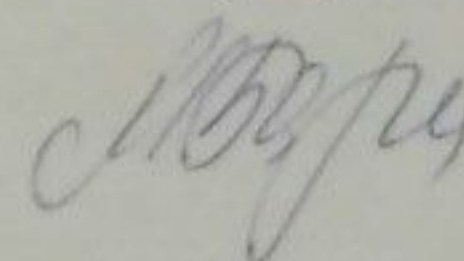


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии ИПО

Зав. кафедрой д.м.н., профессор



Базина М.И

РЕФЕРАТ

ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ

Выполнила:

клинический ординатор

Ткачева Н.В.

Красноярск, 2017.

Рецензия

на реферат по дисциплине «акушерство и гинекология»

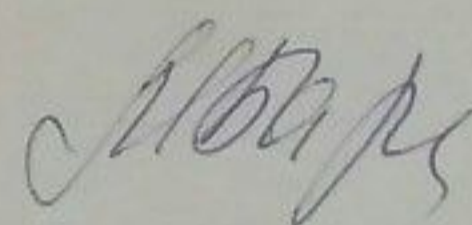
клинического ординатора Ткачевой Н.В. на тему: «ОСТРЫЙ ЖИВОТ В
ГИНЕКОЛОГИИ»

Работа Ткачевой Н. В. посвящена проблемам неотложных состояний в современной практике акушера-гинеколога.

В работе полностью раскрыто содержание материала, материал изложен грамотно, в определенной— логической последовательности, продемонстрировано системное и глубокое— знание программного материала, знание современной учебной и научной литературы, точно используется терминология.

Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованны, обладают важным теоретическим значением. Реферат написан хорошим литературным языком, проиллюстрирован и оформлен.

Считаю, что реферат Ткачевой Н.В. полностью отвечает требованиям, предъявляемым к данному виду работ, а его автор заслуживает оценки «отлично».



Содержание

1. Введение, определение.....	2
2. Внематочная беременность. Классификация.....	2
3. Этиология внематочной беременнос.....	3
4. Патогенез внематочной беременности	4
5. Признаки эктопической беременности диагностика и лечение.....	5
6. Апоплексия яичника.....	9
7. Библиографический список.....	11

«Острый живот» - критическая ситуация в брюшной полости, когда только экстренное вмешательство позволит спасти жизнь больной.

Осложнения, относящиеся к «острому животу»:

1. Заболевания, сопровождающиеся острым внутренним кровотечением (внематочная беременность, апоплексия яичника, перфорация матки и др.)
2. Заболевания, сопровождающиеся острым нарушением кровообращения внутренних половых органов (перекрут ножки опухоли яичника)
3. Заболевания, характеризующиеся развитием острого воспалительного процесса внутренних половых органов (пельвиоперитонит).

Внематочная беременность.

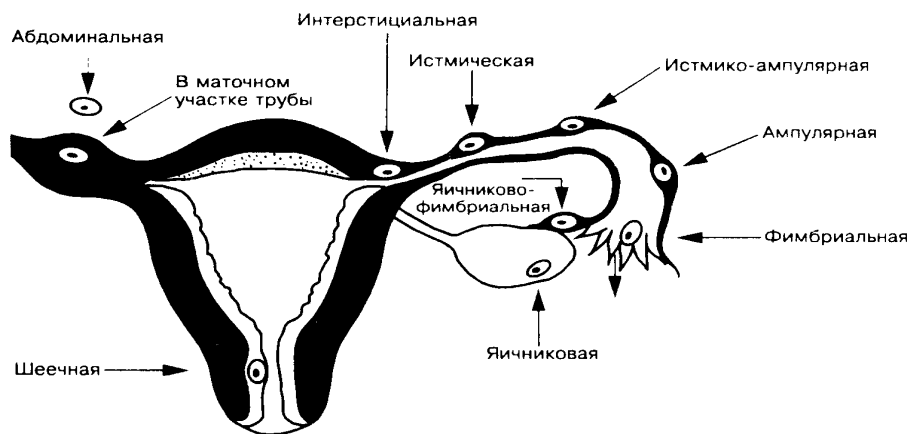
В последние годы проблема внематочной беременности вновь стала актуальной для медицинской общественности. Это объясняется тем, что в последнее время всё больше возрастает количество женщин, страдающих этим видом патологии беременности.

Под внематочной (эктопической, несвоеместной) беременностью понимают беременность, при которой имплантация произошла вне полости матки.

Классификация.

Международная классификация болезней (МКБ - X) предлагает следующую классификацию внематочной беременности.

- а. Абдоминальная (брюшная) беременность
- б. Трубная беременность
 - (1) Беременность в маточной трубе
 - (2) Разрыв маточной трубы вследствие беременности
- (3) Трубный аборт.
- в. Яичниковая беременность
- г. Другие формы внематочной беременности
 - 1 Шеечная
 - 2 Комбинированная
 - 3 В роге матки
 - 4 Внутрисвязочная
 - 5 В брыжейке матки
 - 6 Неуточнённая.



В отличие от МКБ X в отечественной литературе трубную беременность разделяют на

1. Ампулярную.
2. Истмическую.
3. Интерстициальную.

Яичниковую подразделяют на:

Развивающуюся на поверхности яичника.

Развивающуюся интрафолликулярно.

Брюшная беременность подразделяется на

Первичную (имплантация в брюшной полости происходит первоначально).

Вторичную (имплантация в брюшной полости происходит вследствие изгнания плодного яйца из трубы).

Этиология внематочной беременности.

А. Инфекция органов малого таза. Хронический сальпингит — частая находка (30-50%) при эктопической беременности. Часто внематочная беременность возникает у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

1. Инфекционный процесс в слизистой оболочке маточной трубы ведёт к фиброзу и рубцовым изменениям, нарушающим транспортную функцию трубы из-за её сужения, формирования ложного хода, изменения реснитчатого эпителия и неполноценной перистальтики. Все эти особенности задерживают продвижение оплодотворённой яйцеклетки, способствуя её имплантации в трубе.

2. Хронические воспалительные заболевания органов малого таза обычно поражают обе маточные трубы. Частота повторной эктопической беременности во второй трубе составляет 10-15%.

Б. Сужение маточной трубы

1. Врожденные дефекты маточной трубы (например, дивертикулы и карманы).
 2. Доброкачественные опухоли или кисты трубы.
 3. Фибромиомы матки в области трубного угла.
 4. Эндометриоз труб.
 5. Околотрубные спайки, возникающие вторично при аппендиците или после операций на органах малого таза и/или брюшной полости.
6. Хирургические вмешательства на маточных трубах. Частота эктопической беременности выше после пластических операций на маточных трубах по поводу воспалительных заболеваний или восстановления их проходимости после перевязки.
- В. Миграция оплодотворённой яйцеклетки. У большинства женщин жёлтое тело обнаруживают в яичнике на стороне, противоположной локализации эктопической беременности.
1. При внешней миграции (например, из правого яичника в левую маточную трубу через брюшную полость или наоборот) бластоциста успевает настолько увеличиться, что не проходит через узкий перешеек трубы.
 2. Оплодотворённая яйцеклетка может также пройти через матку (внутренняя миграция) и попасть в противоположную трубу.
- Г. ВМС. Часто эктопическая беременность возникает при использовании ВМС.
- Д. Беременности, полученные путем экстракорпорального оплодотворения.

ПАТОГЕНЕЗ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.

В маточной трубе, брюшной полости и зачаточном роге матки нет мощной специфической слизистой, которая свойственна для обычного места имплантации - полости матки. Прогрессирующая внематочная беременность растягивает плодоемстилище, а ворсины хориона разрушают подлежащую ткань, в том числе и кровеносные сосуды. Этот процесс может протекать с разной скоростью в зависимости от места локализации и сопровождается более или менее выраженным кровотечением.

Если плодное яйцо развивается в истмическом отделе трубы, то имеет место базотропный рост ворсин хориона, которые быстро разрушают все слои трубы. И уже к 4-6 неделе это приводит к разрыву трубы и массивному кровотечению.

Аналогично протекает беременность, локализованная в интерстициальном отделе трубы, однако в связи с большей толщиной мышечного слоя длительность существования такой беременности больше и достигает 10-12 недель.

При ампулярной локализации плодного яйца возможна имплантация плодного яйца в складки эндосальпинкса. В этом случае рост ворсин хориона возможен в сторону просвета трубы. При этом вследствие антиперистальтики трубы возможно изгнание отслоившегося

плодного яйца в брюшную полость, т.е. происходит трубный аборт. При закрытии фимбриального отдела трубы изливающаяся в просвет трубы кровь приводит к образованию гематосальпинкса. При открытом просвете ампулы кровь, вытекая из трубы и сворачиваясь в области её воронки, может образовывать перитубарную гематому. При скапливании крови в Дугласовом пространстве образуется замочная гематома, ограниченная от брюшной полости фиброзной капсулой.

В редких случаях плодное яйцо, изгнанное из трубы, не погибает, а имплантируется в брюшной полости и продолжает развиваться.

В определённых условиях возможно развитие яичниковой беременности, которая редко существует длительное время и приводит к разрыву плодместилища, сопровождающегося значительным кровотечением.

ПРИЗНАКИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Клиника разрыва трубы. Внезапно возникают резкие боли в низу живота и в паху, иррадиирующие в плечо, лопатку, прямую кишку. Частые симптомы: холодный пот, потеря сознания.

1. Объективный осмотр. Выявляют падение АД, слабый частый пульс, бледность кожных покровов и слизистых оболочек. Живот при пальпации болезнен со стороны разрыва, симптом Щёткина-Блюмберга слабоположителен. Перкуторно — признаки свободной жидкости в брюшной полости.

2. Влагалищное исследование. Матка незначительно увеличена, мягковатая; более подвижная, чем обычно (плавающая матка). Пастозность в области придатков матки. Задний свод влагалища уплощён или выпячен, резко болезнен при пальпации (крик Дугласа). При попытке смещения шейки матки кпереди возникает резкая боль. Клиника трубного аборта. При прерывании беременности по типу трубного аборта возникают приступообразные боли в низу живота, появляются кровянистые выделения. Часто бывают кратковременные обморочные состояния.

1. Влагалищное исследование. Матка мягковатая, слегка увеличена. Пальпируется опухолевидное образование в области одного из придатков, болезненное при пальпации, малоподвижное. Болезненность при смещении матки кпереди и при пальпации заднего свода влагалища выражены слабее, чем при разрыве трубы. Нередко из полости матки происходит выделение децидуальной оболочки,

2. При гистологическом исследовании выделившейся децидуальной оболочки или соскоба слизистой оболочки тела матки выявляют элементы децидуальной ткани без элементов хориона.

ДИАГНОСТИКА

Предположительные признаки. Подозрение на эктопическую беременность возникает при жалобах беременной на патологическое кровотечение и боли в нижних отделах живота. В анамнезе — ВЗОТ или операции на органах малого таза.

Методы диагностики эктопической беременности

- 1. Определение уровня ХГТ.** Проба на определение в сыворотке крови р-субъединицы ХГТ положительна во всех случаях эктопической беременности, в то время как проба на ХГТ в моче положительна только в 50% случаев.
 - а. Скорость нарастания ХГТ в крови** помогает дифференцировать нормальную и патологическую (эктопическую или неразвивающуюся) беременность; при нормальной беременности уровень ХГТ в крови удваивается каждые 2 дня.
 - б. При пороговом уровне ХГТ 6000 мМЕ/мл** маточную беременность выявляют при УЗИ. Если в полости матки нет эмбриона, можно предположить эктопическую беременность.
 - в. Стандартная проба мочи на беременность** бывает отрицательной в 50%) случаев эктопической беременности. Необходимо помнить, что нередко в случаях прерывания эктопической беременности на основании кровотечения и более ошибочно диагностируют угрожающий аборт.
- 2. УЗИ органов малого таза** помогает исключить эктопическую беременность, если в полости матки четко определяется плодное яйцо через 7 недель после последней менструации; этот срок беременности коррелирует с уровнем ХГТ 5000-6000 мМЕ/мл. Выявление увеличенной матки и яичника при УЗИ не имеет диагностической ценности, так как такая картина может просто представлять собой раннюю маточную беременность и жёлтое тело.
- 3. Трансвагинальное УЗИ.** При УЗИ, проводимом при помощи трансвагинального датчика, плодное яйцо можно визуализировать раньше, чем при трансабдоминальной эхографии.
 - а.** Плодное яйцо в полости матки можно обнаружить при уровне ХГТ 1500-2000 мМЕ/мл, соответствующем 6 неделям беременности,
 - б.** Следовательно, с помощью трансвагинального УЗИ эктопическую беременность можно исключить на 4-6 дней раньше, чем при трансабдоминальном УЗИ.
- 4. Кульдоцентез** (пункцию прямокишечно-маточного углубления) проводят для выявления свободной крови в брюшной полости при жалобах на острую боль в низу живота в сочетании с патологическим кровотечением, обмороком или шоком.
 - а.** Иглу №18 вводят через задний свод влагалища в прямокишечно-маточное углубление.
 - б.** При пункции прямокишечно-маточного углубления необходимо получить жидкость.
 - в.** Нормально содержимое шприца — 3-5 мл прозрачной жидкости желтоватого цвета. При

наличии крови в брюшной полости получают тёмную жидкую кровь. Содержимого в шприце может не быть при спайках или при организации сгустков крови, что не снимает диагноза внематочной беременности.

- 5. Лапароскопия и кульдоскопия** дают возможность осмотра маточных труб и яичников, если диагноз вызывает сомнение. Риск, связанный с выполнением лапароскопии, гораздо меньше, чем риск серьёзных последствий при недиагностированной эктопической беременности. Противопоказаниями для лапароскопии (по мнению Грязновой) являются перенесённый перитонит, рубцовые изменения передней брюшной стенки, метеоризм, тяжёлые неврозы и заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации.
- 6. Гистологическое исследование эндометрия.** При выскабливании полости матки по поводу патологического кровотечения (например, при подозрении на самопроизвольный аборт), полученная децидуальная ткань без ворсин хориона в образцах эндометрия указывает на эктопическую беременность. Дополнительно при изучении мазков можно выявить феномен Ариас-Стелла — атипичные клетки в эндометрии с набуханием, вакуолизацией протоплазмы, гиперхромазией, гипертрофией ядер с фрагментацией, появляющиеся в ответ на гормональные изменения при беременности.
- 7. Реография органов малого таза.** Это исследование позволяет получить данные о кровенаполнении различных органов и, следовательно, об их функциональной активности.

Лечение эктопической беременности.

В современной практике до сих пор применяются оперативные и консервативные методы лечения внематочной беременности. Оба эти метода имеют свои преимущества и недостатки. В нашей стране применяется комплексный подход к лечению внематочной беременности. Он включает:

1. Операцию.
2. Борьбу с кровотечением, геморрагическим шоком, кровопотерей.
3. Ведение послеоперационного периода.
4. Реабилитацию репродуктивной функции.

Операции, применяемые при прервавшейся трубной беременности.

Все описанные ниже операции могут быть выполнены как лапаротомическим, так и лапароскопическим способом. К преимуществам лапароскопических методик относятся:

- Сокращение продолжительности операции.
- Сокращение продолжительности послеоперационного периода.
- Сокращение продолжительности пребывания в стационаре.

- Уменьшение количества рубцовых изменений передней брюшной стенки.
 - Лучший косметический эффект.
- 1. Сальпингоовариэктомия.** В прошлом при наличии неизменённых придатков матки с противоположной стороны применялся именно этот вид оперативного вмешательства, однако в настоящее время удаление нормального яичника считается неоправданным. Это связано с тем, что в настоящее время появилась возможность для экстракорпорального оплодотворения, для чего необходимо максимальное восстановление генеративного потенциала (W.W.Beck).
 - 2. Сальпингэктомия.** В настоящее время считается оптимальным методом лечения внематочной беременности. Более всего эта операция подходит для лечения прервавшейся трубной беременности при присоединении массивного кровотечения (W.W.Beck, T.Wolff). Операцию и гемотрансфузию в таком случае проводят одновременно. После вскрытия брюшной стенки можно применить реинфузию (Айламазян Э.К. с соавт.). Реинфузия противопоказана при давно прервавшейся беременности (W.W.Beck).

Операции, применяемые при прогрессирующей трубной беременности.

Частота диагностирования прогрессирующей внематочной беременности увеличилась в последнее время не только за счёт увеличения общего количества внематочных беременностей, но, главным образом за счёт улучшения методов диагностики. При обнаружении у больной прогрессирующей трубной беременности возможно применение более щадящих методов лечения, нежели при прервавшейся трубной беременности.

- 1. Выдавливание.** У больной с прогрессирующей трубной беременностью (при локализации плодного яйца в ампулярном отделе трубы) плодное яйцо можно осторожно выдавить. Этот метод в настоящее время не применяется в связи с тем, что очень велика вероятность повторного возникновения трубной беременности
- 2. Сальпингостомия.** Выполняется продольная сальпингостомия. После удаления плодного яйца сальпингостому, обычно не ушивают. Шинкарёва Л.Ф. и Александров М.С. в случае, когда ворсины хориона не прорастали в мышечную оболочку трубы, ограничивались её выскабливанием.
- 3. Сегментарная резекция маточной трубы.** Удаляют сегмент трубы, несущий плодное яйцо, после чего выполняют анастомоз двух концов трубы. При невозможности выполнения сальпинго-сальпингоанастомоза можно перевязать оба конца и наложить анастомоз позднее.

Операции при брюшной беременности.

Техника операции при брюшной беременности зависит от локализации плодного яйца.

Обычно операция сводится к удалению плодного яйца и последующему гемостазу.

Ведение послеоперационного периода.

Ведение послеоперационного периода при этих операциях несколько отличается от обычного. Сразу после операции большую обкладывают грелками, на живот кладут мешочек с песком, который впоследствии заменяют на пузырь со льдом.

При необходимости продолжается инфузионная терапия и обезболивание. Абсолютно необходимым считают превентивное применение антибиотиков. Кроме того необходима витаминотерапия и адекватное питание.

Консервативные методы лечения эктопической беременности.

При наличии прогрессирующей внематочной беременности небольшого срока успешно применяется метотрексат.

Метотрексат является антагонистом фолиевой кислоты. Он блокирует метаболизм тканей, обладающих высоким уровнем обмена, к числу которых относится и трофобласт.

Осложнением применения метотрексата является острое массивное кровотечение из места локализации беременности через 1-2 недели после отмены препарата.

Реабилитация репродуктивной функции.

Проводят мероприятия, направленные на восстановление проходимости трубы. Проводят санаторно-курортное лечение. Имеются сведения, что у женщин, перенесших трубную беременность, часто неполноценна и вторая труба. Это является поводом для проведения противовоспалительной терапии в послеоперационном периоде. При невозможности зачатия ребёнка естественным путём возможно ЭКО.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА — кровоизлияние в яичник, сопровождающееся его разрывом и кровотечением в брюшную полость. Возникает вследствие патологических изменений сосудов (варикозное расширение, склероз) на фоне предшествующего воспалительного процесса. Чаще всего наступает в момент овуляции или в стадии васкуляризации желтого тела (середина и вторая фаза цикла). Провоцирующую роль играют травма, поднятие тяжести, бурное половое сношение.

Симптомы, течение складываются из симптомов внутреннего кровотечения и болевого синдрома (острый живот). Диагностика представляет значительные трудности, так как сходные явления наблюдаются при нарушенной внематочной беременности.

Лечение. Срочная госпитализация. При отсутствии выраженного внутреннего кровотечения и коллапса возможна консервативная тактика (покой, холод на низ живота). При нарастающих явлениях внутреннего кровотечения показана операция — лапаротомия, резекция яичника. Одновременно необходимо возместить кровопотерю (ретрансфузия, переливание донорской крови, кровезаменителей), при необходимости вводят сердечно-сосудистые препараты

Литература

1. Айламазян, Э. К. Акушерство : учеб. для мед. вузов / Э. К. Айламазян. СПб., 1999. С. 417–431.
2. Акушерство : справ. / под ред. К. Нисвандера, А. Эванса. М. : Практика, 1999. 704 с.
3. Акушерство от десяти учителей / под ред. С. Кэмпбелла, К. Лиза. М. : Мед. информ. агенство, 2004. С. 360–365.