фортрал).
- Транспортировка машиной скорой помощи.

### ***Диагностические мероприятия:***

- Жалобы, анамнестические данные (указание на кисту, опухоль яичника, субсерозную миому).
- Измерение АД, пульсоксиметрия, ЧДД.
- Повышение температуры тела до 38С.
- УЗИ (в области придатков определяется объемное образование с признаками опухоли или кисты яичника).
- При гинекологическом осмотре (объемное образование в области придатков матки ограничено подвижное, резко болезненное при пальпации и смещении).
- Лабораторное обследование: ОАК (лейкоцитоз, повышение СОЭ), концентрация С – реактивного белка, определение группы крови, перекрестная проба, проба на совместимость крови, коагулограмма (тромбопластиновое время, концентрация тромбоцитов, фибриногена, продуктов распада фибриногена, антитромбина III), концентрация электролитов.
- Лапароскопия (выявляет в малом тазу багрово-цианотичное образование – яичник с перекрутом ножки, с признаками некроза или без них, серозный или серозно-геморрагический выпот).

### ***Дифференциальная диагностика.***

- Разрыв кисты яичника.
- Острый аппендицит.
- Почечная колика

### ***Лечение.***

Лечение всегда оперативное лапароскопическим или лапаротомическим доступом. При отсутствии визуальных признаков некроза ножку образования раскручивают и наблюдают за восстановлением кровообращения в тканях. В случае исчезновения ишемии и венозного застоя можно ограничиться резекцией яичника. При некрозе тканей – удаление опухоли вместе с яичником.

При перекруте во время беременности следует осторожно относиться к беременной матке; удалять кисту следует без раскручивания (возможно отхождение тромбов из перекрученных сосудов). Вопрос о прерывании беременности не ста-

виться. В послеоперационном периоде проводится профилактика самопроизвольного аборта, после срока 16 недель – токолитическая терапия.

***В послеоперационном периоде:***

- антибактериальная терапия;
- противовоспалительная терапия;
- физиотерапия;
- противоанемическая терапия;
- витаминотерапия.

## **III 2. Нарушение питания узла фибромиомы матки.**

Некроз миоматозных узлов наступает у 7% больных миомой матки, нередко во время беременности, послеродовом и послеабортном периоде. Миома матки — доброкачественная опухоль, происходящая из мышечной ткани, даже очень небольших размеров, может деформировать сосуды, обеспечивающие её кровоснабжение, и вызывать омертвление тканей.

Причинами являются перекрут ножки узла при субсерозной локализации либо его недостаточная васкуляризация. Некроз сопровождается развитием отека, кровоизлияний, асептического воспаления в узле. При прогрессировании заболевания может развиваться перитонит.

**Клиническая картина.**

- Острые сильные схваткообразные боли внизу живота.
- Повышение температуры тела до 37,5С, озноб, сухость во рту, нарушение функции кишечника.
- Защитное напряжение мышц брюшной стенки, вздутие, напряжение живота.
- Тошнота, позывы к рвоте.
- При гинекологическом осмотре: увеличенная, миоматозно измененная матка, болезненная в месте некроза миоматозного узла.

**Неотложная помощь.**

- Положение тела, способствующее расслаблению мышц брюшной стенки.
- Обезболивание: пентазоцин (фортрал).
- Транспортировка машиной скорой помощи.

### **Диагностические мероприятия:**

- Жалобы, анамнестические данные (миома матки).
- Измерение АД, пульсоксиметрия, ЧДД.
- УЗИ (определяются признаки нарушения питания в миоматозном узле (снижение и неоднородность эхографической плотности, появление жидкостных полостей в узле).
- Лабораторное обследование: ОАК (лейкоцитоз, повышение СОЭ), концентрация С – реактивного белка, определение группы крови, перекрестная проба, проба на совместимость крови, коагулограмма (тромбопластиновое время, концентрация тромбоцитов, фибриногена, продуктов распада фибриногена, антитромбина III), концентрация электролитов.
- Лапароскопия (увеличенная миоматозная матка с перекрутом ножки и признаками некроза (отек, кровоизлияния, синюшно-багровый цвет) субсерозного узла) (рис. 13).



**Рис. 13.** Перекрут миоматозного узла. Лапароскопия.

### ***Дифференциальная диагностика.***

- Разрыв кисты яичника.
- Острый аппендицит.
- Перекрут опухоли яичника.

### **Лечение.**

Лечение всегда оперативное в экстренном порядке лапароскопическим или лапаротомическим доступом. Объем операции зависит от выраженности некротизированных изменений в узле, вовлечения брюшины в патологический процесс, возраста пациентки. У женщин репродуктивного возраста, а также у беременных с некрозом миоматозного узла без явлений перитонита следует ограничиться кон-

сервативной миомэктомией. У пациенток в пре – и постменопаузе проводится ампутация матки или экстирпация матки.



**Рис. 14.** Нарушение питания миоматозного узла.

***В послеоперационном периоде:***

- антибактериальная терапия;
- противовоспалительная терапия;
- физиотерапия;
- противоанемическая терапия;
- витаминотерапия.

## **IV. ОСТРЫЕ ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАЗВИТИЕМ ПЕРИТОНИТА**

### **IV.1. Гнойный tuboовариальный абсцесс**

**Гнойный tuboовариальный абсцесс** — гнойное расплавление маточной трубы и яичника с образованием единой полости, окружённой пиогенной капсулой.

Женщины с ВЗОМТ составляют 60–65% всех гинекологических больных, обратившихся в женские консультации, и 30% — всех, направленных на стационарное лечение. У 4–5% женщин диагностируют гнойные воспалительные заболевания маточных труб и яичников.

Этиологическими факторами являются различные микроорганизмы. Под действием провоцирующего фактора бактерии проникают через полость матки в просвет труб, откуда попадают в брюшную полость. Здесь микробы поражают серозную оболочку маточной трубы, покровный эпителий яичника и окружающую брюшину. После разрыва фолликула инфицируется гранулезная оболочка фолликула, развивается воспаление в яичнике.

### **Клиническая картина.**

- Внезапно возникающие боли внизу живота с одной или двух сторон;
- Повышение температуры тела до 39С, озноб;
- Зловонные желтовато-зеленые выделения из влагалища;
- Боль при половом контакте;
- Сухость во рту, тошнота, рвота, болезненное мочеиспускание, метеоризм, чередование запоров и поноса;
- При гинекологическом осмотре: боль усиливается, пальпируется объемное образование с нечеткими контурами, неравномерной консистенцией, полной неподвижностью и выраженной болезненностью.
- Защитное напряжение мышц брюшной стенки.

### **Осложнения:**

- Гнойно-инфильтративное поражение клетчатки малого таза – параметрит;
- Перфорация абсцесса в половые органы и переднюю брюшную стенку с образованием простых и сложных генитальных свищей;
- Микроперфорация абсцесса в брюшную полость с образованием межкишечных и поддиафрагмальных гнойных затеков.

### **Диагностика.**

- Болезненность при надавливании на область придатков (с одной или двух сторон), по всей гипогастральной области.
- Болезненные, тестоватой консистенции увеличенные придатки.
- Боль при тракции за шейку матки.
- Болезненное опухолевидное образование в малом тазу.
- Микробиологическое исследование мазка, культуральное исследование с определением чувствительности к антибиотикам.
- УЗИ: свободная жидкость в брюшной полости, в малом тазу, опухолевидное образование в области придатков с нечеткими контурами.
- Лабораторное обследование: ОАК (лейкоцитоз, увеличение СОЭ), ОАМ, концентрация С – реактивного белка, ХГЧ, исследование осадка мочи, опре-

деление группы крови, перекрестная проба, проба на совместимость крови, коагулограмма (тромбопластиновое время, АЧТВ, протромбиновое время, концентрация тромбоцитов).

- Лапароскопия: выраженная гиперемия внутренних половых органов, воспалительный налет, пио-, гидро-, сактосальпингс, tuboовариальное образование, экссудат в брюшной полости; забор материала для культурального исследования с определением чувствительности к антибиотикам.

### ***Дифференциальная диагностика.***

- Разрыв кисты яичника.
- Острый аппендицит.
- Внематочная беременность.
- Болезнь Крона.
- Неспецифический язвенный колит.
- Дивертикулит.
- Рак сигмовидной кишки.

### **Лечение.**

При tuboовариальных гнойных опухолевидных образованиях показано оперативное лечение в экстренном порядке лапароскопическим или лапаротомическим доступом (рис.15 и 16).



**Рис.15.** Лапароскопическая картина гнойного tuboовариального образования.



**Рис.16.** Лапароскопическая картина острого гнойного сальпингита.

При определении объема оперативного вмешательства необходимо учитывать возраст женщины, наличие детей, желание пациентки сохранить детородную функцию, степень поражения органов малого таза. В связи с этим выделяют органосохраняющую и радикальную оперативную тактику.

Лапаротомия проводится при разрыве tuboовариального образования, при массивном спаечном процессе с вовлечением в него петель кишечника или при разлитом перитоните.

***Объем оперативного вмешательства включает:***

- Эвакуация патологического выпота и санация брюшной полости растворами антисептиков (фурацилин, хлоргексидин, метронидазол, метрогил), антибиотиков;
- Рассечение спаек между маточными трубами, яичниками, окружающими их тканями;
- Вскрытие гнойных tuboовариальных образований (рис. 15), эвакуация гноя, санация полости патологических образований;
- Удаление tuboовариального образования, аднексэктомия;
- Экстирпация матки с маточными трубами;
- Дренирование брюшной полости, малого таза.

***В послеоперационном периоде:***

- Инфузионная терапия.
- Противовоспалительные препараты: метрогил, метронидазол, диклофенак, ибупрофен, трихопол, дозаликс.

- Антибиотики: при тяжелом течении в/в в течении 10 дней. Начальное лечение: тетрациклин в первый день 200 мг, далее 100 мг в сутки в/в+метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки в/в или фторхинолоны (офлоксацин, таривид) 400 мг 2 раза в сутки в/в+метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки в/в.
- После получения культурального исследования с определением антибиотикограммы при неэффективности проводимого а/бактериального лечения следует сменить препарат с учетом чувствительности этиологического агента.
- физиотерапия;
- витаминотерапия.

## IV.2. Пельвиоперитонит

**Пельвиоперитонит** - воспаление висцеральной и париетальной брюшины малого таза, которое возникает как осложнение воспалительных процессов его органов.

Причиной является восходящая и нисходящая инфекция с широким спектром возможных возбудителей.

### *Восходящая инфекция.*

- Вагинит, приводящий к развитию эндометрита, сальпингита, аднексита, пельвиоперитонита, перитонита, сепсиса, септического шока.
- Аборт, роды, внутриматочный контрацептив, оперативные вмешательства в полости матки.

### *Нисходящая инфекция.*

- Контактный путь: аппендицит, перитифлический абсцесс, сигмоидит, перитонит.
- Гематогенное распространение: туберкулез.
- Возбудители инфекции: стрепто-, стафило-, энтерококки, кишечная палочка, анаэробы, микоплазмы, хламидии, гонококки.

### **Классификация.**

- Серозно-фибринозный;
- Гнойный.

### **Клиническая картина.**

- Внезапно возникающие сильные боли внизу живота с одной или двух сторон;
- Повышение температуры тела до 40С;
- Зловонные желтовато-зеленые выделения из влагалища;
- Постменструальные мажущие кровянистые выделения;
- Боль при половом контакте;
- Тошнота, рвота, метеоризм, чередование запоров и поноса;
- Защитное напряжение мышц брюшной стенки, вздутие живота;
- При гинекологическом осмотре: ригидность, выпячивание и болезненность заднего свода влагалища.

### **Осложнения:**

- Спаечный процесс в малом тазу;
- Кишечная непроходимость;
- Бесплодие.

### **Диагностика.**

- Болезненность при надавливании на область придатков (с одной или двух сторон), по всей гипогастриальной области.
- Болезненные, тестоватой консистенции увеличенные придатки.
- Боль при тракции за шейку матки.
- Болезненное опухолевидное образование в малом тазу при абсцедировании (пиосальпингс, tuboовариальный абсцесс, абсцесс дугласова пространства).
- Микробиологическое исследование мазка, культуральное исследование с определением чувствительности к антибиотикам.
- УЗИ: свободная жидкость в брюшной полости, в малом тазу, нечеткие контуры яичников, сактосальпингс, опухолевидные образования в области придатков.
- Лабораторное обследование: ОАК (увеличение СОЭ, лейкоцитоз), концентрация С – реактивного белка, ХГЧ, исследование осадка мочи, определение группы крови, перекрестная проба, проба на совместимость крови, коагулограмма (тромбопластиновое время, АЧТВ, протромбиновое время, концентрация тромбоцитов).
- Лапароскопия: выраженная гиперемия внутренних половых органов, воспалительный налет, пио-, гидро-, сактосальпингс, экссудат в брюшной полости.
- Забор материала для культурального исследования с определением чувствительности к антибиотикам.

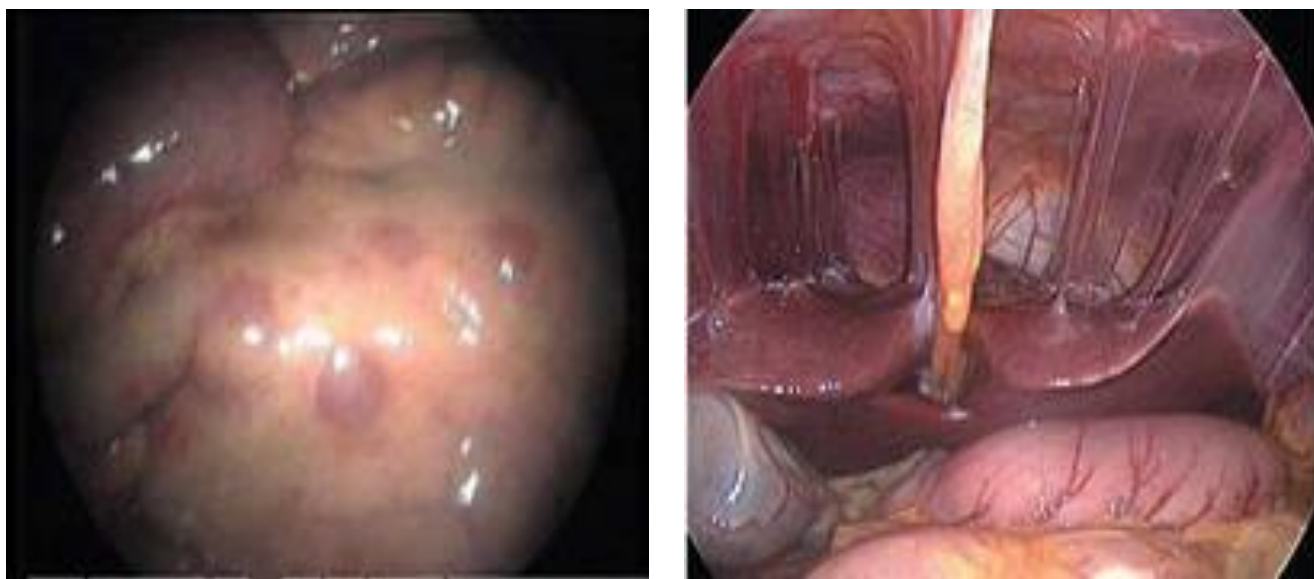
### ***Дифференциальная диагностика.***

- Разрыв кисты яичника.
- Острый аппендицит.
- Внематочная беременность.
- Эндометриоз.
- Болезнь Крона.
- Неспецифический язвенный колит.
- Дивертикулит.

### **Лечение.**

При пельвиоперитоните показано оперативное лечение в экстренном порядке лапароскопическим или лапаротомическим доступом (рис 17 и 18). При определении объема оперативного вмешательства необходимо учитывать возраст женщины, желание пациентки сохранить детородную функцию, степень поражения органов малого таза. В связи с этим выделяют органосохраняющую и радикальную оперативную тактику.

Лапаротомия проводится при массивном спаечном процессе с вовлечением в него петель кишечника или при разлитом перитоните.



**Рис. 17 и 18.** Лапароскопическая картина пельвиоперитонита.

### ***Объем оперативного вмешательства включает:***

- Эвакуацию патологического выпота и санацию брюшной полости растворами антисептиков (фурацилин, хлоргексидин, метронидазол, метрогил), антибиотиков;

- Рассечение спаек между маточными трубами, яичниками, окружающими их тканями;
- Вскрытие гнойных tuboовариальных образований, эвакуация гноя, санация полости патологических образований;
- Удаление tuboовариального образования, аднексэктомия;
- Экстирпация матки с маточными трубами;
- Дренирование брюшной полости, малого таза.

***В послеоперационном периоде:***

- Инфузионная терапия.
- Противовоспалительные препараты: метрогил, метронидазол, диклофенак, ибупрофен, трихопол, дозаликс.
- Антибиотики: при тяжелом течении в/в в течении 10 дней. Начальное лечение: тетрациклин в первый день 200 мг, далее 100 мг в сутки в/в+метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки в/в или фторхинолоны (офлоксацин, таривид) 400 мг 2 раза в сутки в/в+метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки в/в.
- После получения культурального исследования с определением антибиотикограммы при неэффективности проводимого а/бактериального лечения следует сменить препарат с учетом чувствительности этиологического агента.
- физиотерапия;
- витаминотерапия.



## ЛИТЕРАТУРА

### Основная

1. Гинекология : учебник для студ. мед.вузов рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России/ Б. И. Баисова, Д. А. Бижанова, Л. Н. Богинская [и др.]; под ред.: Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. -3-е изд., испр. и доп.. -М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009. -430 с.: цв.ил.
2. Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учеб. пособие/ под ред. В.Е. Радзинского. -3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 552 с.
3. Гинекология: учебник для студ. мед. вузов рек. УМО по мед. и фармац. образованию вузов России / Б. И. Баисова, Д. А. Бижанова, Л. Н. Богинская [и др.]; под ред.: Г. М. Савельевой, В. Г. Бреусенко. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА, 2009. - 430 с. : цв.ил. - Авт. указаны на обороте тит. л. - Библиогр.: с. 431. - ISBN 978-5-9704-1369-2

### Дополнительная

1. Внематочная беременность. Алгоритмы диагностики и лечения : учебное пособие / Башкирский гос. мед. ун-т ; сост.: Т. Б. Трубина [и др.]. - Уфа : Здравсохранение Башкортостан, 2008. - 72 с. - Библиогр.: с. 68-69 (23 назв.).
2. Гинекология. Национальное руководство: руководство / Российское общество акушеров-гинекологов, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. - М. : Гэотар Медиа, 2007. - 1071 с. - (Национальные руководства). - Загл., сост. каталогизатором : Национальное руководство по гинекологии. - Алф.-Предм. указ.: с. 1064-1071. - Авт. коллектив указ. с. 9-15.
3. Дзигуа М.В. Медицинская помощь женщине с гинекологическими заболеваниями в различные периоды жизни: учебник / М.В. Дзигуа. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 360 с.
4. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология: 2006 : [учебное пособие, рек. УМО для системы послевузовского проф. образования врачей] / Российское о-во акушеров-гинекологов, Ассоциация медицинских обществ

- по качеству. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА. - 2005. - (Клинические рекомендации)
5. Вып. 2 / гл. ред. В. И. Кулаков. - 2008. - 540 с. - Предм. указ.: с. 536-540.
  6. Клинические лекции по акушерству и гинекологии: [руководство] / [Ю.Э. Доброхотова и др.]; под ред. Ю.Э. Доброхотовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 312 с.
  7. Кулавский, Василий Агеевич. Острый гнойный сальпингит (этиология, патогенез, диагностика, лечение, осложнения): учебное пособие / В. А. Кулавский, В. Н. Радутный, Е. В. Кулавский ; ГБОУ ВПО "БГМУ" МЗ РФ. - Уфа : Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2013. - 102 с. - Библиогр.: с. 100-101.
  8. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии : краткое руководство / под ред. В. Н. Серова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Гэотар Медиа, 2011. - 254 с. - (Библиотека врача-специалиста). - Предм. указ.: с. 253-254. - Авторы издания указ. с. 7-9.
  9. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии: краткое руководство / под ред. В.Н. Серова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 256 с.
  10. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: В.Е. Радзинский.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 416 с.
  11. Неотложные состояния в гинекологии (клиника, диагностика, неотложная помощь) : учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей / А. В. Прахов [и др.] ; Военно-медицинский ин-т Федеральной службы безопасности РФ. - Н. Новгород : Изд-во НГМА, 2005. - 115 с. : табл. - Библиогр.: с. 113-115.
  12. Практическое руководство по клинической гинекологии : учебное пособие для системы послевузовского проф. образования врачей / под ред.: И. С. Сидоровой, Т. В. Овсянниковой. - М. : МЕДпресс-информ, 2006. - 448 с. : табл. - Библиогр.: с. 447-448.
  13. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии : учебное пособие / А. Я. Сенчук [и др.] ; под ред. А. Я. Сенчука. - Киев : [б. и.] ; Нежин : Гидромакс, 2006. - 366 с. : рис., табл. - Библиогр.: с. 361-366.
  14. Смит Н.Ч., Смит П.М. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии понятным языком /Пер с англ. Под ред А.И.Гуса. – М.: Практическая медицина, 2010. – 304 с.
  15. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии: практическое руководство /под ред. А.Е. Волкова. Изд. 3-е , стер. – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 477 с.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1



## ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Назовите основные заболевания, вызывающие «острый живот» в гинекологии.
2. Какая беременность называется эктопической?
3. Перечислите основные причины эктопической беременности.
4. Перечислите причины эктопической беременности, связанные с нарушением прохождения плодного яйца в матку.
6. Возможные локализации эктопической беременности.
7. Наиболее частая локализация трубной беременности.
8. В каких отделах маточной трубы может развиваться беременность?
9. Каковы исходы трубной беременности?
10. Наиболее типичная локализация скопления крови при трубном аборте.
11. Перечислите симптомы трубного аборта.
12. Какой симптом является ведущим при разрыве трубы?
13. Особенности анамнеза у больных с трубной беременностью.
14. Методы диагностики трубного аборта.
15. Каков вероятный исход беременности в ампулярном отделе трубы?
16. Исход развития беременности в истмическом и интерстициальном отделах трубы.
17. Какие выделения из половых путей характерны при нарушении эктопической беременности?
18. Данные бимануального исследования при трубном аборте.
19. Данные бимануального исследования при разрыве трубы.
20. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать трубный аборт?
21. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать разрыв маточной трубы?
22. Какой признак позволяет исключить эктопическую беременность и поставить диагноз нарушенной внутриматочной беременности?
23. Тактика врача при установлении диагноза эктопической беременности.

24. Объем типичной операции при трубной беременности.
25. В чем заключается профилактика эктопической беременности?
26. С какими заболеваниями следует дифференцировать внематочную беременность?
27. Назовите провоцирующие факторы при апоплексии яичника.
28. Назовите формы апоплексии яичника.
29. Объем оперативного вмешательства при апоплексии яичника.
30. Перечислите возможные осложнения опухолей яичника.
31. Что входит в состав «анатомической ножки» яичниковой опухоли?
32. Что входит в состав «хирургической ножки» опухоли?
33. Объем операции при перекруте опухоли яичника.
34. Клиническая картина пельвиоперитонита.
35. С чем следует дифференцировать пельвиоперитонит?
36. Причины разлитого перитонита генитального происхождения.



## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

**Выберите один правильный ответ**

### Тест №1

1. **Прерывание трубной беременности по типу трубного аборта происходит чаще в сроке беременности**
  - 1) 11-12 недель
  - 2) 9-10 недель
  - 3) 7-8 недель
  - 4) 4-6 недель
  - 5) все перечисленное неверно
  
2. **Беременность, локализуемая в интерстициальной части трубы, прерывается чаще всего в сроке беременности**
  - 1) 1-2 недели
  - 2) 3-4 недели
  - 3) 5-6 недель
  - 4) 7-8 недель
  - 5) все перечисленное неверно
  
3. **У больной диагностирована прогрессирующая внематочная беременность. Показано:**
  - 1) консервативное противовоспалительное лечение
  - 2) операция
  - 3) гемотрансфузия
  - 4) все перечисленное
  - 5) ничего из перечисленного
  
4. **При тяжелом состоянии больной с прервавшейся трубной беременностью показано:**
  - 1) немедленное переливание крови
  - 2) безотлагательное удаление источника кровотечения (беременной трубы)
  - 3) надежный гемостаз
  - 4) все перечисленное
  - 5) ничего из перечисленного

- 5. При лапароскопии выявлена прогрессирующая трубная беременность. Состояние больной вполне удовлетворительное. Тактика врача**
- 1) немедленная операция
  - 2) операцию можно произвести в плановом порядке
  - 3) возможно консервативное лечение больной
  - 4) верно все перечисленное
  - 5) все перечисленное неверно
- 6. Реабилитация больных, оперированных по поводу внематочной беременности, включает**
- 1) электрофорез лекарственных средств
  - 2) ультразвуковую терапию
  - 3) гормональную терапию
  - 4) верно 1) и 2)
  - 5) все перечисленное
- 7. Сроки временной нетрудоспособности больной, оперированной по поводу внематочной беременности, желательны не менее**
- 1) 2-3 недель
  - 2) 4-5 недель
  - 3) 6-7 недель
  - 4) 8-9 недель
  - 5) 10-11 недель
- 8. Клинические признаки перитонита**
- 1) вздутие живота
  - 2) парез кишечника
  - 3) прогрессирующая тахикардия
  - 4) все перечисленные
  - 5) ни один из перечисленных
- 9. Нарушение внематочной беременности по типу трубного аборта протекает со следующей симптоматикой**
- 1) скудные кровянистые выделения из половых путей
  - 2) боли внизу живота и в подвздошной паховой области
  - 3) при влагалищном исследовании-увеличение и болезненность придатков
  - 4) верно 2) и 3)
  - 5) верно все перечисленное
- 10. Нарушение внематочной беременности по типу разрыва маточной трубы протекает, как правило, со следующей симптоматикой**
- 1) внезапный приступ боли в одной из подвздошных областей
  - 2) иррадиация боли в плечо

- 3) тошнота (или рвота)
- 4) верно 1) и 3)
- 5) верно все перечисленное

## **Тест №2**

- 1. Медицинская реабилитация больной, оперированной по поводу перекрута ножки опухоли яичника, состоит в проведении**
  - 1) противовоспалительной рассасывающей терапии
  - 2) коррекции функции оставшегося яичника
  - 3) контрацепции мужским механическим средством
  - 4) всего перечисленного
  - 5) ничего из перечисленного
  
- 2. Возможным источником кровотечения из яичника является**
  - 1) желтое тело
  - 2) фолликулярная киста яичника
  - 3) киста желтого тела
  - 4) все перечисленное
  - 5) ничего из перечисленного
  
- 3. Наиболее целесообразная последовательность мероприятий при диагностике нарушенной внематочной беременности**
  - 1) гемотрансфузия, операция
  - 2) консультация терапевта, анестезиолога, операция
  - 3) ультразвуковое исследование, гемотрансфузия, операция
  - 4) операция, гемотрансфузия
  - 5) применение сердечных средств, гемотрансфузия, операция
  
- 4. Трубный аборт (без значительного внутри брюшного кровотечения) надо дифференцировать**
  - 1) с самопроизвольным выкидышем малого срока
  - 2) с обострением хронического сальпингоофорита
  - 3) с дисфункциональным маточным кровотечением
  - 4) верно 1) и 2)
  - 5) со всем перечисленным
  
- 5. Шоковый индекс - это**
  - 1) отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 1
  - 2) отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 1
  - 3) отношение частоты пульса к величине систолического АД, равное 0.5
  - 4) отношение частоты пульса к величине диастолического АД, равное 0.5
  - 5) ничего из перечисленного

**6. Апоплексия яичника - это**

- 1) остро возникшее кровотечение из яичника
- 2) разрыв яичника
- 3) остро возникшее нарушение кровоснабжения яичника
- 4) верно 1) и 2)
- 5) все перечисленное

**7. Тактика врача при небольшом дефекте матки (во время чревосечения по поводу перфорации матки) включает все перечисленное, кроме**

- 1) над влагалищной ампутации матки
- 2) иссечения краев перфорационного отверстия
- 3) ушивания перфорационного отверстия
- 4) ревизии органов малого таза
- 5) ревизии кишечника, прилежащего к матке

**8. Особенности операции у больной с tuboовариальным образованием в стадии острого воспаления**

- 1) дренирование брюшной полости
- 2) опасность травмы кишечника и мочевого пузыря
- 3) технические трудности при выполнении операции необходимого объема
- 4) верно 1) и 3)
- 5) верно все перечисленное

**9. Перитонит - это воспаление**

- 1) висцеральной брюшины
- 2) париетальной брюшины
- 3) клетчатки малого таза
- 4) верно 1) и 2)
- 5) всего перечисленного

**10. При перитоните у гинекологической больной показана операция в объеме**

- 1) экстирпация матки с придатками
- 2) надвлагалищная ампутация матки с придатками
- 3) экстирпация матки с трубами
- 4) над влагалищная ампутация матки с трубами
- 5) все перечисленное неверно

**Тест №3**

**1. Для улучшения реологических свойств крови у больных, оперированных по поводу гнойного перитонита, применяют**

- 1) трасилол

- 2) гепарин
- 3) реополиглюкин
- 4) верно 2) и 3)
- 5) все перечисленное

**2. Причины "острого живота" вследствие острого нарушения кровоснабжения внутренних половых органов**

- 1) внематочная беременность
- 2) перекрут ножки опухоли яичника
- 3) инфаркт миоматозного узла
- 4) верно 2) и 3)
- 5) верно все перечисленное

**3. При операции по поводу перекрута ножки дермоидной кисты яичника**

- 1) перекрученную ножку опухоли яичника надо обязательно раскрутить, чтобы разобраться в анатомии
- 2) производят экстирпацию матки с придатками
- 3) удаляют оба яичника
- 4) верно 2) и 3)
- 5) все перечисленное неверно

**4. При перитоните в токсической стадии внутрикожный волдырь(при проведении пробы Мак-Клюра - Олдрича) рассасывается за период времени**

- 1) от 60 мин до 45 мин
- 2) от 45 мин до 20 мин
- 3) от 20 мин до 10 мин
- 4) от 10 мин до 2 мин
- 5) все перечисленное неверно

**5. Какой из методов диагностики не используется для подтверждения разрыва маточной трубы?**

- 1) УЗИ
- 2) определение ХГЧ
- 3) ПЦР
- 4) ИФА

**6. Факторы риска перфорации матки при выскабливании**

- 1) в анамнезе - множественные аборты
- 2) эндометрит
- 3) пузырный занос

- 4) все перечисленные факторы
- 5) ни один из перечисленных факторов

**7. При перфорации матки необходимо обязательно произвести лапаротомию, если**

- 1) перфорация матки произведена зондом
- 2) состояние больной удовлетворительное
- 3) признаки кровотечения в брюшную полость не выражены
- 4) все перечисленное
- 5) ничего из перечисленного

**8. Для апоплексии яичника характерно все перечисленное, кроме**

- 1) болей внизу живота, возникающих на фоне полного благополучия
- 2) отсутствия наружного кровотечения
- 3) отрицательных биологических реакций на беременность
- 4) резко выраженного нарастания числа лейкоцитов в крови
- 5) нерезко выраженных симптомов раздражения брюшины

**9. Для перекрута ножки опухоли яичника характерно**

- 1) сильные боли внизу живота, возникшие после физического напряжения
- 2) при бимануальном исследовании в малом тазу определение неподвижной, резко болезненной опухоли
- 3) положительные симптомы раздражения брюшины на стороне опухоли
- 4) верно 1) и 2)
- 5) все перечисленное

**10. При перитоните в реактивной стадии внутрикожный волдырь (при проведении пробы Мак-Клюра - Олдрича) рассасывается за период времени**

- 1) от 60 мин до 45 мин
- 2) от 45 мин до 20 мин
- 3) от 20 мин до 10 мин
- 4) от 10 мин до 2 мин
- 5) все перечисленное неверно



## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача № 1

К., 27 лет, поступила в гинекологическое отделение в состоянии средней тяжести, с жалобами на слабость, головокружение, схваткообразные боли внизу живота справа, мажущиеся кровянистые темного цвета выделения из влагалища. В анамнезе 1 роды и 2 медицинских аборта. Три дня назад на фоне задержки менструации на 2 недели появились схваткообразные боли внизу живота справа, обморочное состояние и кровянистые выделения из влагалища мажущегося характера. Сегодня приступ боли повторился и появилась резкая общая слабость. При поступлении умеренная бледность кожных покровов, АД 95/60 мм рт. ст., пульс 92 уд./мин, ритмичный. Живот мягкий, болезненный при пальпации над лоном, где отмечается притупление перкуторного звука и слабо выраженный симптом Щеткина— Блюмберга. При влагалищном исследовании: смещение шейки матки резко болезненно, задний свод нависает, пальпация его болезненна, матка увеличена до 5-6 недель беременности, размягчена, слегка болезненна при смещении, справа от матки пальпируется образование размерами 10х5х4 см, слегка болезненное при пальпации. Выделения тёмно-красные в небольшом количестве.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы диагностики пациентки?
3. Лечение?

### Задача № 2

И., 37 лет, поступила с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту, озноб. Газы отходят плохо. В анамнезе 2 родов, 4 медаборта. Последний осмотр гинекологом был около 2 лет назад. Больна 4 дня, когда после физического напряжения появились интенсивные боли внизу живота слева, был жидкий стул и двукратная рвота. Доставлена в райбольницу с диагнозом гастроэнтероколит. Осмотрена гинекологом на 3 день и переведена в гинекологическое отделение. Объективно умеренная

бледность кожных покровов, язык сухой, обложен беловатым налетом, температура 38,2 градуса, пульс 108 уд./мин. удовлетворительного качества. Живот незначительно вздут, мягкий, в нижних отделах выражены симптомы раздражения брюшины. Над лоном пальпируется плотная туго-эластичная опухоль, верхний полюс которой на 4 п/п выше лона. При внутреннем исследовании матка небольших размеров, плотная, отклонена кзади, смещение ее болезненно. Слева и спереди от нее определяется округлое, резко болезненное, ограниченно подвижное образование размерами 12х14х10 см. Придатки матки справа не увеличены. Выделения светлые, слизистого характера.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Что делать?
3. С какими заболеваниями можно провести дифференциальную диагностику?

**Задача № 3**

В гинекологическое отделение из ЦРБ доставлена 3., 34 лет, в состоянии тяжелого шока. Около 7 часов назад был произведен криминальный аборт на сроке 12-13 недель. При опорожнении матки во влагалище была низведена петля нисходящей кишки с полным поперечным ее разрывом (аборт производила медсестра на дому). При поступлении: состояние тяжелое, заторможена, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, покрыты потом. Черты лица заострены. АД 80/40 мм рт. ст., пульс нитевидный, частый. Живот вздут, напряжен, резко болезнен, в отлогих местах притупление перкуторного звука. Из влагалища на 4-5 см выступает разорванная петля кишки. Выделения кровянистые в умеренном количестве.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Тактика хирурга?

**Задачи №4**

Больная А. 18 лет, поступила экстренно в гинекологическое отделение, с жалобами на боли внизу живота справа, иррадиирующие в поясницу. Заболела остро 2 часа назад, боли усиливаются, была рвота.

Менструации с 13 лет, умеренные, по 3-4 дня, через 28 дней. Последняя менструация закончилась 3 дня назад. Половой жизнью не жила. Гинекологом ранее не осматривалась.

Состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. t 37,2°, Ps- 100 уд.в

мин., АД- 120/80 мм. рт. ст., язык влажный. Живот вздут, болезненный, при пальпации, в нижних отделах больше справа, с-м Щеткина-Блюмберга слабо выражен, напряжение мышц отсутствует. Анализ крови: эр-тов  $3,6 \times 10^{12}$  /л., Hb 126 г/л, л-тов-  $12 \times 10^9$  /л., СОЭ- 25 мм./ час. При бимануальном исследовании: тело матки маленькое, в anteflexio, резко болезненное при пальпации. Область левых придатков без патологии. Правые придатки осмотреть из-за резкой болезненности не удалось. Своды и параметрии свободны.

В экстренном порядке произведена диагностическая лапароскопия, обнаружено: матка и левые придатки не изменены. Правый яичник замещен образованием, темно-багрового цвета, с множественными мелкими кровоизлияниями в стенке, на длинной ножке, перекрученной на  $360^\circ$ . В состав ножки вошли труба, собственная связка яичника, воронко-тазовая связка и край большого сальника. При осмотре опухоли случайно зажимом повреждена капсула опухоли - излилось около 20 мл. густой, сальной жидкости с волосами.

### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. Тактика хирурга?

### **Задача № 5**

Больная В., 28 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на повышение температуры до  $38,4^\circ$ , плохое самочувствие, боли внизу живота и поясничной области. В анамнезе: 3 беременности: 1-я-закончилась искусственным абортом по желанию женщины, 2-я - родами в срок без осложнений, 3-я - самопроизвольным абортом при сроке беременности 10 недель. В послеабортном периоде было сильное кровотечение, дважды производилось выскабливание матки, после которого длительно продолжались кровянистые выделения из половых путей, сохранялась субфебрильная температура. Был поставлен диагноз - метроэндометрит и сальпингоофорит; получала противовоспалительную терапию. Выписана на 16-й день после аборта. Считает себя больной после самопроизвольного аборта и выскабливания полости матки. Через 2 мес. после выписки из стационара у больной под влиянием переохлаждения произошло обострение воспалительного процесса придатков матки, сопровождавшееся нарушением менструальной функции. Была госпитализирована в стационар, где ей проводили противовоспалительную терапию. Неделю назад больная заболела гриппом с повышением температуры тела до  $38,6^\circ\text{C}$ , после чего возникли сильные боли внизу живота, иррадиирующие в ногу. На 5 дней раньше обычного началась мен-

струация. Прием анальгетиков не уменьшил болевого синдрома. Отметила появление рези при мочеиспускании, в связи с чем больная обратилась к врачу.

При осмотре: живот мягкий, резко болезненный при пальпации в нижних отделах. Отмечается небольшое напряжение мышц передней брюшной стенки в нижних отделах живота. Аппендикулярные симптомы отсутствуют. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

При вагинальном осмотре: из внутреннего зева темнокровянистые выделения в небольшом количестве. Матка не увеличена, обычной формы и консистенции, в правильном положении, подвижна, чувствительна при пальпации. С обеих сторон пальпируются резко болезненные, увеличенные в размерах придатки.

### **Вопросы:**

1. Поставьте диагноз.
2. Какова возможная причина возникновения заболевания?
3. Методы диагностики в стационаре?
4. С какими заболеваниями надо провести дифференциальный диагноз?
5. Назначьте лечение.

### **Задача № 6**

Больная У., 22 лет, была доставлена в стационар в связи с резкими болями внизу живота, ознобом, повышением температуры тела до 38,8°C.

В анамнезе: 2 беременности, из них 1 - закончилась срочными родами, 1 - искусственным абортom. В послеабортном периоде возникло двустороннее воспаление придатков матки с частыми обострениями. Последнее обострение произошло 2 мес назад. В стационаре в течение 2 нед проводилась противовоспалительная терапия.

Заболела остро, когда на фоне заканчивающейся менструации внезапно появились боли внизу живота, больше справа, иррадиирующие в правую ногу, был озноб, временами беспокоила тошнота, дважды была рвота. Температура тела повысилась до 38,2°, в связи с чем больная доставлена в больницу машиной "скорой помощи".

При осмотре: отмечается выраженная болезненность в нижних отделах живота, больше справа. Симптом Щеткина положителен. Имеется небольшая ригидность мышц передней брюшной стенки в области наиболее выраженной болезненности.

При вагинальном осмотре: из цервикального канала выделяется темная кровь в небольшом количестве. Матка не увеличена, безболезненная. Справа и сзади от нее пальпируется образование, исходящее из придатков, плотноэластичной кон-

систенции, размерами 9,0х6,0см. Левые придатки матки также увеличены, мягкой консистенции. Задний свод влагалища не выбухает.

ОАК: Нв-120г/л, Эр.-4,0х10<sup>12</sup>л, Л-13,4х10<sup>9</sup>л, СОЭ-18мм/ч,

ОАМ: с/ж, уд.вес-1012, белок-отр, Л-3-4, Эр.-0-2.

При пункции заднего свода влагалища получено 5мл серозно-гнойного экссудата.

### **Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования нужно провести?
3. С какими заболеваниями надо провести дифференциальный диагноз?
4. Каковы принципы лечения данного заболевания?

### **Задача № 7**

Больная В., 25 лет, обратилась в стационар в связи с болями внизу живота и длительными мажущими темнокровянистыми выделениями из половых путей, повышением температуры тела 36,9°C.

В анамнезе: было 2 беременности: 1-я закончилась родами в срок без осложнений, 2-я (2 года назад) - искусственным абортom. В послеабортном периоде было воспаление придатков матки (двустороннее), которое часто обострялось, в основном, под влиянием переохлаждения или простудных заболеваний. Считает себя больной в течение последних 2 недель, когда появились схваткообразные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку. Обратилась к врачу женской консультации, который поставил диагноз угрожающий аборт. От госпитализации больная отказалась. Вскоре к болям присоединились темнокровянистые выделения из влагалища. При повторном осмотре гинекологом было установлено, что матка отстает в своем развитии (на 2 нед меньше предполагаемого срока беременности). Отмечалось двустороннее увеличение придатков матки, больше слева. Больная была госпитализирована.

Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

При вагинальном осмотре: из цервикального канала выделяется темная кровь в скудном количестве. Матка увеличена до 5-6 недель беременности, размягчена, в правильном положении, безболезненна при пальпации. Правые придатки без особенностей, левые - сливаются с инфильтратом плотноватой консистенции, размером 10х12 см. Инфильтрат неправильной овальной формы, болезнен при пальпации, располагается в позадматочном пространстве, его нижний полюс выпячивает задний свод влагалища. Пальпация заднего свода болезненна.

ОАК: Нв-96г/л, Эр.-3,0х10<sup>12</sup>л, Л-7,4х10<sup>9</sup>л, СОЭ-8мм/ч,

Э-2%, П-4%, С-67%, Л-21%, М-6%.

ОАМ: с/ж, уд.вес-1012, белок-отр, Л-3-2, Эр.-0-2.

При пункции заднего свода влагалища получена темная кровь с мелкими сгустками.

**Вопросы:**

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз?
2. С какими заболеваниями надо провести дифференциальный диагноз?
3. Каковы методы обследования в стационаре и принципы лечения данного заболевания?
4. Какова последующая реабилитация данной больной?
5. Прогноз заболевания.

**Задача № 8**

В приемный покой 26.01 обратилась больная 37 лет, с жалобами на боли внизу живота, больше справа, с иррадиацией в половую губу и бедро. Заболела остро 1.5 часа назад, когда после полового акта появились боли, слабость, тошнота, была однократно рвота. Перенесенные заболевания: гепатит в детстве, хронический гастрит, хронический колит, почечно-каменная болезнь в течение 10 лет. Менструальный цикл не нарушен. Последняя менструация 14.01 в срок. Беременностей 3: 2 своевременных родов без осложнений, 1 медицинский аборт 5 лет назад, осложнился эндометритом, двухсторонним воспалением придатков матки. От беременностей не предохранялась.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледноватые. Пульс - 86 в минуту, ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Живот мягкий, несколько вздут, болезненный при пальпации, больше справа. Справа симптом Пастернацкого слабopоложительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Дизурических явлений нет. Стула не было 2 дня.

При гинекологическом осмотре: тело матки плотное, безболезненное, не увеличено, в ретрофлексии. Левый яичник не увеличен, безболезненный, правый яичник из-за болезненности пропальпировать не удается. Выраженная тяжесть в области придатков. Выделения молочного цвета, скудные.

**Вопросы:**

1. Возможные причины данного состояния больной?
2. Оцените анамнестические данные для дифференциального диагноза.
3. Дополнительные методы обследования в приемном покое.
4. Осложнения после медицинского аборта?
5. Тактика ведения больной.

## Задача № 9

В гинекологическое отделение из инфекционной больницы доставлена больная 28 лет с жалобами на боли внизу живота, рвота, озноб. В связи с многократным жидким стулом была госпитализирована в инфекционную больницу. С целью предохранения от беременности 5 дней назад была введена ВМС.

Объективно: пульс - 90 в минуту, ритмичный. АД - 110/60 рт.ст. ЧД - 18 в минуту. Язык обложен беловатым налетом, суховат. Живот несколько вздут, болезненный при глубокой пальпации во всех отделах, слабо выраженные симптомы раздражения брюшины в надлобковой области.

При вагинальном осмотре: из цервикального канала гнойвидные выделения. Тело матки несколько больше нормы, болезненное. Справа и позади матки определяется резко болезненное образование мягкой консистенции размером 8х6х6 см.

При влагалищном исследовании непроизвольный жидкий стул.

### **Вопросы:**

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Наиболее часто встречающиеся осложнения при введении ВМС?
3. План обследования?
4. Объем хирургического лечения?
5. Дальнейшая тактика ведения больной.

## Задача № 10

Больная М., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на резкие боли внизу живота, повышение температуры, общую слабость, озноб.

В анамнезе: 4 беременности, одна из которых завершилась своевременными родами без осложнений, три - искусственными абортами. Последний аборт, произведенный 4 года назад, осложнился острым воспалением придатков матки, по поводу чего больная лечилась в стационаре. После этого неоднократно возникали обострения сальпингоофорита.

Объективное обследование: общее состояние при поступлении средней тяжести. Пульс 112 ударов в минуту, ритмичный. АД - 120/75 мм рт.ст. Температура тела - 38,8°C. Кожные покровы бледноватые. Язык сухой, обложен налетом. Тоны сердца ясные ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается напряжение прямых мышц живота и признаки раздражения брюшины. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При вагинальном осмотре: из цервикального канала - гнойные выделения, шейка матки болезненна при смещении, матка отдельно не определяется. В области придатков пальпируются эластичной консистенции образования без четких контуров, резко болезненные, ограниченно подвижные. Своды с обеих сторон укорочены.

ОАК. эр.  $3,8 \times 10^{12}/л$ , НЬ-128 г/л, лейкоциты -  $18,0 \times 10^9/л$ , отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ- 32 мм/час.

Экг. Ритм синусовый. ЧСС-110 в мин. Электрическая ось сердца не отклонена. Метаболические нарушения в миокарде желудочков.

Мазок. Эпителиальные клетки и лейкоциты в большом количестве, флора кокковая. Выявлены ключевые клетки. При пункции через задний свод влагалища из брюшной полости получен мутный выпот.

### ***Вопросы:***

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Оцените данные лабораторных исследований.
4. Тактика врача акушера- гинеколога в данной ситуации, показано ли оперативное вмешательство.
5. Что такое "ключевые клетки"?



## **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ НА ТЕСТЫ И СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

### **Тест №1**

1 – 4); 2 – 1); 3 – 2); 4 – 4); 5 – 1); 6 – 5); 7 – 2); 8 – 4); 9 – 5); 10 – 5)

### **Тест № 2**

1 – 4); 2 – 4); 3 – 4); 4 – 5); 5 – 3); 6 – 4); 7 – 1); 8 – 5); 9 – 4); 10 – 3)

### **Тест №3**

1 – 3); 2 – 4); 3 – 5); 4 – 3); 5 – 3); 6 – 4); 7 – 5); 8 – 4); 9 – 5); 10 – 2)

### **Эталоны ответов на задачи**

#### **Задача №1. Ответ:**

1. Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта.
2. ОАК, ОАМ, УЗИ ОМТ, пункция заднего свода влагалища, консультация хирурга.
3. Лапароскопия, тубэктомия справа, санация, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде: антибактериальная, противовоспалительная, физиотерапия.

#### **Задача №2. Ответ:**

1. Перекрут ножки опухоли яичника.
2. Лапаротомия или лапароскопия, аднексэктомия слева.
3. Внематочная беременность, tuboовариальное образование, острый аппендицит, апоплексия яичника.

#### **Задача №3. Ответ:**

1. Полная перфорация матки. Осл: Травма кишечника.
2. Оперативное лечение в экстренном порядке совместно с хирургом: резекция кишки, экстирпация матки с трубами.

**Задача №4. Ответ:**

1. Перекрут демоидной кисты яичника.
2. Аднексэктомия справа.

**Задача №5. Ответ:**

1. Обострение хронического метроэндометрита, сальпингоофорита.
2. Осложнение самопроизвольного аборта, провоцирующий фактор - грипп.
3. ОАК, ОАМ, УЗИ ОМТ, лапароскопия (по показаниям), бакобследование.
4. Пиелонефрит, аппендицит, дивертикулит, пельвиоперитонит, параметрит, внематочная беременность.
5. Консервативное лечение (антибактериальное, иммунокорригирующее, десенсибилизирующее, витаминотерапия, физиотерапия).

**Задача №6. Ответ:**

1. Острый пиосальпинкс, пельвиоперитонит.
2. УЗИ, лапароскопия (дренирование), бак обследование, ПЦР на ИППП. Консультация хирурга.
3. Аппендицит, перитонит, параметрит, внематочная беременность, перекрут ножки опухоли яичника, перекрут ножки миоматозного узла.
4. В первые 24-36 часов консервативное лечение (ИТТ, антибактериальная, десенсибилизирующая, иммунокоррегирующая терапия, витамины. При отсутствии эффекта: хирургическое лечение.

**Задача №7. Ответ:**

1. Левосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу аборта, позадииматочная гематома. Анемия легкой степени.
2. Апоплексия яичника, острый сальпингоофорит, пельвиоперитонит, параметрит, опухоль левого яичника, эндометриоз левого яичника.
3. УЗИ, лапароскопия, тесты на беременность. Хирургическое лечение (реконструктивно-пластическая операция лапароскопическим доступом).
4. Профилактика спаечного процесса, противовоспалительная терапия, восстановление проходимости маточной трубы после хирургического вмешательства, регуляция менструального цикла.
5. Прогноз заболевания: благоприятный.

**Задача № 8. Ответ:**

1. Апоплексия яичника, почечная колика, внематочная беременность, обострение хронического двухстороннего сальпингоофорита, параметрит.
2. Появление болей после полового акта в середине менструального цикла.
3. Анализ мочи, анализ крови, УЗИ органов брюшной полости и малого таза, лапароскопия.
4. Эндометрит, сальпингоофорит, бесплодие.
5. Оперативное лечение.

**Задача № 9. Ответ:**

1. Перфорация матки при введении ВМС. Нагноение гематомы.
2. Воспалительный процесс гениталий.
3. Анализ крови, группа крови, Rh-фактор.
4. Экстирпация матки, ревизия органов брюшной полости.
5. ЗГТ.

**Задача № 10. Ответ:**

1. Двусторонний пиосальпинкс с перфорацией.
2. Внематочная беременность, острый аппендицит.
3. Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.
4. Лапароскопия, тубэктомия с обеих сторон, санация, дренирование брюшной полости.
5. Бактериальный вагиноз.

*Учебное пособие*

**Хайбуллина** Альфия Рашитовна, **Сахаутдинова** Индира Венеровна,  
**Кулешова** Татьяна Павловна, **Зулкарнеева** Эльмира Маратовна,  
**Муслимова** Софья Юрьевна, **Таюпова** Ирина Маратовна

## ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ

Подписано к печати 23.10.2014  
Формат 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Усл.-печ. л. 3,5.  
Тираж 20 экз. Заказ №916.

Отпечатано на ризографе с готового оригинал-макета,  
представленного авторами, в типографии ООО «БашНИПИнефть».  
450006, г. Уфа, ул. Ленина, 86/1