



Б ИБЛИОТЕКА
Г РАКТИЧЕСКОГО
В РАЧА

Н. Д. СЕЛЕЗНЕВА

**НЕОТЛОЖНАЯ
ПОМОЩЬ
В
ГИНЕКОЛОГИИ**



Москва «МЕДИЦИНА» 1986

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Н. Д. СЕЛЕЗНЕВА

**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ
В ГИНЕКОЛОГИИ**

*Издание второе,
переработанное и дополненное*



МОСКВА «МЕДИЦИНА» 1986

ББК 57.1
С29
УДК 618.1-036.11-083.98

Рецензенты — *А. П. Кирющенко, проф. кафедры акушерства и гинекологии I ММИ им. И. М. Сеченова; В. П. Козаченко, проф., руководитель отделения гинекологии Всесоюзного онкологического научного центра АМН СССР*

Селезнева Н. Д.

С29 Неотложная помощь в гинекологии. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1986, 176 с, ил. — (Б-ка практич. врача).

Обл. 50 коп.; тираж 80 000 экз.

В книге изложены вопросы оказания неотложной гинекологической помощи при различных видах патологии: опухолях, воспалительных заболеваниях женских половых органов, травмах и др. Большое внимание уделено дифференциальной диагностике заболеваний половых органов и других форм патологии, имеющих сходную симптоматику. Рассмотрены информативные методы исследования. Приведены показания и противопоказания, указаны осложнения, типичные для того или иного метода. Специальная глава посвящена явлениям коллапса и шока при различных формах патологии. Описаны техника некоторых типичных операций на половых органах и органах малого таза и лечение осложнений, возникших после оперативных вмешательств и требующих оказания неотложной помощи.

Книга рассчитана на акушеров-гинекологов.

412300000—110

С-----235-86

039(01)-86

ББК 57.1

© Издательство «Медицина», Москва, 1976

© Издательство «Медицина», Москва, 1986 с изменениями

ПРЕДИСЛОВИЕ

Организация гинекологической помощи в нашей стране находится на высоком уровне. Широкая оздоровительная сеть и массовые профилактические осмотры женского населения позволяют вовремя выявить и лечить больных. Этим объясняется, например, что в настоящее время опухоли матки и придатков очень больших размеров встречаются чрезвычайно редко. В связи с улучшением качества диагностики и срочной госпитализацией больных очень редкими стали случаи смерти от внематочной беременности.

Качество неотложной помощи зависит от того, насколько быстро врач ориентируется при различных патологических состояниях и насколько правильным бывают его действия. Часто ошибки совершаются потому, что обычно устанавливают диагноз часто встречающегося или осмотр больной производят недостаточно тщательно.

Второе издание настоящей книги дополнено и переработано соответственно современным положениям науки, и практики. Согласно замечаниям читателей, более подробно рассмотрены злокачественные новообразования женских половых органов, аномалии развития, аборт, профилактика тромбоэмболических осложнений, гипербарическая оксигенация при неотложных состояниях и т. д.

Книга не претендует на исчерпывающее изложение тех вопросов, которые затрагиваются в ней. Автор будет считать свою задачу выполненной, если удастся ориентировать специалистов-гинекологов в тех неотложных ситуациях, которые могут возникнуть в практической работе.

Глава I

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ТРЕБУЮЩИХ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Повышение уровня организации гинекологической помощи, развитие широкой сети лечебных учреждений и массовые профилактические осмотры женского населения способствуют своевременному выявлению и лечению больных с различными гинекологическими заболеваниями. Стали казуистикой гигантские опухоли матки и придатков. Благодаря улучшению качества диагностики и быстрой госпитализации женщины очень редко умирают от внематочной беременности. В настоящее время перед медицинскими работниками ставится задача проведения всеобщей диспансеризации, в результате которой, очевидно, все реже будут возникать состояния, требующие неотложной помощи.

Несмотря на успехи профилактики и терапии гинекологических заболеваний, вопросы оказания скорой помощи при острых заболеваниях не теряют актуальности. Оказание квалифицированной неотложной помощи в большой мере зависит от профессиональной подготовки врача.

Нередко женщины с первыми жалобами обращаются к гинекологу, хотя эти жалобы могут быть не связаны с гинекологическим заболеванием. Очень важно иметь четкое представление о патологических состояниях, которые сопровождаются сходной симптоматикой.

Неотложные состояния, с которыми приходится встречаться гинекологу, могут быть обусловлены: 1) наружным или внутренним кровотечением (неполный аборт, внематочная беременность, апоплексия яичника и др.); 2) опухолью половых органов (перекрут ножки опухоли яичника, разрыв капсулы, некроз миоматозного узла); 3) воспалительными заболеваниями (пиосальпинкс, пиоварий, пельвиоперитонит); 4) экстрагенитальными заболеваниями (острый аппендицит, непроходимость кишечника, острый панкреатит, желчнокаменная болезнь, почечная колика и т. д.); 5) осложнениями, возникшими после проведения оперативных вмешательств (кровотечение, инфекция и т. д.); 6) коматозными состояниями, обусловленными различными причинами. Лечение заболеваний, при которых необходима неотложная помощь, требует от врача мобилизации всех его знаний и сил. От правильности его действий подчас зависит не только здоровье, но и жизнь больной, а это налагает на врача особую ответственность.

Заболевание может возникнуть среди полного здоровья вследствие остро развившегося патологического состояния (например, апоплексия яичника, острый аппендицит) или в результате осложненного течения заболевания (перекрут ножки кисты яичника, разрыв маточной трубы при эктопической беременности). Именно в этих случаях врачу особенно трудно сразу поставить правильный диагноз.

В связи с анатомической близостью внутренних половых органов с другими органами брюшной полости у гинеколога нередко возникает необходимость в консультации со специалистами смежных специальностей. Осмотр больной вместе с хирургом и терапевтом делает обследование более полноценным.

В гинекологической практике наиболее часто симптомы острого живота возникают в случае разрыва маточной трубы при беременности, апоплексии яичника, перекруте ножки кисты или опухоли яичника, некрозе миоматозного узла, неполном аборте, нагноении придатков матки.

Для диагностики неотложных состояний очень большое значение имеет первичный осмотр, так как в дальнейшем симптомы заболевания могут существенно измениться. Нередко бывает, что другой специалист уже осмотрел больную и высказал определенное мнение, поэтому необходимо исключить или подтвердить установленный ранее диагноз. При этом приходится учитывать, что симптомы заболевания за несколько часов могут измениться. Знание динамики симптомов патологического процесса помогает установлению правильного диагноза.

Следует стремиться к самостоятельному объективному суждению о заболевании, поскольку предвзятое мнение может быть ошибочным. Известны случаи, когда однажды поставленный без достаточных оснований диагноз «сопровождает» женщину на протяжении длительного времени, в результате чего она не получает правильного лечения (например, диагноз ретроцервикального эндометриоза при раке прямой кишки).

Симптоматика заболеваний, требующих оказания неотложной медицинской помощи, обычно такова: боль, симптомы раздражения брюшины, кровотечение, обморочное состояние, шок и др. Эти симптомы встречаются при многих заболеваниях, которые требуют оперативного лечения. В связи с этим сложность распознавания заболеваний, требующих оказания неотложной помощи, заключается в том, что при различных патологических состояниях часто наблюдается сходная симптоматика.

Обследование больной начинают с опроса, а затем переходят к ее осмотру. Несмотря на то что схемы обследования гинекологической больной хорошо известны и описаны в соответствующих учебниках и руководствах, считаем необходимым привести их, так как следует строго соблюдать определенный порядок, чтобы не пропустить какой-либо существенный момент, имеющий решающее значение в диагностике.

При опросе больной следует придерживаться следующей схемы: 1) паспортные данные; 2) жалобы; 3) перенесенные заболевания; 4) функция половой системы (менструальная, половая, детородная, секреторная); 5) функция кишечника и мочевыводящей системы; 6) наличие болей и их характер; 7) история развития настоящего заболевания.

После того как собран анамнез, следует дать оценку общего состояния больной (обязательно измерение артериального давления и определение частоты пульса), затем произвести осмотр всего тела, выслушать легкие и сердце, произвести пальпацию, перкуссию и аускультацию брюшной полости. После этого приступают к двуручному гинекологическому исследованию. По показаниям применяют дополнительные методы исследования. Следует отметить, что из-за необходимости срочного вмешательства при возникновении острых состояний врач часто лишен возможности не только проводить дополнительное исследование, но и наблюдать больную в динамике.

В настоящей работе мы не даем систематического изложения анамнестических данных и результатов обследования больной. Все это читатель может найти в соответствующих руководствах и учебниках по гинекологии. Здесь освещаются лишь те моменты, которые помогают врачу правильно ориентироваться при установлении диагноза того или иного заболевания при оказании неотложной помощи.

АНАМНЕЗ

Большое значение имеет возраст больной. Например, в возрасте пре- и постменопаузы, а также у молодых девушек и женщин, не живущих половой жизнью, сразу же можно исключить заболевания, связанные с беременностью. Заболевания, обусловленные с воспалением придатков матки, у таких больных встречаются редко.

При опросе больной выявляют факторы, которые оказывают существенную помощь в установлении диагноза. Больная, например, может сообщить, что у нее имеется периодически обостряющееся заболевание. В этих случаях можно предполагать аппендицит, почечную колику, воспаление придатков матки и др.

Если больная оперирована по поводу аппендицита, то это заболевание, естественно, сразу же исключается. Иногда больная, уже перенесшая операцию по поводу трубной беременности, указывает на то, что ее состояние при настоящем заболевании почти такое же, как было раньше. К этому следует отнестись особенно внимательно, так как возможно возникновение внематочной беременности в оставшейся маточной трубе. Длительное и неэффективное лечение по поводу бесплодия также может наводить на мысль о возможности внематочной беременности.

Особое внимание следует обратить на менструальную функцию. Необходимо узнать, имеется ли задержка менструации, когда была последняя менструация, какова продолжительность менструации. При наличии кровянистых выделений из половых путей следует установить, когда они появились, имеется ли болезненность и т. д., не было ли потери сознания.

При задержке менструации и появлении обильного кровотечения и болей можно предполагать неполный аборт. Скудные кровянистые выделения, появившиеся в срок, а также несколько раньше или позже ожидаемой менструации, наступление обморочного состояния наводят на мысль о внематочной беременности, прервавшейся по типу трубного аборта. Наличие обильных менструаций и появление межменструальных кровотечений заставляют подумать о подслизистой миоме матки.

Таким образом, анализ изменений менструальной функции позволяет с известной долей вероятности судить о характере заболевания.

Многочисленные операции, перенесенные больной в прошлом, могут свидетельствовать о возникновении спаечной болезни. Нередко развитие очередного болевого приступа при наличии спаечной болезни является поводом для проведения неоправданных операций.

Очень важно детально расспросить больную о том, в какой последовательности и в течение какого времени развивались симптомы настоящего заболевания.

Гинекологи, как правило, подробно собирают гинекологический анамнез, но не всегда уделяют достаточное внимание симптомам экстрагенитальных заболеваний. Хирурги, наоборот, обращают большое внимание на признаки общехирургического заболевания и недостаточно интересуются гинекологическим анамнезом. Это часто приводит к диагностическим ошибкам. Гинеколог обязан выяснить, какими заболеваниями, кроме гинекологических, больная страдает.

Специалисты прежде всего стремятся установить диагноз болезни их профиля. Между тем при неясном диагнозе они обязаны сделать все возможное, чтобы исключить либо подтвердить тот или иной диагноз с привлечением других специалистов.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ

Одним из частых симптомов заболевания, требующего оказания неотложной помощи, является боль. Она возникает вследствие раздражения или воспаления серозных покровов, спазма гладкой мускулатуры полых органов и в результате нарушения кровообращения в тех или иных внутренних органах. Именно боль чаще всего заставляет женщину обращаться к врачу.

При оценке болевого синдрома следует прежде всего выяснить локализацию боли, ее иррадиацию, постоянство, интенсивность, характер и т. д. Оценка этих признаков нередко дает возможность получить представление о характере самого заболевания.

Боли в животе могут быть обусловлены многими заболеваниями: прервавшейся трубной беременностью, перекрутом ножки опухоли яичника, некрозом миоматозного узла, обострением воспалительного процесса в придатках матки, апоплексией яичника, острым аппендицитом, острым гастроэнтеритом, почечной или печеночной коликой, непроходимостью кишечника, острым панкреатитом, перитонитом, спаечной болезнью, тромбозом мезентериальных сосудов и т. д. (табл. 1). В запущенных стадиях злокачественной опухоли половых органов возникают очень сильные постоянные боли, обусловленные сдавлением нервных сплетений.

Т а б л и ц а 1

Характер болевого синдрома при различных заболеваниях

Причина болей	Характер болевого синдрома
Трубная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта	Схваткообразные боли внизу живота, больше с пораженной стороны
Разрыв маточной трубы	Внезапно появляющиеся острые боли на стороне поражения, потеря сознания
Перекрут ножки опухоли яичника	Резкие боли внизу живота, часто сопровождающиеся тошнотой и рвотой
Некроз миоматозного узла	Постепенно нарастающие боли внизу живота
Острый аппендицит	Боли в правой подвздошной области, иногда начинающиеся в эпигастрии, а затем локализующиеся в правой подвздошной области
Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки	Интенсивные, внезапно возникающие («кинжальные») боли в верхних отделах живота
Почечная колика	Острые приступообразные боли в боковых отделах живота. Иррадиация по внутренней поверхности бедер, в область половых органов
Непроходимость кишечника	Острые схваткообразные боли. Давление на живот уменьшает их.
Тромбоз мезентериальных сосудов	Резкие боли по всему животу
Перитонит	Боли различной интенсивности и локализации
Острый панкреатит и острый холецистит	Интенсивные боли в подложечной области с иррадиацией влево и за грудину. Опоясывающие боли

КРОВОТЕЧЕНИЕ

Наружное кровотечение может быть обусловлено самопроизвольным абортom, подслизистой фибромиомой или внутренним эндометриозом матки, дисфункцией яичников, распадом злокачественных опухолей матки.

Внутреннее кровотечение в большинстве случаев бывает связано с трубной беременностью, реже — с апоплексией яичника. Иногда оно является следствием экстрагенитальных заболеваний, но, как правило, ему предшествует травма. Если имеются симптомы внутрибрюшного кровотечения у женщин детородного возраста, то прежде всего

следует думать о прервавшейся трубной беременности.

ТОШНОТА, РВОТА, ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ

Рвота возникает в результате того, что происходит раздражение нервных окончаний париетальной брюшины (аппендицит, перекрут ножки опухоли, кишечная непроходимость и др.). Появление тошноты следует расценивать как симптом, равнозначный рвоте. Порог раздражения, необходимый для возникновения рвоты, различен: то, что у одной больной вызывает рвоту, у другой — только тошноту.

Характер рвоты имеет большое диагностическое значение. Как правило, при острых хирургических заболеваниях, внематочной беременности, аппендиците, перекруте ножки опухоли яичника имеет место однократная рвота. При неукротимой рвоте следует предполагать пищевую токсикоинфекцию или ранний токсикоз беременных. Мучительная повторная рвота чаще всего является признаком острого панкреатита.

Расстройство стула может возникнуть при перекруте ножки опухоли яичника или аппендиците. Частый жидкий стул связан в основном с желудочно-кишечными заболеваниями (колит, дизентерия).

ДИЗУРИЧЕСКИЕ ЯВЛЕНИЯ

Дизурические явления служат частой жалобой гинекологической больной. При остром воспалении придатков матки иногда наблюдается частое болезненное мочеиспускание вследствие вовлечения в воспалительный процесс мочевого пузыря.

Миоматозный узел, исходящий из передней стенки матки, может механически раздражать мочевой пузырь и вызывать учащенное мочеиспускание. При прервавшейся внематочной беременности также может иметь место учащенное или болезненное мочеиспускание. Следует обращать внимание также на цвет мочи, поскольку после приступа почечной колики обычно возникает гематурия.

ОСМОТР БОЛЬНОЙ

Большое значение для уточнения диагноза имеет общее состояние и положение больной в постели. Необходимо определить частоту пульса, измерить артериальное давление, обратить внимание на цвет видимых оболочек и кожи.

При сильном внутрибрюшном кровотечении больная лежит в постели неподвижно. Лицо бледное, губы цианотичны, отмечается частый мягкий пульс, артериальное давление снижено. При кишечной непроходимости больная беспокойна, чаще лежит на боку, колени подтянуты к животу. При остром панкреатите женщина из-за сильных болей все время меняет положение, стараясь найти наиболее удобную позу. При остром перекруте ножки опухоли яичника общее состояние, как правило, страдает мало. Артериальное давление находится на нормальных цифрах. Пульс учащен рефлекторно из-за боли. Нередко повышается температура тела.

Частый пульс — признак анемии, кровотечения, перитонита. При ряде заболеваний пульс в начальной стадии может оставаться нормальным (острый аппендицит, апоплексия яичника).

Расстройство дыхания чаще всего проявляется в виде одышки, которая всегда сопровождает внутрибрюшное кровотечение и острый живот. Дыхание типа Куссмауля или Чейна — Стокса обычно является признаком агонального состояния.

Нарушения функций центральной нервной системы, проявляющиеся затемнением сознания либо бредом, могут быть обусловлены массивной кровопотерей или развитием тяжелой интоксикации.

Коматозное состояние является следствием ряда патологических состояний, в частности гипергликемии или гипогликемии при сахарном диабете. Если больная находится

в состоянии комы, то необходимо выяснить у родственников, не страдает ли она сахарным диабетом.

Температура тела не всегда соответствует тяжести состояния и может меняться в зависимости от ряда факторов. При внематочной беременности она, как правило, нормальная или субфебрильная, при аппендиците — субфебрильная, при перитоните — высокая. Однако мы наблюдали больных, у которых перитонит протекал с нормальной температурой тела, но с частым пульсом.

При осмотре живота следует обращать внимание на вздутие, неправильную конфигурацию и т. д. Пальпация передней брюшной стенки нередко позволяет определить наличие опухоли в брюшной полости, установить различные болевые точки, а также выявить симптомы раздражения брюшины. Перкуссия дает возможность определить наличие свободной жидкости в брюшной полости что важно для диагностики острых заболеваний (внутрибрюшное кровотечение, экссудат при перитоните). Аускультация позволяет выявить наличие или отсутствие кишечных шумов.

Очень важное значение при распознавании острых заболеваний брюшной полости имеют симптомы раздражения брюшины. Симптом Щеткина — Блюмберга появляется при раздражении или воспалении брюшины и почти всегда свидетельствует о значительном неблагополучии в брюшной полости. При положительном симптоме Щеткина — Блюмберга надо обязательно выяснить, в чем причина раздражения брюшины; при нарастании явлений раздражения брюшины показано пробное чревосечение. Степень раздражения брюшины при различных заболеваниях органов брюшной полости неодинакова. Оно наиболее выражено при перитоните, слабее — при апоплексии яичника.

Важным является симптом мышечной защиты. Под этим термином описывают напряжение мышц живота при осторожной пальпации над патологически измененным участком в брюшной полости. Почти всякий воспалительный процесс в брюшной полости может сопровождаться симптомом мышечной защиты, при этом локализация наибольшего напряжения мышц часто указывает на область поражения.

Напряжение мышц передней брюшной стенки — рефлекторный акт, в осуществлении которого принимают участие нервные элементы спинного мозга. Помимо этого, большую роль играют центральные механизмы. Снижение защитно-приспособительных сил организма (тяжелая интоксикация, сепсис, пожилой возраст больной, разлитой гнойный перитонит и т. д.) может привести к ослаблению напряжения мышц передней брюшной стенки, что нередко является причиной диагностических ошибок. Ослабляющее влияние на тонус мышц передней брюшной стенки оказывают резерпин, адренолитики, ганглиоблокаторы.

Симптом мышечной защиты при различных заболеваниях выражен неодинаково. Так, при апоплексии яичника этот симптом выражен значительно слабее, чем при аппендиците. При апоплексии правого яичника нередко можно относительно свободно пальпировать придатки матки, в то время как при аппендиците напряжение мышц в этой области настолько выражено, что пальпировать придатки матки не удается.

Обследование больной завершается гинекологическим осмотром. Вначале производят осмотр наружных половых органов, затем приступают к двуручному влагалищному исследованию, а при необходимости — и к ректальному. Влагалищное исследование дает врачу ценные данные о состоянии внутренних половых органов и позволяет выявить наличие опухолей, воспалительных процессов и других гинекологических заболеваний.

Для правильной диагностики важно не столько наличие отдельных симптомов, сколько обнаружение их в комплексе с другими признаками болезни. Отдельные, хотя и неспецифические, симптомы в сочетании часто приобретают черты специфичности. Например, наличие кровянистых выделений из половых органов является симптомом ряда гинекологических заболеваний, но если при этом имеются указания на обморочное состояние, то диагноз внематочной беременности становится почти очевидным.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Если после опроса и обследования больной устанавливают диагноз заболевания, при котором требуется операция, то такую больную следует немедленно госпитализировать. Если врач, сомневаясь в диагнозе, оставляет такую больную дома, решив провести наблюдение, то это следует считать большой ошибкой.

Больной и ее родственникам следует разъяснить необходимость госпитализации, обследования и лечения в стационаре. Врач вправе сказать больной, что у нее подозревается то или иное заболевание, требующее операции. Обычно этого достаточно, чтобы получить согласие больной на госпитализацию.

При установлении заболевания, которое требует срочной операции, необходима сократить до минимума формальные процедуры, предшествующие поступлению больной в стационар, и немедленно доставить ее в операционную.

Наличие срочных показаний к операции часто не дает возможности провести детальное предоперационное обследование и подготовку больной, однако при любых обстоятельствах обязательно определение группы крови и резус принадлежности. Необходим также осмотр совместно с терапевтом и анестезиологом для решения вопроса о выборе метода обезболивания.

Если врач один должен решать вопрос об операции и если нет анестезиолога, то наркоз может дать опытная медицинская сестра или фельдшер. Однако лучше если в операции участвует анестезиолог: это дает возможность более полноценно провести как обезболивание, так и реанимационные мероприятия, если в них имеется необходимость.

У больных, находящихся в тяжелом состоянии в срочном порядке должны одновременно проводиться как анестезиологические, так и реанимационные мероприятия поскольку фактор времени играет решающую роль.

Правильный выбор и проведение анестезиолого-реанимационного пособия способствует успеху операции, и, наоборот, ошибка в анестезиологической тактике и интенсивной терапии может привести к развитию тяжелых осложнений.

Острые заболевания внутренних половых органов в оперативной гинекологии представляет серьезную анестезиологическую проблему. Трудности, с которыми сталкивается анестезиолог, определяются тем, что деятельность основных систем организма у таких больных резко нарушается, что сопровождается расстройством гемодинамики, дыхания, водно-электролитного обмена, кислотно-основного состояния крови, функции надпочечников, печени, почек и т. д.

Необходимость в оказании неотложной помощи оставляет мало времени для обследования и подготовки больной к операции. Нередко на фоне метаболических нарушений существенно меняется эффект используемых фармакологических средств. Сочетание острого заболевания с тяжелой экстрагенитальной патологией еще более усложняет задачи, стоящие перед анестезиологом.

Несмотря на недостаток времени, анестезиолог обязан быстро, но детально оценить состояние больной и провести необходимую подготовку, направленную если не на полную нормализацию всех функций организма, то хотя бы на устранение наиболее опасных нарушений деятельности таких жизненно важных органов, как сердечно-сосудистая система, органы дыхания, печень, почки, функция которых во многом определяет выбор того или иного метода обезболивания. Травмы черепа, судорожные припадки могут сказаться на течении вводного наркоза и ближайшего послеоперационного периода.

Необходимо выяснить время последнего приема пищи и ее характер. Следует установить реакцию больной на различные лекарственные препараты для предотвращения тяжелых аллергических осложнений, а также то, какие медикаменты, на протяжении какого времени и в какой дозе получала больная. Особенно это относится к длительному приему кортикостероидов.

Следует обратить внимание на состояние центральной нервной системы. Психические переживания, повышенная возбудимость, особенно у женщин при повторных операциях, влияют на выбор премедикации.

При исследовании сердечно-сосудистой системы выявляют симптомы стенокардии,

сердечной декомпенсации (одышка, увеличение печени, отеки и т. д.). При исследовании органов дыхательной системы обращают внимание на наличие острых респираторных заболеваний. Следует внимательно осмотреть верхние дыхательные пути и ротовую полость, удалить зубные протезы. Необходимо оценить анатомические соотношения в области шеи, чтобы быть готовым к трудностям при интубации. При невозможности пункции периферических вен производят венесекцию или прибегают к пункции подключичной вены.

По возможности необходимо провести минимум лабораторных исследований: общий анализ крови, определение группы крови и резус-фактора, содержания сахара и мочевины в крови, показателей кислотно-основного состояния и гематокрита, электрокардиографию. Результаты предоперационного обследования определяют тактику анестезиолога, дают возможность оценить общее состояние больной и решить вопрос о риске операции. Понятие «операционный риск» введено для суждения о степени опасности операции. Оценка риска в предоперационном периоде является обязательной, настораживая анестезиолога и хирурга в отношении выбора, объема и характера оперативного вмешательства, а также возникновения возможных осложнений.

В одних случаях больные не нуждаются в особой предоперационной подготовке, в других наличие тех или иных системных расстройств вынуждают принимать специальные меры для подготовки к операции.

Наиболее частыми причинами нарушения деятельности дыхательной системы у больных, оперированных в экстренном порядке, могут быть острые и хронические воспалительные процессы. В этих случаях в премедикацию необходимо включить внутривенное введение раствора эуфиллина (аминофиллина). Если присоединяется астмоидный компонент, то назначают антигистаминные препараты и кортикостероиды.

Внимания анестезиолога требуют также дыхательные расстройства, связанные с основным патологическим процессом. Это в первую очередь относится к больным с массивным внутрибрюшным кровотечением и перитонитом. Причинами дыхательных расстройств у таких больных служат болевой синдром, раздутые петли кишечника, поднимающие диафрагму, что значительно ограничивает объем дыхательных движений, расстройства водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния крови, проявляющиеся в виде метаболического ацидоза. Клиника дыхательной недостаточности выражается цианозом, частым дыханием. При исследовании кислотно-основного состояния и газов крови обнаруживаются метаболический ацидоз, гипоксемия. Ликвидировать этот синдром в предоперационном периоде, пока не устранена основная причина заболевания, приведшая к развитию дыхательной недостаточности, обычно невозможно. Некоторое облегчение может наступить при опорожнении перерастянутого желудка, применении обезболивающих средств, кислородотерапии. Эти меры ни в коем случае не должны задерживать операцию, так как только путем устранения патологического очага и последующей интенсивной терапии можно вывести больную из тяжелого состояния.

Из сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний частой патологией является гипертоническая болезнь. В связи с отсутствием времени для длительной предоперационной подготовки таким больным назначают инъекции дибазола, папаверина, эуфиллина. В большинстве случаев, особенно при транзиторной форме гипертонической болезни, такая терапия оказывается достаточной для стабилизации артериального давления на обычном для больной уровне. Наличие признаков сердечной недостаточности требует применения сердечных гликозидов.

Острые заболевания с явлениями выраженной интоксикации могут вызвать существенные изменения деятельности сердечно-сосудистой системы. У таких больных кожные покровы бледно-серого цвета, отмечаются холодный пот, акроцианоз, гипотензия, тахикардия.

При наличии внутрибрюшного кровотечения эти явления сопровождаются гиповолемией, снижением количества гемоглобина и гематокрита. Тактика анестезиолога в подобных случаях определяется причиной возникновения сердечно-сосудистых расстройств и существенно изменяется в зависимости от характера патологии.

При наличии перитонита крайне важно перед операцией попытаться стабилизировать гемодинамику. С этой целью можно перелить кровь, полиглюкин, гемодез, солевые растворы, одновременно ввести кортикостероиды (400—500 мг гидрокортизона или 90—120 мг преднизолона), большие дозы витаминов, антигистаминные средства, АТФ, сердечные гликозиды. Только после стабилизации или хотя бы улучшения показателей гемодинамики больную можно взять в операционную.

При внутреннем кровотечении, если вопрос о необходимости срочного оперативного вмешательства уже решен, больную следует перевести в операционную, не дожидаясь эффекта начатого лечения. Как только в результате операции кровотечение будет остановлено, массивная гемотрансфузия дает возможность окончательно стабилизировать гемодинамику.

Важную роль играет нормализация кислотно-основного состояния крови и водно-электролитного обмена. Это связано с тем, что на фоне декомпенсированного метаболического ацидоза применение аналептиков и вазопрессоров неэффективно.

Наибольшие трудности для экстренной предоперационной подготовки представляют гинекологические заболевания, сопровождающиеся кровотечением и диффузным перитонитом. При кровотечениях на первое место выступает уменьшение объема циркулирующей крови и ее кислородной емкости. Ухудшение перфузии тканей и их оксигенации неизбежно приводит к возникновению метаболического ацидоза, выраженность которого коррелирует с тяжестью и длительностью кровопотери. Предоперационная подготовка и дальнейшее лечение в процессе анестезии должны включать два важнейших компонента — возмещение кровопотери и коррекцию ацидоза.

Наилучшим средством возмещения кровопотери является трансфузия крови, особенно свежесконсервированной. Также целесообразно переливание плазмы крови и полиглюкина. Использование реополиглюкина малооправдано, так как он несколько увеличивает кровотоочивость тканей и относительно быстро покидает кровеносное русло.

Критериями адекватного возмещения кровопотери являются улучшение состояния больной, появление розовой окраски кожных покровов и слизистых оболочек, повышение артериального давления, снижение частоты пульса, улучшение показателей гемоглобина, гематокрита центрального венозного давления и объема циркулирующей крови.

Поскольку при оказании экстренной хирургической помощи трудно определить объем циркулирующей крови, анестезиолог вынужден ориентироваться на показатели артериального давления, пульса, центрального венозного давления. Что касается содержания гемоглобина и гематокрита в крови, то при их оценке следует помнить, что они являются концентрированными показателями и достижение нормальных величин доказательно только при одновременном подтверждении нормализации объема циркулирующей крови. Коррекцию кислотно-основного состояния крови желательнее проводить с учетом сдвигов показателей BE и SB.

Обменные нарушения, возникающие при разлитом перитоните, имеют сложный патогенетический характер. По мере прогрессирования заболевания нарастает потеря воды и белков, которые накапливаются в экссудате в брюшной полости. В то же время экскреция воды и натрия с мочой резко снижается, а потери калия увеличиваются. В результате этого в начале заболевания всегда имеется тенденция к метаболическому ацидозу.

Постепенно нарастающее нарушение гемодинамики, уменьшение объема циркулирующей крови, ухудшение кровообращения тканей, сопровождающееся гипоксией, накоплением недоокисленных продуктов обмена, усугубляют состояние метаболического ацидоза. Эти изменения еще более усиливаются при расстройстве дыхания и интоксикации, связанной с инфицированием брюшной полости и интенсивным воспалительным процессом.

Интенсивная предоперационная подготовка должна обязательно включать назначение плазмы крови и других белковых кровезаменителей, большого количества жидкости (3—4 л) в виде 5—10% раствора глюкозы, растворов калия, гидрокарбоната натрия и др.

Таким образом, подготовка больных к экстренной операции должна быть в первую очередь направлена на нормализацию функций жизненно важных органов.

Обязательным компонентом экстренного анестезиологического пособия должна быть предварительная медикаментозная подготовка — премедикация, с помощью которой достигаются состояние психического покоя, торможение отрицательных рефлекторных реакций, уменьшение секреции слизистых оболочек дыхательных путей и слюнных желез, усиление анестетических и анальгетических свойств наркотических препаратов. С этой целью применяют спазмолитические, атарактические, наркотические, антигистаминные препараты, холинолитики.

При выборе основного вида обезболивания главной задачей анестезиолога является предупреждение нежелательных последствий хирургической операции при использовании методов, обеспечивающих лучшие условия для операции. В экстренных случаях, поскольку не всегда имеется полный набор всех применяемых в настоящее время средств, на первый план выступают опыт и квалификация анестезиолога, позволяющие избрать наиболее щадящие методы. Принцип индивидуального обезболивания заключается в возможности использования в зависимости от определенных задач то более простых, то более сложных методик, однако необходимо помнить, что обезболивание не должно быть сложнее самой операции. Методом выбора при экстренных гинекологических операциях является эндотрахеальный комбинированный наркоз.

Вводный наркоз проводится небольшими дозами барбитуратов или сомбревином, при выраженной гипотензии целесообразно применение кеталара или колипсола. Для предупреждения мышечных фибрилляций, возникающих вследствие действия листенона, внутривенно вводят 3 мг тубарина, затем 80—100 мг листенона, после чего интубируют трахею.

Главная опасность экстренного наркоза — попадание содержимого желудка при рвоте или регургитации в дыхательные пути. Необходимо принимать меры по профилактике этого грозного осложнения (введение зонда в желудок, быстрый вводный наркоз, надавливание на гортань в момент интубации). После интубации трахеи производят искусственную вентиляцию легких ручным или аппаратным способом в режиме умеренной гипервентиляции.

Основной наркоз осуществляют закисью азота с кислородом и с добавлением небольших доз фторотана или путем внутривенного введения фентанила и дроперидола. Расслабление мышц поддерживают фракционным введением миорелаксантов короткого действия (листенон, миорелаксин, дитилин).

При присоединении острой почечной недостаточности особенности анестезии определяются гипопротеинемией и анемией, приводящей к гиповолемии, отекам, интоксикации продуктами белкового метаболизма, нарушениям водно-солевого обмена и кислотно-основного состояния крови.

Премедикацию ограничивают атропином и промедолом вводный наркоз осуществляют барбитуратами в небольших дозах, используют эпантол, седуксен. Наркоз поддерживают закисью азота с кислородом, небольшими количествами эфира или введением препаратов для нейролепт-аналгезии. Исключают анестетики, токсичные для почек (фторотан, пентран), а также релаксанты, выделяющиеся из организма преимущественно почками (тубарин). Искусственную вентиляцию легких проводят в режиме нормовентиляции, так как гипервентиляция усиливает имеющийся метаболический ацидоз.

Интенсивная терапия в послеоперационном периоде играет чрезвычайно важную роль при лечении больных после экстренных гинекологических операций. Основными элементами ее являются: коррекция патологических изменений, связанных с основным заболеванием, поддержание основных систем и функций организма, борьба с инфекцией. Необходимы строгое динамическое наблюдение за больной и проведение (по показаниям) инфузионно-трансфузионной терапии.

При наличии явлений острого живота, если до операции диагноз заболевания установить не удалось, следует производить разрез брюшной стенки таким образом, чтобы осуществить широкую ревизию органов брюшной полости. В таких случаях лучше всего производить разрез по белой линии живота от лона до пупка, ибо только такой разрез

позволяет произвести осмотр придатков матки, матки и червеобразного отростка, а также ревизию органов брюшной полости. Малые («косметические») разрезы при остром животе ведут к излишней травматизации тканей, что способствует возникновению гематом. При недостаточном доступе к патологическому очагу не исключается травма петель кишечника. Все это создает предпосылки для развития осложнений в послеоперационном периоде.

Опытные хирурги производят удаление маточной трубы или пластическую операцию при трубной беременности через поперечный надлобковый разрез. При экстренных показаниях к операции в случае трубной беременности хирург должен решить вопрос о характере разреза, учитывая состояние больной, а также свои возможности.

Проведение срочной операции требует внимания. При большой кровопотере в спешке можно оставить в брюшной полости инородное тело (салфетки, инструмент и т. д.). После того как остановлено кровотечение, нужно произвести ревизию брюшной полости.

Диагностические ошибки в дооперационном периоде при распознавании внематочной беременности, острого аппендицита или анемической формы апоплексии яичника встречаются довольно часто, но не должны повлечь за собой неправильную оперативную тактику. Во время операции следует тщательно осмотреть придатки матки с обеих сторон и аппендикс. Несоблюдение этого правила приводит к тому, что врач может зашить брюшную полость, так и не устранив истинную причину заболевания.

Вопрос о дренировании брюшной полости должен решаться в зависимости от выраженности патологических изменений. При наличии гнойного перитонита показано широкое дренирование брюшной полости. После удаления гнойных образований или при заведомо существующей инфекции желательнее вывести дренажи через боковые каналы.

Дренажные трубки можно соединять со сжатой резиновой грушей. При этом в брюшной полости создается отрицательное давление и происходит активное удаление экссудата. Периодически грушу следует отсоединять и дезинфицировать. Можно также опустить дренажи в банку с дезинфицирующим раствором или использовать активный метод аспирационно-промывного дренирования.

В заключение следует упомянуть о шовном материале, применяемом при гинекологических операциях. Традиционным является применение кетгутовых нитей, хотя они обладают рядом недостатков.

Стерилизация кетгутовых нитей громоздка и длительна, поэтому в определенном проценте случаев стерильность этого материала сомнительна. Не исключается возможность возникновения аллергических реакций у больной на присутствие кетгута как чужеродного белка. Кроме того, кетгут быстро набухает, на 8—9-е сутки начинает рассасываться, вследствие чего шов теряет прочность. Нередко отмечается выраженная местная реакция в области наложения кетгутовых швов в виде инфильтрации и воспаления.

В общехирургической практике давно получили распространение нити из различных синтетических материалов: капрона, лавсана и др. Этот шовный материал прочен и не вызывает реакции окружающих тканей (капроновые нити рассасываются в течение 6 мес). Шелковые нити в настоящее время не потеряли своего значения, однако нередко являются причиной возникновения лигатурных свищей.

Глава II

НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ИХ ОТ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИИ

Одной из частых причин возникновения состояний, требующих неотложной помощи, являются опухоли.

МИОМА МАТКИ

Миома — наиболее часто встречающаяся опухоль внутренних половых органов женщины. Наряду с этим термином употребляется также термин «фибромиома матки». Миома матки является доброкачественной опухолью, исходящей из мышечных и соединительнотканых элементов. Заболевание встречается у 15—17% женщин в возрасте старше 30 лет.

По современным представлениям, миома матки — это дисгормональная опухоль, образующаяся в связи с нарушением в системе гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников — яичники. Дисгормональная природа опухоли обуславливает метаболические нарушения, функциональную недостаточность печени, а также нарушения жирового обмена.

Опухоль возникает вначале межмышечно, затем в зависимости от направления роста развиваются интерстициальные (в толще стенки матки), субсерозные (растущие в сторону брюшной полости) и субмукозные (растущие в сторону слизистой оболочки матки) узлы опухоли. Вокруг миоматозного узла образуется капсула из мышечных и соединительнотканых элементов миометрия. При наличии субсерозных узлов в образовании капсулы опухоли участвует также брюшинный покров матки; капсула состоит из мышечного слоя и слизистой оболочки матки.

Наиболее часто (80%) встречаются множественные миомы различной величины, формы и с разным количеством узлов. Значительно реже наблюдаются одиночные субсерозные или интерстициальные узлы. Субсерозные узлы могут быть связаны с телом матки широким основанием, но иногда растут непосредственно под брюшиной, соединяясь с маткой только тонкой ножкой. Такие узлы очень подвижны и легко подвергаются перекручиванию. Подслизистые узлы отмечаются примерно у 10% женщин с миомой матки.

У 95% больных опухоль развивается в теле матки и лишь у 5% — в шейке. Миома шейки матки растет забрюшинно. Тело матки нередко остается неизменным и располагается на верхнем полюсе опухоли. Низко расположенные миоматозные узлы, исходящие из тела матки, также могут располагаться забрюшинно или межсвязочно. Как правило, они отличаются малой подвижностью.

Течение заболевания зависит от расположения опухоли. При наличии множественной миомы с интерстициальным расположением узлов происходит растяжение полости матки и увеличение поверхности, с которой происходит отторжение эндометрия при менструации. В связи с этим возрастает количество теряемой во время менструации крови. Кроме того, при миоме нарушается сократительная способность матки. Особенно сильные кровотечения возникают при миомах с центрипетальным ростом и подслизистым расположением узлов. Для такого расположения миом характерны не только длительные обильные менструации (меноррагии), но и межменструальные кровотечения (метроррагии). Иногда женщина теряет

кровь почти непрерывно и не может указать на какую-либо цикличность кровотечений. Таких больных можно узнать по внешнему виду: у них бледная с желтоватым оттенком кожа, несколько одутловатое лицо.

Ациклические кровотечения связаны с нарушением целостности капсулы опухоли или некрозом узла. Нередко они обусловлены нарушением функции яичников. Это подтверждается тем, что при миоме часто имеется гиперплазия слизистой оболочки матки. Хроническая постгеморрагическая анемия вызывает нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, головокружения, слабость, быструю утомляемость.

Болевой синдром обусловлен натяжением связочного аппарата матки, растяжением ее брюшинного покрова, а также давлением растущей опухоли на окружающие органы. При наличии миомы матки с центрипетальным ростом или подслизистым расположением узла боли могут носить схваткообразный характер. Давление на соседние органы зависит от расположения и направления роста узлов. Например, узлы, исходящие из передней стенки матки даже при небольших размерах могут давить на мочевой пузырь, вызывая дизурию. Интралигаментарно расположенные узлы миомы вызывают сдавление мочеточников с последующим развитием гидроуретера, гидронефроза и пиелита. Сдавление прямой кишки обуславливает нарушение акта дефекации.

У больных с миомой матки необходимость оказания неотложной помощи возникает прежде всего при подслизистом расположении узлов. Эти опухоли вызывают обильные кровотечения, приводящие к резкой анемизации больных. Матка не обязательно достигает больших размеров, а в некоторых случаях лишь слегка увеличена. Такие больные нуждаются в срочном оперативном лечении.

При небольших размерах матки возникает необходимость дифференцировать миому от дисфункционального маточного кровотечения и рака эндометрия. В таких случаях лучше всего произвести гистероскопию. Если это невозможно, то следует осторожно прозондировать полость матки. При определении неровностей и шероховатостей в полости матки необходимо отказаться от ее выскабливания. Таким больным показана операция. Если же стенки матки ровные, то можно выполнить диагностическое выскабливание. При дисфункциональных маточных кровотечениях это вмешательство является не только диагностическим, но и терапевтическим. После выскабливания матки кровотечение, как правило, прекращается. При подозрении на рак (крошковидный соскоб) следует тщательно выскоблить кюреткой трубные углы. Желательно после выскабливания произвести гистероскопию чтобы убедиться, что слизистая оболочка матки удалена полностью. Эту операцию следует делать особенно осторожно так как при прорастании опухоли в толщу миометрия возможна перфорация матки. Если диагностическое выскабливание приводит к остановке кровотечения, то врач имеет возможность ждать результаты патогистологического исследования эндометрия. Если же оно продолжается, то необходимо решить вопрос о срочной операции.

Объем оперативного вмешательства зависит от характера заболевания и возраста больной. При наличии субмукозного миоматозного узла у молодой женщины возможна консервативная операция. Матку нужно рассечь области дна, вскрыть ее полость, иссечь миоматозный узел и восстановить целостность матки или же произвести переднюю гистеротомию и удалить узел опухоли через влагалище.

В климактерическом возрасте у таких больных следует произвести надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки. В этих случаях объем оперативного вмешательства зависит от состояния шейки матки.

Срочная помощь требуется больным с рождающимся субмукозным миоматозным узлом, так как заболевание сопровождается резкими болями и обильным кровотечением. При рождении субмукозного узла происходит сглаживание и раскрытие шейки матки, при этом узел заполняет весь канал шейки матки, а затем рождается во влагалище. В этих случаях показана срочная операция. Операцию следует производить влагалищным путем, даже если на матке имеются другие миоматозные узлы. Целями операции являются остановка кровотечения, устранение боли и предупреждение развития инфекции (субмукозные узлы,

как правило, инфицированы).

Принцип операции состоит в следующем. При раскрытой шейке матки узел опухоли захватывают щипцами Мюзо и низводят, а его ножку после обследования пальцем полости матки отсекают ножницами. После выскабливают слизистую оболочку матки (желателен гистероскопический контроль). У ряда больных, чтобы получить доступ к ножке опухоли, необходимо рассечь переднюю губу шейки матки.

Распознать рождающийся субмукозный миоматозный узел, как правило, нетрудно. Данные влагалищного исследования позволяют установить правильный диагноз. Пальцем, введенным в шейку или полость матки, удается определить положение ножки узла. Если небольшой узел исходит из шейки матки, то при введении пальца в канал шейки матки можно определить его широкое основание.

Очень редким осложнением при рождении миоматозного узла является выворот матки. Если выворот возник остро, то следует отсечь узел опухоли и попытаться вправить матку. При длительно существующем вывороте матки возникает отек и некроз тканей вследствие нарушения питания. В этих случаях показано удаление матки. В послеоперационном периоде больные нуждаются в антибактериальной терапии.

Одним из показаний к неотложному оперативному вмешательству является некроз миоматозного узла. Некротические изменения обычно обусловлены нарушением кровообращения в опухоли. К асептическому некрозу почти всегда присоединяется инфекция, проникающая в узел гематогенным или лимфогенным путем, а в некоторых случаях — из кишечника (чаще всего из аппендикса). Вследствие некроза происходит расплавление ткани, иногда образуются полости, наполненные жидким или полужидким содержимым. Некроз миомы матки обычно сопровождается острыми болями в животе, напряжением передней брюшной стенки, повышением температуры и лейкоцитозом. Узлы опухоли особенно часто некротизируются во время беременности, в послеродовом или после-абортном периоде.

Диагностика заболевания не представляет особых трудностей. При влагалищном исследовании определяют наличие в матке миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации. Такие больные нуждаются в срочном оперативном лечении. Промедление с операцией может привести к нагноению некротически измененного узла, прорыву его содержимого в брюшную полость и развитию разлитого гнойного перитонита.

Некротически измененные узлы опухоли по внешнему виду значительно отличаются от обычных узлов миомы матки. Ткань их, как правило, хрупкая, легко рвется. Нередко опухоль на разрезе имеет пеструю окраску за счет кровоизлияний. Иногда узлы опухоли белесоватые, мягкие и отечные. В брюшной полости может быть выпот.

Описаны случаи так называемого сухого некроза миомы с последующим отложением солей в некротизированных тканях. Так возникает кальцифицированная миома матки, обладающая почти деревянной плотностью и хорошо видимая при рентгенологическом обследовании больной. Узлы опухоли, как правило, безболезненны. Больные в операции не нуждаются.

При некрозе миоматозного узла консервативная операция не показана, так как в послеоперационном периоде могут возникнуть тяжелые осложнения (расхождение швов на матке, нагноение, перитонит), что потребует повторного оперативного вмешательства. Производят ампутацию или экстирпацию матки. Одновременно следует также удалить маточные трубы, которые могут служить источником инфекции. Консервативная миомэктомия может проводиться как исключение у молодых бездетных женщин в условиях интенсивной антибактериальной терапии.

В некоторых случаях, если позволяет общее состояние больной (отсутствие перитонеальных явлений, снижение под воздействием антибактериальной терапии температуры тела и лейкоцитоза, уменьшение болей), допустимо консервативное ведение больной, чтобы впоследствии можно было выполнить консервативную операцию. Такая тактика допустима при лечении молодых женщин, не имеющих детей.

Очень трудно дать совет в каждом конкретном случае некроза узла миомы.

Принципиальное положение заключается в том, что такую больную почти всегда следует оперировать в срочном порядке.

Известна еще одна форма миомы матки, которая вызывает необходимость срочного оперативного вмешательства. Это — перекут ножки субсерозного узла опухоли. В таких случаях развивается типичная картина острого живота, связанная с нарушением питания опухоли. В узле опухоли происходят отек, кровоизлияние, некроз и нагноение. При влагалищном исследовании удается пальпировать опухоль, расположенную отдельно от матки, резко болезненную при пальпации. Ошибочно такой узел можно принять за овариальное образование. В этих случаях диагностическая ошибка не имеет принципиального значения, так как больная все равно нуждается в срочной операции. Операция может быть ограничена удалением миоматозного узла с отсечением ножки опухоли.

Изолированные субсерозные миоматозные узлы на ножке встречаются не часто. Чаще всего они наблюдаются при множественной миоме матки. Характер операции зависит от возраста больной, расположения узлов, наличия или отсутствия спаек, некротических изменений в опухоли. Если имеется сопутствующий воспалительный процесс, то вопрос о консервативной миомэктомии отпадает. Характер разреза передней брюшной стенки в каждом конкретном случае определяется квалификацией хирурга, размерами опухоли и состоянием больной. Если подозревается наличие больших изменений в малом тазе, то лучше произвести продольное срединное чревосечение.

Причиной обильных кровянистых выделений из влагалища и болей может быть внутренний эндометриоз. у большинства больных хороший эффект при лечении внутреннего эндометриоза достигается путем применения эстроген-гестагенных препаратов или чистых гестагенов. При отсутствии эффекта при комбинированном поражении матки эндометриозом и миомой или локализации эндометриоза в области перешейки матки показано оперативное лечение. Если оно вовремя не предпринимается, то возникают состояния, требующие неотложной помощи (надвлагалищная ампутация или экстирпация матки).

Диагноз эндометриоза устанавливают на основании анамнеза (длительные болезненные менструации), результатов бимануального (матка увеличенная, плотная, округлой формы) и дополнительного (гистероскопия, гистеро-сальпингография) исследований.

Внутренний эндометриоз нередко сочетается с другой его локализацией, в частности с позадишеечным эндометриозом. При наличии очагов ретроцервикального эндометриоза операция значительно осложняется, так как в патологический процесс может быть вовлечена передняя стенка прямой кишки. При решении вопроса об операции хирург должен учитывать это обстоятельство.

После нерадикальных операций по поводу генитального эндометриоза больные нуждаются в гормонотерапии эстроген-гестагенными препаратами или чистыми гестагенами.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ МАТКИ

Злокачественные новообразования матки также могут явиться показанием к неотложной хирургической помощи.

Саркома матки встречается относительно редко. Врач в своей практике видит таких больных редко, и, следовательно, его опыт лечения этой патологии невелик. Статистических данных о клинике и лечении саркомы матки мало. Мы располагаем клиническими данными о 80 больных с этой патологией.

Саркома матки — понятие собирательное. Этим термином объединяют опухоли, происходящие из соединительнотканых элементов, недифференцированных мышечных клеток стенки матки и мезенхимы. Саркома матки диагностируется часто только во время операции после срочного гистологического исследования удаленного препарата. Обычно ранее большинство таких больных находились под наблюдением по поводу миомы матки. Следует обратить особое внимание на женщин, у которых рост миомы матки отмечается в

постменопаузе. По данным Я. В. Бохмана (1982), у 90% этих женщин при более тщательном исследовании выявлены злокачественные опухоли матки, в частности саркома.

При росте саркомы матки в постменопаузе отсутствие кровянистых выделений при наличии болевого синдрома может быть обусловлено облитерацией цервикального канала. Сильные боли объясняются нарушением оттока из полости матки. Иногда простое зондирование матки проясняет ситуацию, так как после разрушения спаек в канале шейки матки из ее полости появляются кровянистые выделения с распадающимися массами опухоли. В некоторых случаях возникает пиометра. У таких больных наблюдаются повышение температуры, увеличение СОЭ, лейкоцитоз.

В начальных стадиях саркома матки по симптоматике не отличается от миомы (меноррагии, ациклические кровотечения, боли). В более поздних стадиях появляются признаки общей интоксикации, кроме кровотечения, может возникнуть лейкорея с примесью опухолевых элементов, что облегчает установление диагноза. Позднее при прорастании опухоли соседних органов присоединяются расстройства акта дефекации и мочеиспускания. Боли принимают выраженный характер из-за нарушения оттока из полости матки, некроза и кровоизлияний, сдавления опухолью нервных сплетений.

Саркома слизистой оболочки матки встречается в виде полипа или диффузной опухоли, поражающей всю слизистую. Саркома стенок матки может локализоваться как в теле, так и в шейке матки.

По внешнему виду и расположению в различных отделах матки саркомы почти не отличаются от миом. Однако при разрезе узла опухоли видно, что саркоматозная ткань имеет мягковатую консистенцию и внешне напоминает вареное рыбье мясо. Микроскопически различают фибросаркомы, веретенообразноклеточные, полиморфно-клеточные, мышечноклеточные саркомы.

Чаще всего саркома матки поражает женщин в возрасте, близком к климактерическому, однако встречается и у более молодых женщин.

В саркомах матки часто происходят вторичные изменения: отек, некроз, кровоизлияния.

При саркоме матки состояния, требующие оказания неотложной помощи, могут возникнуть прежде всего при наличии профузного маточного кровотечения (так же, как и при миоме матки, подслизистом или центрипетальном росте узла). Узлы инфицируются, некротизируются, целостность поверхности опухоли нарушается и возникают профузные кровотечения. Аналогичные кровотечения могут появиться при саркоме, которая развивается из мезенхимальных элементов слизистой матки. В этих случаях рост саркомы имеет полиповидный характер. «Полипы» легко травмируются, и начинается кровотечение. Характерной особенностью этой разновидности опухоли является склонность к отеку и распаду, что и обуславливает возникновение кровотечения.

При появлении острых болей или обильного кровотечения независимо от возраста больной показана срочная операция — пангистерэктомия. Для уточнения диагноза необходимо срочное гистологическое исследование удаленного во время операции препарата. В клинической практике может наблюдаться такая ситуация, когда удаление опухолевых масс из полости матки путем кюретажа временно останавливает кровотечение. В этих случаях врач получает возможность уточнить диагноз путем гистологического исследования соскоба эндометрия и подготовить больную к плановой операции. При раке матки также могут возникнуть ситуации, в которых необходимо оказание неотложной помощи.

В рамках настоящей работы не представляется возможным подробно описать клиническую картину и стадии распространения рака шейки матки и тела матки. Здесь даны только краткие сведения, которые необходимы для понимания патогенеза кровотечений, требующих экстренного вмешательства.

Рак шейки матки — наиболее часто встречающаяся опухоль из всех злокачественных новообразований гениталий. Заболевание чаще всего развивается у женщин в возрасте от 40 до 49 лет, сравнительно редко — у нерожавших и даже не живших половой жизнью женщин.

Фактором, способствующим возникновению рака шейки матки, следует считать травму, которая возникает в родах. Деформация шейки матки, развитие рубцовой ткани и нарушение иннервации, выворот слизистой оболочки канала шейки матки — все это создает благоприятные условия для возникновения патологических процессов, которые предшествуют развитию раковой опухоли.

Рак шейки матки развивается из плоского многослойного эпителия влагалищной части или из железистого эпителия слизистой оболочки шейечного канала. Процесс может распространяться по поверхности в канал шейки матки и в толщу мускулатуры матки.

Инфильтрирующий (эндофитный) рост является прямым продолжением развития первично-язвенной формы опухоли. При первично-папиллярной форме опухоли происходит разрастание ее наружу, в просвет влагалища (экзофитный рост). При экзофитной форме рака шейки матки разрастания опухоли внешне напоминают цветную капусту. Характерны следующие симптомы: сукровичные бели, имеющие вид мясных помоев, ациклические маточные кровотечения, постепенно нарастающие боли внизу живота и пояснице. В клинической практике наиболее часто встречаются смешанные формы опухоли.

По принятой в нашей стране Международной классификации различают следующие стадии рака шейки матки:

0 — преинвазивный рак;

I стадия — опухоль ограничена шейкой матки (в настоящее время различают Ia стадию — микроинвазивный рост карциномы и Ib стадию);

II стадия: рак инфильтрирует параметрий на одной или обеих сторонах, но не переходит на стенку таза (параметральный вариант). Рак инфильтрирует влагалище, но не переходит на его нижнюю треть (влагалищный вариант). Рак переходит на тело матки (маточный вариант);

III стадия: рак переходит на стенки таза (параметральный вариант) или на нижнюю треть влагалища (влагалищный вариант). Могут определяться изолированные метастазы в малом тазе при небольшом первичном очаге (метастатический вариант);

IV стадия: рак прорастает мочевой пузырь или прямую кишку: выходит за пределы малого таза.

Эта классификация используется в практической работе.

Международный противораковый союз предложил классификацию по системе TNM: T — первичная опухоль, N — регионарные лимфатические узлы, M — отдаленные метастазы. Данная классификация представлена во многих публикациях и руководствах. Она дает возможность определять степень местного и регионального распространения рака шейки матки.

Если обратиться к указанным классификациям, то станет ясно, что при любой стадии распространения рака шейки матки могут возникнуть состояния, требующие неотложной помощи. Исключение составляет лишь Ia стадия (микроинвазивная карцинома), при которой практически не возникает состояний, требующих неотложной помощи. Необходимость срочного вмешательства при раке шейки матки может быть обусловлена кровотечением, угрожающим жизни. Такие кровотечения чаще наблюдаются при экзофитной форме рака (при распаде опухоли), а иногда после грубо проведенного влагалищного исследования или неосторожного введения зеркал.

При раке шейки I и II стадии (маточный вариант) показана расширенная пангистерэктомия, которая, как правило, не проводится по срочным показаниям. Обычно ей предшествуют подготовка, направленная на укрепление защитных сил организма больной, и в некоторых случаях лучевая терапия. Однако при обильном кровотечении, связанном с распадом опухоли, приходится оперировать в срочном порядке. Следует отметить, что расширенную пангистерэктомию может осуществить только хирург высокой квалификации, так как она является одной из наиболее трудных операций в оперативной гинекологии. Если больная поступает в стационар, где такое вмешательство по тем или иным причинам выполнить невозможно, то следует произвести тугую тампонаду влагалища и направить женщину в соответствующее лечебное учреждение или вызвать хирургическую бригаду,

которая обеспечит проведение необходимой операции.

При запущенном процессе врач может оказаться в трудном положении, так как проведение радикальной операции невозможно. В таких случаях при наличии профузных кровотечений показаны паллиативные вмешательства для остановки кровотечения, тампонада, внутривенное введение желатиноля, гемотрансфузии. При болях применяют наркотические и обезболивающие препараты.

Рак тела матки встречается реже, чем рак шейки. Я. В. Бохман (1979) различает два патогенетических варианта рака тела матки. Первый вариант явно гормонально обусловлен, так как нарушен жировой и углеводный обмен. Нередко опухоль возникает на фоне гипертонической болезни. Часто раку предшествуют рецидивирующие гиперпластические процессы в эндометрии, аденоматозные полипы и др. При втором варианте рака тела матки эндокринно-обменные нарушения не выражены, однако число таких больных значительно меньше (примерно 1/3 больных раком эндометрия).

Макроскопически рак тела матки может быть ограниченным или диффузным. Нередко опухоль развивается в области трубных углов матки. Отграниченная опухоль имеет узловатую или полипозную форму, чаще экзофитный рост. При выскабливании получают обильный крошковидный соскоб. Диффузная форма новообразования поражает значительную часть эндометрия. Этой форме присущ эндофитный рост. При выскабливании матки соскоб обычно скудный.

Гистологически различают злокачественную аденому, аденокарциному, слизистый рак, солидную форму рака, аденоакантому, эпидермоидный рак.

Различают 4 стадии распространения рака тела матки. В I стадии рак ограничен пределами эндометрия. Во II стадии опухоль распространяется на миометрий, параметрий или шейку матки. Третья стадия характеризуется инфильтрацией параметрия с переходом на стенку таза, придатки, регионарные лимфатические узлы, влагалище, прорастанием брюшинного покрова матки. В IV стадии рак прорастает соседние органы (мочевой пузырь, прямая кишка), метастазирует в отдаленные органы.

Рак тела матки возникает в основном у женщин в возрасте 45 лет и старше. Заболевают и более молодые женщины. Рак тела матки в отличие от рака шейки чаще возникает у малорожавших или даже бесплодных женщин.

Наиболее ранний симптом рака эндометрия — бели водянистого характера, к которым вскоре присоединяются кровянистые выделения (основной симптом заболевания). Они появляются сначала в виде «мазни», затем повторяются через некоторое время, становятся все более частыми и в конце концов принимают характер постоянных кровотечений. Обильные кровотечения наблюдаются при значительной величине опухоли и ее распаде. Боли отмечаются лишь в поздней стадии заболевания, при перерастяжении маточных стенок или прорастании опухолью серозного покрова матки и соседних органов.

Необходимость в неотложной помощи возникает, как правило, вследствие того, что рак эндометрия не диагностируется вовремя и больных не оперируют. Наличие кровянистых выделений из половых путей, особенно у женщин в постменопаузе, является показанием к диагностическому выскабливанию. Нельзя начинать консервативную терапию без уточнения диагноза. В начальных стадиях заболевания профузных кровотечений, как правило не бывает.

Неотложная помощь может потребоваться при обильном, кровотечении. Особенно часто оно возникает при полиповидных разрастаниях в полости матки в связи с некротическим изменением и распадом их. В таких случаях иногда диагностическое выскабливание дает временный терапевтический эффект. Появляется возможность подготовить женщину к операции или транспортировать ее в соответствующее лечебное учреждение. Если же выскабливание матки не останавливает кровотечения, а оперировать больную невозможно, то следует провести тугую тампонаду влагалища и организовать транспортировку больной. При тяжелом общем состоянии следует проводить гемотрансфузии и инфузионную терапию, вызвать бригаду хирургов для проведения операции на месте.

В редких случаях кровотечение из половых путей может быть обусловлено хорионэпителиомой. Эта злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов плодного яйца (трофобласт), растет в виде узла, который выдается в полость матки либо располагается в толще ее мускулатуры. Опухоль имеет темно-багровый цвет, мягковатую консистенцию, быстро метастазирует гематогенным путем.

Хорионэпителиома чаще встречается у женщин детородного возраста. Почти у половины больных в анамнезе имеются указания на пузырный занос, однако опухоль может возникнуть и после родов или аборта. Заболевание проявляется ациклическими кровянистыми выделениями из половых путей и кровотечениями, которые носят продолжительный рецидивирующий характер. Особенно сильные кровотечения возникают из метастатических распадающихся узлов опухоли стенки влагалища.

Распознавание заболевания основано на данных анамнеза и влагалищного исследования (увеличенная мягковатая матка, нередко двусторонние кистозные образования в области придатков матки — текалютеиновые кисты). Диагноз уточняют при определении в моче содержания гонадотропных гормонов. Реакция на хорионический гонадотропин положительна не только с цельной, но и с разведенной мочой.

Биопсия эндометрия может не дать положительного результата, если опухоль располагается в толще стенки матки. Если производится биопсия ткани хорионэпителиомы, то микроскопическая диагностика может быть затруднена из-за выраженных некротических изменений опухоли.

При хорионэпителиоме применяют различные методы лечения: хирургический, химиотерапевтический, лучевой и гормональный.

У ряда больных только проведение химиотерапии (хризомалин, циклофосфан, метотрексат, рубомицин, дактиномицин, винбластин) дает эффект вплоть до восстановления генеративной функции. Результаты лечения зависят от своевременной диагностики заболевания.

Оказание срочной помощи может потребоваться при обильном кровотечении, особенно при наличии метастазов во влагалище. Васкуляризация влагалища происходит из влагалищной и внутренней половой артерии. Кроме того, имеются обширные анастомозы с геморроидальными артериями. В связи с этим при распространении опухоли на влагалище часто возникают профузные кровотечения, с которыми очень трудно бороться. У таких больных приходится накладывать зажимы на кровоточащие участки и производить тугую тампонаду влагалища. Если возможно, то следует удалить узлы опухоли или обшить кровоточащие участки. Окончательная остановка кровотечения иногда не удается даже при двусторонней перевязке внутренних подчревных артерий из-за обширных анастомозов. Кровотечение из распадающегося узла опухоли в матке может происходить не только наружу, но и в брюшную полость (при прорастании опухолью всей стенки матки). Удаление матки и последующая химиотерапия могут дать благоприятные результаты.

Больных с хорионэпителиомой следует лечить в онкологических стационарах. При подозрении на хорионэпителиому госпитализация обязательна.

ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЯИЧНИКОВ

Частой причиной возникновения состояний, требующих неотложной помощи, являются опухоли и опухолевидные образования яичников. Опухоли яичников имеют значительное распространение.

Существует много классификаций опухолей яичников, построенных по клиническому, клинико-морфологическому и гистологическому принципам, но ни одна из них полностью не удовлетворяет клиницистов. В настоящее время наибольшее распространение получила гистологическая классификация опухолей яичников, созданная в 1973 г. при участии Международного справочного центра (Ленинград) и 12 сотрудничавших с ним центров разных стран. Приводим эту классификацию, не расшифровывая детально группы различных опухолей.

Гистологическая классификация опухолей яичников

- I. Эпителиальные опухоли.
 - A. Серозные
 - Б. Муцинозные
 - В. Эндометриоидные (опухоль сходна по структуре с эндометрием отношения к дистопии эндометрия не имеет).
 - Г. Светлоклеточные (мезонефроидные).
 - Д. Опухоли Бреннера.
 - Е. Смешанные эпителиальные опухоли.
 - Ж. Неклассифицируемая карцинома.
 - З. Неклассифицируемые эпителиальные опухоли.
- II. Опухоли стромы полового тяжа.
 - A. Гранулезостромальноклеточные.
 - Б. Андробластомы: опухоли из клеток Сертоли и Лейдига.
 - В. Гинандробластома.
 - Г. Неклассифицируемые опухоли стромы полового тяжа.
- III. Липидно-клеточные (липоидоклеточные) опухоли.
- IV. Герминогенные опухоли.
 - A. Дисгерминома.
 - Б. Опухоль эндодермального синуса.
 - В. Эмбриональная карцинома.
 - Г. Полиэмбриома.
 - Д. Хорионэпителиома.
 - Е. Тератомы.
- V. Гонадобластома.
- VI. Опухоли мягких тканей, неспецифичные для яичников.
- VII. Неклассифицированные опухоли.
- VIII. Вторичные (метастатические) опухоли.
- IX. Опухелевидные процессы.

Многие из представленных в классификациях опухолей встречаются очень редко.

Наибольшую группу доброкачественных опухолей составляют кистомы яичников, которые относятся к эпителиальным опухолям. По клиническому течению и морфологическому строению они значительно отличаются друг от друга и делятся на две большие группы — серозные (цилиоэпителиальные) и муцинозные.

Часто встречающейся доброкачественной опухолью яичника является зрелая тератома, или дермоидная киста, относящаяся к герминогенным опухолям. Заслуживают внимания гормонпродуцирующие опухоли яичника (опухоли стромы полового тяжа).

Опухолью яичника часто именуют кистозные образования, в которых отсутствует истинный бластоматозный рост. Поскольку опухелевидные образования небластоматозного характера до операции часто трудно отличить от истинной опухоли яичника, их почти всегда рассматривают вместе с опухолями, что неправильно, так как это качественно различные процессы. По Международной классификации, они относятся к опухелевидным процессам.

Почти у всех больных с опухолями яичников имеет место неблагоприятный преморбидный фон (высокий инфекционный индекс).

При изучении продукции гонадотропных и стероидных гормонов, а также клеточного и гуморального иммунитета у женщин с доброкачественными опухолями яичников нами выявлен ряд нарушений. Менструальная функция оказалась нарушенной у 60% женщин, причем у каждой третьей с периода менархе. Каждая третья больная к моменту обследования или в прошлом страдала воспалением придатков матки. Больных с воспалением придатков матки надо обследовать особенно тщательно для исключения опухоли яичника. При

опухолях яичников нередко имеет место первичное бесплодие. Генеративная функция оказалась сниженной у каждой второй — третьей больной. Достаточно часто опухоли яичников встречаются у женщин с первичной аменореей, а также с дискинезией гонад при кариотипе XV. У этого контингента больных возникают опухоли типа арренобластомы. Кроме того, обращает на себя внимание нередкое сочетание доброкачественных опухолей яичников и миомы матки. По-видимому, эти патологические состояния характеризуются общностью этиологического фактора.

Выявленные при морфометрическом исследовании у большинства женщин нарушения пропорций костного скелета являются подтверждением гормональных сдвигов, имевших место в периоде полового созревания. Нарушение менструальной функции и снижение фертильности также свидетельствуют о нарушении деятельности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Это дает основание рассматривать женщин с доброкачественными опухолями яичников как больных с нарушениями гормонального гомеостаза, приводящими к развитию различных патологических процессов в организме.

У больных с опухолями и опухолевидными образованиями яичников отсутствуют специфические клинические симптомы, присущие какой-либо одной опухоли. В основном женщины предъявляют жалобы на боли внизу живота различные по характеру и локализации, а также на чувство тяжести. Признаки злокачественного поражения в ранних стадиях развития опухоли не выявляются.

Мнение о том, что больная, у которой обнаружена опухоль яичника, подлежит оперативному лечению, в настоящее время общепринято. Правильность его подтверждена многочисленными клиническими наблюдениями. Больной с диагностированной опухолью яичника показано немедленное хирургическое вмешательство. Операция должна производиться независимо от возраста женщины и от того, чувствует она себя больной или здоровой, имеет ли опухоль большие или сравнительно небольшие размеры. Такой подход определяется тем, что до операции никогда нельзя с полной уверенностью сказать, имеется доброкачественное или злокачественное образование яичника.

До операции, а иногда и до гистологического исследования кисту трудно дифференцировать от кистомы яичника. При обнаружении небольшого тонкостенного кистозного образования яичника можно провести наблюдение за больной в течение двух — трех менструальных циклов. Если же образование не исчезает, то следует подвергнуть больную операции.

Удаление доброкачественных опухолей придатков матки является действенной профилактикой рака. Следует считать грубейшей ошибкой длительное наблюдение за больной с опухолью яичника. Промедление недопустимо не только потому, что оно нарушает принцип онкологической настороженности, но и в связи с тем, что при опухоли яичника может возникнуть ряд осложнений: перекрут ножки, нагноение, разрыв капсулы, прорыв содержимого опухоли в мочевой пузырь, прямую кишку и т. д.

В литературе описано немало клинических наблюдений, когда развивались осложнения, связанные с несвоевременно проведенной операцией. Как правило, чем раньше производится операция, тем она технически проще, тем меньше осложнений и тем ниже летальность. Часто необходимость срочного вмешательства при опухоли яичника возникает в результате того, что больная не была своевременно оперирована.

Несмотря на то что в яичнике могут возникать разнообразные опухоли и опухолевидные образования, клиническая картина, которая развивается при осложнениях, часто не зависит от характера образования.

Наиболее часто встречается перекрут ножки опухоли яичника. Анатомическая ножка опухоли состоит из растянутых воронкотазовой связки, собственной связки яичника и мезоооария. В ножке кистомы проходят кровеносные сосуды, питающие опухоль (яичниковая артерия, анастомоз ее с маточной артерией), а также лимфатические сосуды и нервы. Хирургическая ножка представляет собой образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении опухоли. Чаще всего в хирургическую ножку, помимо анатомической, входит перерастянутая маточная труба.

Перекрут ножки опухоли иногда связан с резкими движениями, переменной положения тела, физическим напряжением. Это осложнение чаще возникает у девочек и девушек. Нередко перекрут ножки кистомы яичника происходит во время беременности и в послеродовом периоде. Перекрут может произойти внезапно (остро) или постепенно, бывает полным или частичным.

При полном перекруте ножки кистомы резко нарушается кровоснабжение и питание опухоли. Первоначально происходит сдавливание венозных сосудов, возникают отек, кровоизлияние и некроз. Клинически это проявляется картиной острого живота. Отмечаются внезапное возникновение резких болей, напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина — Блюмберга, нередко наблюдаются тошнота или рвота, парез кишечника, задержка стула, реже — понос. Температура тела повышена, пульс частый, отмечаются бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный пот. При влагалищном исследовании обнаруживают опухоль в области придатков матки; попытки смещения ее вызывают резкую болезненность. Такие больные нуждаются в срочной операции — удалении опухоли. Промедление приводит к омертвлению опухоли, присоединению вторичной инфекции, сращению ее с соседними органами, ограниченному перитониту, что в дальнейшем значительно осложняет неизбежную операцию. В некоторых случаях промедление способствует развитию разлитого перитонита.

При частичном перекруте ножки опухоли все явления значительно менее выражены и могут исчезнуть даже без лечения. Во время операции выявляется ряд вторичных изменений в опухоли (некроз, кровоизлияния).

Клиническая картина при перекруте ножки кистомы настолько характерна, что диагноз ставится без особого труда. Чаще всего подвергаются перекручиванию дермоидные кисты яичника, так как они имеют длинную ножку и обладают особенно большой подвижностью. Нередко происходит перекрут ножки паровариальной кисты. Несмотря на то что паровариальная киста располагается между листками широкой связки, она в силу своей тяжести может вытягивать их, вследствие чего образуется выраженная ножка. При ее перекруте клиническая картина та же, что и при перекруте ножки опухоли.

Как уже было отмечено, больные с перекрутом ножки подлежат срочной операции. После вскрытия брюшной полости, прежде чем приступить к дальнейшему вмешательству, следует тщательно осмотреть матку, оба яичника, маточные трубы, определить состояние брюшины, наличие спаек и т. д. Необходимо получить четкое представление об образовании, исходящем из яичника.

После удаления опухоли следует вскрыть (это делает врач, не принимающий участия в операции). Наружная поверхность капсулы может быть гладкой и не вызывать сомнений в доброкачественной природе опухоли, в то время как на разрезе могут выявиться признаки злокачественности (хрупкие, легко кровоточащие сосочки, «мраморный» вид опухоли и пр.). Если имеется подозрение на злокачественную опухоль, а уточнение диагноза не представляется возможным, то следует произвести пангистерэктомию и резекцию большого сальника, т. е. операцию, которая дает возможность надеяться на благоприятный исход. При доброкачественной опухоли тактика хирурга зависит от строения опухоли, состояния второго яичника и матки, возраста больной, наличия различных моментов, осложняющих имеющуюся опухоль.

Следует подчеркнуть, что яичник является одним из звеньев цепи гормональной регуляции системы гипоталамус — гипофиз — яичники. Наличие обратной связи в этой цепи приводит к снижению эстрогенной функции при удалении даже одного яичника, что опосредованно, через гипоталамические центры, отражается на гонадотропной функции гипофиза. В дальнейшем это может привести к нарушениям функции других желез внутренней секреции, щитовидной железы и коры надпочечников. Из всего изложенного становится очевидной необходимость бережного отношения к яичникам, особенно в детородном возрасте.

При перекрутке ножки опухоли ее следует отсечь, не раскручивая, по возможности выше места перекрута. Такая тактика обусловлена тем, что в ножке опухоли могут

находиться тромбы, которые при ее раскручивании могут отделиться и попасть в общий кровоток. Кроме того, при полном перекруте ножки опухоли в пораженном яичнике обычно имеются выраженные изменения (отек, некроз, кровоизлияния). Такие патологически измененные ткани в брюшной полости оставлять нельзя. Во время операции обязателен осмотр придатков противоположной стороны, матки и червеобразного отростка. Сочетанная патология (например, опухоль яичника и миома матки или двусторонние опухоли яичников) — явление нередкое. Объем оперативного вмешательства может быть расширен в зависимости от имеющейся патологии. Разрез передней брюшной стенки при явлениях острого живота зависит от навыков хирурга, но лучше произвести продольный разрез, так как он дает более свободный доступ и возможность ревизии органов брюшной полости.

Следующим осложнением, которое может вызвать необходимость срочного оперативного вмешательства, является разрыв капсулы кистомы, который происходит не часто и иногда является результатом травмы. Грубое исследование и разрыв хрупкой оболочки кистомы вызывают острые боли, шок, внутреннее кровотечение.

При разрыве опухоли во время бимануального исследования она перестает определяться. Разрыв капсулы кистомы может привести к распространению элементов опухоли по брюшине. Разорваться практически может капсула любой опухоли, однако имеются овариальные образования, капсулы которых чаще других подвергаются разрыву. К ним в первую очередь относятся миксомы яичника, капсула которых очень хрупкая и легко травмируется, что может привести к развитию псевдомиксомы брюшины. При разрыве капсулы опухоли показана срочная операция, объем которой зависит от состояния органов малого таза и брюшины.

Следует особо остановиться на перфорации капсулы эндометриоидной кисты яичника. В. П. Баскаков (1979) подчеркивает, что эндометриоз имеет существенное значение в ургентной хирургии как причина развития острого живота. При этом осложнении возникают боли, тошнота, рвота, обмороки, симптомы раздражения брюшины. Попадание содержимого эндометриоидной кисты в брюшную полость приводит к раздражению брюшины. Образуются спайки с окружающими органами. Микроперфорации обуславливают появление очагов эндометриоза по брюшине малого таза и кишечника.

Большие перфорационные отверстия в эндометриоидных кистах встречаются не часто. Ввиду наличия спаечного процесса в малом тазе эндометриоидные кисты почти никогда не подвергаются перекруту.

При возникновении острых болей, особенно если они сопровождаются симптомами раздражения брюшины приходится проводить оперативное вмешательство в срочном порядке. Поскольку эндометриоидные кисты яичников, как правило, встречаются в молодом возрасте, операция должна быть максимально консервативной (резекция яичника в пределах здоровой ткани). Спаечный процесс и возможность других эндометрических очагов осложняют операцию, поэтому при эндометрических кистах ее должен производить опытный хирург.

После операции необходимо назначать гормональную терапию (эстроген-гестагенные препараты или чистые гестагены) с учетом состояния печени и системы гемостаза, а также переносимости лекарственных препаратов. Гормональная терапия необходима для предотвращения рецидива заболевания.

Вследствие вторичной инфекции может произойти нагноение опухоли. Особенно легко оно развивается при нарушении питания овариального образования. Нагноение сопровождается высокой температурой, ознобом, в крови определяется лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Боли внизу живота имеют пульсирующий характер. Выражены симптомы раздражения брюшины. В результате нагноения придатков матки возникают спайки с окружающими органами. Почти всегда в воспалительный процесс вовлекается тазовая брюшина.

При влагалищном исследовании пальпируется резко болезненное опухолевидное образование в области придатков матки. Исследование затрудняется из-за напряжения мышц передней брюшной стенки. Если операция не произведена своевременно, то гнойник может

прорваться в брюшную полость, прямую кишку или мочевого пузыря с образованием свищей. Такая ситуация обычно наблюдается при отсутствии оказания своевременной помощи. По общехирургическим правилам гнойник и источник инфекции из брюшной полости следует удалить. Обычно удаляют пораженный яичник или маточную трубу.

Необходимость в неотложной помощи может возникнуть при злокачественном новообразовании яичников. Злокачественные новообразования имеют различное строение.

В приведенной выше классификации опухоли яичников подразделяются на доброкачественные и злокачественные. Наиболее часто встречается опухоль эпителиального строения (рак).

По классификации ракового комитета Международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO) различают следующие стадии заболевания:

- I стадия — опухоль ограничена яичниками,
- I а стадия — опухоль ограничена одним яичником,
- I б стадия — опухоль ограничена обоими яичниками,
- II стадия — опухоль поражает один или оба яичника и прорастает
- II а стадия — первичное и вторичное поражение; опухоль хирургически удалима,
- II б стадия — первичное и вторичное поражение; опухоль хирургически не удалима,
- III стадия — опухоль поражает один или оба яичника, имеются распространенные метастазы, но возможно частичное их удаление,
- III а стадия — наличие абдоминального распространения и (или) метастазов.
- III б стадия — отдаленные метастазы вне брюшной полости за пределами брюшины,
- IV стадия — опухоль, поражающая один или оба яичника, полностью неоперабельна,
- IV а стадия — случаи, в которых производится операция,
- IV б стадия — сомнительные случаи (вероятно, карцинома яичника).

Примечание. Наличие асцита не влияет на определение стадий распространения процесса.

Рак яичника может возникнуть в любом возрасте, но чаще встречается в период пре- и постменопаузы. Такие злокачественные опухоли яичника, как тератобластома, дисгерминома, присущи молодому возрасту (они относятся к герминогенным новообразованиям).

И. С. Краевская (1978) подчеркивает весьма важный факт: в ряде случаев острый живот бывает первым признаком рака яичников. В данной работе нет возможности подробно останавливаться на проблеме рака яичников. Следует лишь отметить, что при злокачественном поражении яичника могут наблюдаться все те осложнения, которые имеют место при доброкачественных опухолях. Кроме того, острые ситуации могут возникать при прорастании опухоли окружающих органов и тканей. При необходимости срочной операции хирург после вскрытия брюшной полости должен составить представление о характере опухоли. Если имеется подозрение на злокачественный процесс (хрупкие, легко кровоточащие сосочковые разрастания на поверхности или внутри капсулы опухоли, солидное строение опухоли с некрозом и «мраморный» вид ее на разрезе), то женщинам в пре- и постменопаузе следует производить операцию удаления матки с придатками и тотальную резекцию большого сальника.

Во время операции необходима тщательная ревизия органов брюшной полости (печень, диафрагма, кишечник) для выявления метастазов. Следует также пальпировать лимфатические узлы в параметрии и парааортальные лимфатические узлы, чтобы получить представление о степени распространения опухолевого процесса. Это имеет большое практическое значение, ибо такие больные нуждаются в последующей химиотерапии, характер которой в значительной мере определяется во время операции.

У молодых женщин, если опухоль поражает один яичник, в виде исключения можно ограничиться его удалением. Опухоль следует удалять по возможности целиком, так как вскрытие ее и излитие содержимого в брюшную полость могут привести к диссеминации процесса. Тщательная ревизия органов брюшной полости в этих случаях также обязательна.

Нередко операция в срочном порядке предпринимается при дисгерминоме яичника.

Она встречается преимущественно в молодом возрасте, и при поражении одного яичника можно ограничиться его удалением. Опухоль и ее метастазы хорошо поддаются лучевой терапии. При подозрении на злокачественный процесс желательна срочная гистологическая диагностика. Поскольку это не всегда возможно, приходится ориентироваться на внешние признаки этой опухоли (плотное новообразование с очагами некроза и кровоизлияний).

Таким образом, во время срочной операции по поводу любого опухолевидного образования яичников врач должен определить, с какой опухолью он имеет дело, доброкачественной или злокачественной, и в зависимости от этого решать вопрос об объеме операции.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Диагностика и лечение воспалительных заболеваний женских половых органов — один из важнейших разделов гинекологии. Мы остановимся на воспалительных процессах, которые требуют оказания неотложной хирургической помощи.

В структуре гинекологической заболеваемости воспаление придатков матки по частоте возникновения занимает первое место. Заболевание, как правило, возникает у женщин детородного возраста. В настоящее время всесторонне изучены патогенез, клиника, диагностика и терапия этого заболевания.

В результате исследований установлено, что в настоящее время клинические проявления воспалительного процесса существенно изменились. Значительно чаще стали встречаться стертые формы заболевания, что обуславливает запоздалое начало лечения [Бодяжина В. И., 1978].

Наличие очага воспаления в малом тазе приводит к ряду изменений, обусловленных патологическими изменениями в нервной и эндокринной системах организма. В очаге воспаления нарушается кровообращение вследствие склеротических изменений в сосудах, а рубцово-спаечные процессы, развивающиеся в результате воспаления, приводят нередко к выраженным анатомическим и функциональным изменениям. Хронический воспалительный очаг сопровождается изменениями в нервной системе, в частности в центральной. Эти изменения в свою очередь становятся источниками патологической импульсации. Таким образом, возникает порочный круг, который значительно затрудняет терапию воспалительных заболеваний придатков матки. Микробный фактор в процессе воспаления очень быстро теряет первоначальное этиологическое значение. У больных воспалительными заболеваниями резко изменяется иммунологическая реактивность.

В придатки матки инфекция может проникать различными путями: гематогенным, лимфогенным. Нередко инфицирование происходит из кишечника, в частности из червеобразного отростка. В маточные трубы инфекция чаще всего проникает восходящим путем. Возбудители заболевания — микробы септической группы, реже гонококки и туберкулезные микобактерии. Причиной развития гнойно-септической инфекции может быть анаэробная инфекция — грамотрицательные (бактероиды) и грамположительные (клостридии) палочки. Выделение клостридий и бактероидов не всегда возможно, но наличие анаэробной инфекции надо предполагать в тех случаях, когда отсутствует эффект от обычной антибактериальной терапии.

Острые воспалительные процессы в придатках матки чаще всего являются результатом развития септической инфекции после аборта и родов, реже — после различных внутриматочных манипуляций. В большинстве случаев острое воспаление начинается в маточной трубе и проявляется гиперемией, набуханием тканей, экссудацией усилением секреции. Появляются полости, в которых скапливается экссудат. Быстро образуются спайки с окружающими тканями. Часто в воспалительный процесс вовлекается яичник, который спаивается с маточной трубой. При гиперергическом характере воспаления в маточной трубе и яичнике образуются гнойные полости. В воспалительный процесс почти всегда вовлекается тазовая брюшина, возникают спайки с петлями кишечника. Таким образом, в

малом тазе образуется единый воспалительный конгломерат. Нередко даже во время операции в этом конгломерате трудно отличить один орган от другого.

При влагалищном исследовании в малом тазе пальпируются опухолевидные болезненные образования с плотной капсулой. Границы таких образований, как правило, нечеткие из-за сращений. Почти всегда наблюдаются те или иные симптомы острого живота, высокая температура тела, озноб, лейкоцитоз, сдвиг влево лейкоцитарной формулы. Именно при такой клинической картине возникают показания к неотложной хирургической помощи.

Если при влагалищном исследовании пальпируются напряженные резко болезненные воспалительные образования придатков матки, нарастают симптомы раздражения брюшины, предполагается прорыв гнойника в свободную брюшную полость и развитие разлитого перитонита, то возникают показания к операции. Гной может прорваться в кишку или мочевого пузыря (опасность восходящей инфекции мочевых путей). В редких случаях это приводит к излечению, но чаще — к образованию стойких гнойных свищей.

Во время операции брюшную полость лучше вскрывать прямым разрезом по средней линии живота. У молодых женщин надо стремиться оставить хотя бы небольшую часть неизмененных яичников. Во время операции обязательно следует осмотреть червеобразный отросток, так как он часто вовлекается в патологический процесс. При поражении его производят аппендэктомию. Из брюшной полости через боковые каналы выводят дренажи.

При разлитом перитоните показано широкое дренирование брюшной полости через боковые каналы и оставление микроиригаторов для введения в брюшную полость антибиотиков и проведения в случае необходимости перитонеального диализа (см. раздел «Перитонит»).

Большой ошибкой является вскрытие и дренирование гнойных образований без их удаления. Такая тактика приводит к возникновению гнойных свищей придатков матки, открывающихся на передней брюшной стенке или во влагалище.

Нередко после консервативных мероприятий (антибиотики, холод на низ живота, общеукрепляющая терапия) наблюдается временный терапевтический эффект, но полного излечения не наступает. Заболевание принимает хронический рецидивирующий характер с частыми обострениями, которые сопровождаются перитонеальными явлениями. Наряду с этим возникают общие расстройства (потеря аппетита, анемия, истощение, невроты, болезненность при дефекации и мочеиспускании). Такие больные нуждаются в оперативном лечении. Необходимо проводить предоперационную общеукрепляющую подготовку для активации защитно-приспособительных сил организма.

Удаление гнойных образований в придатках матки всегда связано со значительными техническими трудностями. Нередко гнойная полость сообщается с просветом толстой кишки. Хирургические вмешательства у этих больных относятся к числу наиболее тяжелых гинекологических операций.

Параметрит. Лимфатические сосуды, идущие от тела и шейки матки, проникают через параметральную клетчатку. При распространении инфекции из матки лимфогенным путем развивается параметрит (боковой, передний или задний). Основные возбудители инфекции — стрептококки, стафилококки, кишечная палочка (септическая инфекция). Острая форма заболевания чаще всего наблюдается после родов и аборт. При нагноении инфильтрата возникает флюктуация. Возможен прорыв гноя в прямую кишку. Гнойный параметрит сопровождается высокой температурой тела, болями, ознобом, тенезмами, болезненным мочеиспусканием. Отмечаются лейкоцитоз, повышенная СОЭ. При влагалищном исследовании определяется неподвижный плотный инфильтрат, распространяющийся от матки латерально и сливающийся со стенками таза. Расположение и характер инфильтрата уточняют при ректальном исследовании.

Пока гнойник не созрел, показаны покой и лечение антибиотиками. При появлении флюктуации делают пункцию через задний свод влагалища, а затем кольпотомию. В редких случаях гнойник возникает спереди от матки. Он может доходить до уровня пупка и располагаться внебрюшинно. Такой гнойник можно опорожнить через разрез кожи и апоневроз передней брюшной стенки непосредственно над лобком.

Абсцесс прямокишечно-маточного углубления. При распространении инфекции на брюшину прямокишечно-маточного углубления там может развиваться абсцесс стенки которого образованы маткой, прямой кишкой петлями кишечника, сальником. При влагалищном исследовании выявляется образование, выпячивающее задний свод влагалища; отмечается флюктуация. Инфильтрат не доходит до стенок таза.

Абсцесс и тазовый перитонит сопровождаются общей интоксикацией, ознобом, болями, нередко затруднением акта дефекации и мочеиспускания. Следует помнить об угрозе прорыва абсцесса в свободную брюшную полость.

При абсцессе прямокишечно-маточного углубления необходимо незамедлительно сделать пункцию через задний свод влагалища и в случае получения гноя произвести по игле кольпотомию. После эвакуации гноя рекомендуется на 1—2 дня ввести в гнойную полость дренаж. Больные нуждаются в антибактериальной, десенсибилизирующей и общеукрепляющей терапии.

Нагноение кисты большой вестибулярной железы. Киста большой вестибулярной железы, как правило, локализуется в нижней трети большой губы и возникает в результате нарушения проходимости ее выводного протока. При нагноении содержимого кисты возникают острые боли, отек, гиперемия, инфильтрация. Температура тела повышается.

Вылущение кисты большой вестибулярной железы лучше производить в так называемом холодном периоде. Если консервативные мероприятия (покой, холод, антибактериальная терапия) неэффективны, то показаны вскрытие и дренирование абсцесса. После стихания воспаления производят оперативное вылущивание железы.

* * *

Гинекологические заболевания, вызывающие явления острого живота, приходится дифференцировать от экстра-генитальной патологии. Здесь невозможно описать все заболевания, которые могут у женщин вызвать картину острого живота. Мы остановимся только на тех, которые имеют наибольшее практическое значение.

Аппендицит

Наиболее часто острые заболевания внутренних половых органов приходится дифференцировать от аппендицита, который у женщин встречается чаще, чем у мужчин. По данным Е. Г. Дехтярь (1971), в организме женщины имеется комплекс анатомо-физиологических условий способствующих более частому развитию аппендицита и затрудняющих его распознавание. В связи с этим становится понятной необходимость того, чтобы гинеколог к которому обычно прежде всего обращается женщина с жалобами на боли в животе, был хорошо знаком с клиникой острого аппендицита.

Хирурги отмечают, что среди острых заболеваний брюшной полости наибольшее число ошибок совершается именно при остром аппендиците, особенно при ретроцекальном расположении отростка. Часто диагноз острого аппендицита ставят при наличии гинекологического заболевания. Это обусловлено анатомо-физиологической близостью червеобразного отростка и правых придатков матки.

Как известно, при тазовом расположении червеобразный отросток находится в непосредственной близости от правых придатков матки и тесно связан с ними сосудисто-нервными элементами, вследствие чего подвергается изменениям, связанным с менструальным циклом: периодической гиперемии, механическому давлению со стороны яичника и т. д. Все это может привести к обострению хронического аппендицита.

Клиническая картина при остром аппендиците зависит от возраста больной, расположения отростка, наличия сопутствующих заболеваний и пр.

Острый аппендицит обычно начинается внезапно болями в животе. Нередко боли сопровождаются тошнотой и рвотой, иногда наблюдается задержка стула или понос. Боли обусловлены раздражением нервных окончаний, расположенных в стенке червеобразного отростка и в покрывающей его брюшине, а также в брыжейке. Интенсивность болей различна. Чаще всего они возникают в правой подвздошной области, т. е. локализация их

соответствует расположению червеобразного отростка. Однако у многих больных острый аппендицит нередко начинается болями в подложечной области. Е. Г. Дехтярь считает, что у женщин почти всегда боли сначала появляются в подложечной области, а затем локализуются в правой подвздошной области. Возникают напряжение передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина — Блюмберга.

Для диагностики острого аппендицита важны данные первичного осмотра больной, так как часто спустя несколько часов от начала заболевания клинические симптомы изменяются, что значительно затрудняет диагностики (при подозрении на острый аппендицит нельзя назначать слабительные, так как они способствуют усилению воспалительного процесса червеобразного отростка). Имеется большое число симптомов, помогающих установить диагноз острого аппендицита. О симптоме мышечной защиты было сказано ранее. Болевые симптомы объясняются повышенной чувствительностью брюшины в связи с ее раздражением и воспалением. Симптом Щеткина — Блюмберга появляется уже в первые часы острого аппендицита. Интенсивность его может зависеть от расположения отростка. Симптом Щеткина — Блюмберга — один из наиболее часто встречающихся и важных признаков острого аппендицита.

Типичен симптом Ровзинга. Врач левой рукой надавливает на брюшную стенку в левой подвздошной области соответственно расположению нисходящей части толстой кишки, а правой — на вышележащий отрезок толстой кишки. При этом возникает боль в правой подвздошной области вследствие перемещения газов в толстой кишке и смещения внутренних органов. Этот симптом при остром аппендиците встречается так же часто, как и симптом Щеткина — Блюмберга.

В положении на левом боку появляются или усиливаются боли в правой подвздошной области, что объясняется смещением слепой кишки и натяжением брыжейки отростка (симптом Ситковского).

Симптом скольжения (симптом Воскресенского) заключается в том, что врач кончиками II, III и IV пальцев правой руки во время выдоха при наиболее расслабленной брюшной стенке производит скользящее быстрое движение от подложечной области косо вниз к правой подвздошной области, умеренно надавливая при этом на живот. Скольжение пальцев производится поверх натянутой рубашки. В момент окончания скольжения отмечается резкое усиление аппендикулярных болей.

С целью выявления симптома Образцова II и III пальцами правой руки слегка придавливают брюшную стенку в правой подвздошной области. При подъеме выпрямленной правой ноги возникает боль в правой подвздошной области.

У гинеколога подозрение на острый аппендицит возникает в тех случаях, когда при бимануальном исследовании патологии со стороны матки и придатков не выявляется. Острый аппендицит приходится дифференцировать от нарушенной трубной беременности, разрыва и перекрута ножки кисты или опухоли яичника, острого сальпингоофорита, пиосальпинкса, апоплексии яичника.

При тазовом расположении червеобразного отростка аппендицит трудно отличить от пельвиоперитонита генитального происхождения.

Принципиальное значение имеет дифференциальная диагностика болевой формы апоплексии яичника, воспаления придатков матки и острого аппендицита, так как терапия этих заболеваний различна. По мнению Е. Г. Дехтярь, таких больных следует направлять в хирургические отделения. Нельзя забывать, что одновременно могут наблюдаться два заболевания, например острый аппендицит и перекрут ножки опухоли яичника. Описаны также случаи двусторонней апоплексии яичников в сочетании с острым аппендицитом.

Установлению правильного диагноза помогает изучение характера жалоб и данных анамнеза. Плохо собранный гинекологический анамнез нередко является причиной диагностических ошибок.

Следует учитывать, что аппендицит не сопровождается нарушением менструальной функции. В некоторых случаях можно ориентироваться на картину крови. При остром аппендиците нарастание числа лейкоцитов происходит быстро (в течение нескольких часов).

Лейкоцитарная формула в значительной степени отражает характер и распространение воспалительного процесса. При перекруте ножки опухоли яичника число лейкоцитов тоже может увеличиться, однако меньше, чем при аппендиците. Данные влагалищного и ректального исследования помогают уточнить диагноз, так как при этом могут выявиться патологические изменения внутренних половых органов.

Дифференциации острого аппендицита от воспалительных заболеваний придатков матки способствует также симптом Промптова. Сущность этого симптома сводится к следующему. Если при ректальном исследовании в момент поднимания матки болезненности нет, а при исследовании прямокишечного углубления отмечается болезненность, то это свидетельствует об аппендиците.

При подозрении на острый аппендицит срочная госпитализация больной обязательна, так как промедление может привести к тяжелым последствиям. Дооперационная диагностика нередко оказывается неточной. Во время экстренной операции необходимо внимательно осматривать маточные трубы и яичники. Мы неоднократно наблюдали и оперировали больных, которым по поводу болей в правой подвздошной области был удален червеобразный отросток, в то время как опухоль яичников с перекрутом ножки была оставлена, так как придатки матки не были осмотрены. Столь же необходим осмотр аппендикса при гинекологических операциях.

ОСТРАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КИШЕЧНИКА

Это заболевание является следствием различных патологических процессов, происходящих в брюшной полости. Непроходимость кишечника подразделяется на механическую и динамическую. Механическая непроходимость в свою очередь делится на обтурационную, при которой закупоривается только просвет кишечника, и странгуляционную, когда закрытие просвета сопровождается сдавлением брыжейки и нарушением кровообращения в пораженной части кишечника. Клиническая картина механической непроходимости обуславливается местом сдавления (или заворота) кишечника. Непроходимость может быть полной или частичной. При полной непроходимости возникают боли, рвота, вздутие кишечника, задержка стула и газов.

Заболевание начинается остро. Боли обусловлены усиленной перистальтикой кишок выше места сдавления и носят острый приступообразный характер. Для обтурационной непроходимости характерно одновременное появление боли и урчание в кишечнике.

Характер рвоты зависит от места расположения непроходимости. При непроходимости в верхних отделах тонкого кишечника отмечается обильная рвота, при непроходимости толстой кишки ее может не быть. Задержка стула и газов появляется значительно позднее. Вздутие кишечника также зависит от места непроходимости. При непроходимости толстого кишечника вздутие может достигать выраженной степени. При перкуссии выявляется резкий тимпанит.

При странгуляционной непроходимости общее состояние больной более тяжелое, чем при обтурационной. Парез кишечника (паралитическая непроходимость) часто возникает после операции.

При длительной непроходимости и вздутии кишечника нарушается питание кишечной стенки за счет натяжения и сжатия сосудов, проходящих в ней, что может привести к некрозу кишечной стенки. Проведение своевременной операции в таких случаях обязательно. С целью профилактики странгуляционной непроходимости во время операции необходимо ушивать отверстия в большом сальнике. Механическая обтурационная непроходимость нередко возникает после гинекологических операций и трактуется как послеоперационная паралитическая непроходимость. Странгуляционная непроходимость чаще всего обусловлена ущемлением кишки в грыжевых воротах, заворотом, инвагинацией. При остром начале странгуляционной непроходимости часто наблюдается шок.

Гинеколог должен знать, что опухоли в малом тазу могут служить причиной обтурационной непроходимости толстого или тонкого кишечника. Сами по себе опухоли

матки и придатков редко вызывают кишечную непроходимость, но наличие спаечного процесса, нередко их сопровождающего, и вовлечение в процесс кишечной стенки могут быть причиной частичной непроходимости. Следует помнить, что если больная перенесла одну операцию или несколько операций, то у нее может возникнуть частичная спаечная непроходимость. После операции на органах брюшной полости угнетение моторики желудочно-кишечного тракта носит рефлекторный характер. В дальнейшем развиваются дистрофические изменения вегетативной нервной системы (ганглии желудка, кишечника, солнечного сплетения).

При нарушении механизмов, регулирующих нормальную перистальтику кишечника, возникает паралитическая непроходимость кишечника, прекращается перистальтика, возникает вздутие петель кишечника с венозным выраженным застоем. Рано возникает рвота, отсутствуют перистальтические шумы и плеск жидкости в кишечнике. При рентгенологическом исследовании определяются характерные чаши Клойбера с горизонтальными уровнями жидкости.

Длительное вздутие кишечника вызывает повышенную резорбцию кишечного содержимого, вследствие чего бактерии проникают в кровоток и брюшную полость. Нарушается водно-солевой обмен. Состояние больной ухудшается, может легко развиться картина перитонита. Лечение должно проводиться в общехирургическом стационаре.

Острая паралитическая непроходимость кишечника, не связанная с каким-либо заболеванием, которое требует операции, встречается редко. Часто она сопровождается перитонит, перекрут ножки опухоли яичника, почечную колику и т. д. Лечение должно быть направлено на устранение причины, вызывающей непроходимость. Вопрос терапии следует решать совместно с общим хирургом. При подозрении на непроходимость кишечника госпитализация больной обязательна.

ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Заболевание наблюдается преимущественно у мужчин. У женщин оно встречается редко. Почти всегда имеется характерный «язвенный» анамнез.

Боли в подложечной области возникают внезапно и носят нередко кинжальный характер. Это обусловлено тем, что содержимое желудка или двенадцатиперстной кишки, попадая на брюшину, вызывает острую воспалительную реакцию. В начальном периоде заболевания нередко возникает рвота. Боли сопровождаются резким ухудшением состояния больной. Отмечаются частый пульс слабого наполнения, холодный пот, снижение артериального давления и другие симптомы, присущие болевому шоку. Положение больной вынужденное (на спине или на боку). Температура тела вначале нормальная. Если же во время не производится операция, то развивается перитонит со всеми присущими ему симптомами.

При прободной язве выражены напряжение мышц живота (доскообразный живот) и симптомы раздражения брюшины. Как правило, при перкуссии живота исчезает печеночная тупость, так как в правом поддиафрагмальном пространстве имеется свободный газ. При рентгенологическом исследовании обнаруживается свободный газ в брюшной полости.

ТРОМБОЗ СОСУДОВ БРЫЖЕЙКИ КИШЕЧНИКА

Тромбоз сосудов брыжейки кишечника встречается сравнительно редко. Заболевание отличается тяжелым течением и часто заканчивается смертью больной. Эта патология, как правило, встречается у лиц старше 50 лет, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями (атеросклероз, гипертоническая болезнь, ревмокардит и порок сердца). Острая непроходимость брыжеечных сосудов обусловлена тромбозом или эмболией. Чаще всего тромбируются верхняя брыжеечная артерия и ее ветви.

Заболевание развивается остро, реже подостро. Типичны сильные, иногда схваткообразные боли в животе, которые локализуются в эпигастриальной области или по'

всему животу. Иногда боли отмечаются в правой половине живота над лобком, что может служить причиной диагностических ошибок. Возникновение болей в эпигастрии можно объяснить ишемией и раздражением верхнего брыжеечного сплетения. Больные беспокойны, стонут, просят о помощи, часто меняют положение тела и даже встают. Лицо бледное с цианотичным оттенком. Одновременно с болями в животе возникают рвота и понос. Понос обусловлен бурной перистальтикой кишечника. Позднее развивается парез кишечника. Иногда в испражнениях и рвотных массах имеется примесь крови.

В начальной стадии заболевания симптомы раздражения брюшины отсутствуют, так как она еще не вовлечена в воспалительный процесс. В дальнейшем наблюдается вздутие живота и напряжение мышц передней брюшной стенки, что характерно для перитонита. В крови отмечается резко выраженный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево.

Диагностика и лечение тромбозов и эмболии брыжеечных сосудов — один из труднейших разделов хирургии. Сложность распознавания этой патологии объясняется редкостью заболевания и недостаточной осведомленностью о нем врачей. Ранняя операция повышает эффективность терапии. Заболевание нередко смешивают с дизентерией, илеусом и пр.

СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ

В связи с тем что операции на органах брюшной полости стали производиться чаще, число больных со спаечной болезнью за последнее время значительно возросло. Указанная патология нередко наблюдается и после гинекологических операций. По данным К. С. Симоняна (1966), спаечная болезнь развивается чаще всего после аппендэктомии. Затем эти больные подвергаются ряду необоснованных операций, которые лишь ухудшают течение заболевания.

Количество спаек в брюшной полости еще не определяет наличие заболевания. Иногда единичные спайки могут обусловить развитие клинической картины спаечной болезни. Спаечная болезнь проявляется болями в животе и симптомами кишечной непроходимости. Она может развиваться непосредственно в послеоперационном периоде или через некоторое время, даже через много лет после перенесенной операции. По мнению К. С. Симоняна, хронические воспалительные заболевания внутренних половых органов женщины приводят к спаечной болезни чаще, чем это принято считать.

При острой кишечной непроходимости, возникшей в результате спаечной болезни, больных обычно госпитализируют в общехирургический стационар. При длительном течении болезни приступы болей и явления частичной кишечной непроходимости могут перемежаться с периодами относительно удовлетворительного состояния. Именно эти больные нередко оказываются пациентками гинеколога, так как спаечная болезнь симулирует различные заболевания, в том числе гинекологические. При подозрении на спаечную болезнь консультация хирурга является обязательной. Таких больных следует лечить и оперировать в хирургическом стационаре.

Профилактика спаечной болезни заключается в бережном отношении к тканям и хорошей перитонизации во время операции.

ОПУХОЛИ КИШЕЧНИКА И БРЫЖЕЙКИ

За опухоль яичника может быть принята опухоль, исходящая из кишечника или брыжейки. Это происходит в тех случаях, когда она располагается в малом тазе. Обычно диагноз уточняют только во время операции.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Заболевание возникает чаще у женщин. Факторами, предрасполагающими к нему, являются патология желчных путей, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного

тракта и нарушения обмена веществ.

Клиническая картина острого панкреатита определяется степенью поражения поджелудочной железы. Причиной острого воспаления поджелудочной железы служат патологические изменения ее тканей под воздействием желчи или кишечного содержимого. При активации трипсина происходит самопереваривание железистой и жировой ткани железы и возникает некроз.

Различают отечную и деструктивную формы острого панкреатита. Отечная форма протекает более легко, деструктивная сопровождается общим тяжелым состоянием и интоксикацией.

Заболевание начинается внезапно с болей в верхней половине живота. Боли часто носят опоясывающий характер, иррадиируют в левое подреберье, левую лопатку, плечо, поясницу. Они обусловлены раздражением нервных рецепторов и перерастяжением капсулы поджелудочной железы в связи с ее отеком. Из-за резких болей больные беспокойны, мечутся, постоянно меняют свое положение. Одновременно с болями нередко начинается рвота, которая обусловлена раздражением солнечного сплетения и повышенной возбудимостью желудка и двенадцатиперстной кишки. Рвота мучительна и не приносит облегчения. При деструктивных формах панкреатита в рвотных массах возможна примесь крови.

Кожа и слизистые оболочки бледны, с цианотичным оттенком. Часто отмечается желтуха, обусловленная нарушением проходимости желчных путей. Язык сухой, обложенный. В первые часы заболевания, несмотря на сильные боли, живот обычно не вздут. Затем появляются и нарастают явления пареза. Напряжение мышц брюшной стенки редко выражено значительно, чаще имеет место умеренная ее ригидность. В дальнейшем может присоединиться перитонит. Температура тела обычно нормальная. При нагноении или присоединении перитонита повышается температура тела, появляется озноб, отмечается лейкоцитоз.

Диагностика заболеваний поджелудочной железы трудна, так как специфические симптомы, характерные только для этой патологии, отсутствуют.

Для уточнения диагноза применяется ряд дополнительных методов: исследование ферментных систем, лимфангиография, радиоизотопное исследование и т. д. Однако при тяжелом общем состоянии и симптомах острого живота врач практически не имеет возможности использовать эти методы. Наиболее простым лабораторным методом исследования является определение количества амилазы (диастазы) в моче и крови. Повышение активности этого фермента в крови при остром панкреатите имеет диагностическое значение, особенно в первые 3 дня от начала заболевания (нормальный уровень диастазы 32 единицы Вольгемота в крови и 64 единицы в моче). Определяют также активность трансаминазы, щелочной фосфатазы, фосфогексоизомеразы, лактатдегидрогеназы. Острый панкреатит сопровождается как функциональными, так и морфологическими изменениями в печени.

Лечение острого панкреатита — одна из актуальных проблем ургентной хирургии. В начальных стадиях заболевания может быть успешной консервативная терапия. При развитии деструктивных форм рекомендуется операция.

Следует упомянуть, что при остром панкреатите в брюшной полости во время операции обнаруживают рассеянные в большом количестве желтовато-белые тусклые, большей частью мелкие узелки — участки некроза жировой ткани.

ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА

Приступ болей при почечной колике обусловлен возникновением препятствия для оттока мочи из почечной лоханки или мочеточника. Чаще всего заболевание возникает при наличии камня в мочевых путях.

Приступ почечной колики характеризуется внезапным появлением сильных приступообразных болей в правой или левой половине живота. Боли могут иррадиировать в

наружные половые органы, мочевого пузыря, паховые области, бедра. Симптом Пастернацкого резко положителен. После приступа болей возникает микро- или макрогематурия. Нередко почечная колика сопровождается тошнотой, рвотой, вздутием кишечника, задержкой стула и газов.

Установлению диагноза помогают анамнестические данные (наличие аналогичных приступов в прошлом) и результаты экскреторной урографии, при которой выявляют камень в мочеточнике или нарушение пассажа мочи.

При почечной колике нередко возникают симптомы, симулирующие острый аппендицит, что является следствием передачи болевого рефлекса с нервных рецепторов правой почки и мочеточника на нервные окончания слепой кишки и червеобразного отростка.

При расположении камня в нижних отделах мочеточника заболевание необходимо дифференцировать от заболеваний придатков матки. Влагалищное и ректальное исследования позволяют уточнить диагноз.

ДИСТОПИРОВАННАЯ ПОЧКА

При дифференциальной диагностике овариального образования и других заболеваний не следует забывать о возможности дистопии почки. При появлении болей в брюшной полости врач может ошибочно принять дистопированную почку за опухоль. Следует помнить что почка располагается забрюшинно и чаще всего имеет характерную бобовидную форму, и приобретает другие очертания. При подозрении на дистопию почки показана экскреторная урография, которая позволяет уточнить диагноз.

ДИСТОПИРОВАННАЯ СЕЛЕЗЕНКА

В редких случаях опухоль яичника может симулировать дистопированная селезенка. В обычных условиях селезенка располагается в левом подреберье. В связи с ослаблением связочного аппарата она может сместиться книзу и находиться в любом месте брюшной полости при этом возникает опасность перекрута ее сосудистой ножки. При смещении селезенки в той или иной степени нарушается ее питание и вследствие этого возникают некрозы, воспалительные изменения, которые приводят к образованию спаек с окружающими органами (периспленит).

В качестве примера приводим собственное наблюдение.

Больная 21 года поступила в клинику по поводу опухоли правого яичника и беременности сроком 19—20 нед. В возрасте 13 лет наблюдались боли в правой половине живота, которые стихли в течение 3 дней, затем периодически возобновлялись, но не были столь интенсивными, как в первый раз. К врачам не обращалась. С возникновением беременности боли усилились, что явилось причиной обращения к врачу.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Легкие и сердце без патологических изменений. Влагалищное исследование: матка увеличена соответственно сроку задержки менструации. Справа в области придатков опухолевидное образование неравномерной консистенции, неправильно округлой формы, ограниченное в подвижности, болезненное при пальпации, размером 18X20X20 см. Над опухолью небольшое напряжение мышц брюшной стенки. Нижний полюс опухоли в малом тазе, верхний доходит почти до подреберья. Слева придатки не определяются. Диагноз: киста правого яичника с явлениями частичного перекрута ножки, беременность 19—20 нед.

Во время операции обнаружено, что придатки с обеих сторон без видимых патологических изменений. Справа имеется опухоль, спаянная с телом беременной матки и петлями тонкого кишечника. После разделения спаек выяснилось, что имеется увеличенная селезенка с участками некроза и кровоизлияний. Селезенка удалена. Послеоперационное течение гладкое. Беременность сохранена.

В литературе описаны наблюдения, в которых имели место экстралиенальные добавочные селезенки массой до 500 г. Такая селезенка может располагаться в любом месте, в частности в малом тазе, яичниках, толще большой половой губы. Возникновение добавочных селезенок происходит в процессе эмбрионального развития.

В табл. 2 представлены дифференциально-диагностические признаки заболеваний

органов брюшной полости, сопровождающихся острой клинической картиной.

Таблица 2

Симптоматика острых заболеваний органов брюшной полости

Наименование заболевания	Локализация и характер болей	Тошнота, рвота, стул	Симптомы раздражения брюшины	Общее состояние, пульс, артериальное давление	Данные влагалищного исследования и другие диагностические критерии	Картина крови
Некроз миоматозного узла	Постепенно нарастающие боли внизу живота	Возможна тошнота	Имеются над некротизированным узлом	Удовлетворительное, температура повышена	Пальпируется резко болезненный узел миомы	Лейкоцитоз, увеличение СОЭ
Перекрут ножки опухоли яичника	Внезапные резкие боли внизу живота	Возможны тошнота и рвота	Выражены	Удовлетворительное, пульс учащен	Резко болезненное опухолевидное образование в придатках матки	Небольшой лейкоцитоз
Нагноение опухоли яичника	Пульсирующие боли внизу живота	Диспепсические и дизурические явления	Выражены	Частый пульс, высокая температура, озноб	Опухолевидное образование в придатках матки, резко болезненное, напряженное, с нечеткими контурами	Высокий лейкоцитоз, ускоренная СОЭ
Разрыв капсулы опухоли яичника	Резкие внезапные боли	Тошнота, однократная рвота	Выражены	Пульс учащен, может быть болевой шок	Опухоль не пальпируется, резкая болезненность в области придатков матки	Изменения могут отсутствовать
Обострение воспаления придатков матки	Боли внизу живота, редко интенсивные. Местная болезненность при пальпации живота	Диспепсические и дизурические явления	Выражены нерезко	Повышение температуры тела, озноб	Утолщенные болезненные придатки	Лейкоцитоз, увеличение СОЭ
Острый аппендицит	Боли в эпигастральной, затем в правой подвздошной области или первичное возникновение болей в правой подвздошной области. Боли интенсивные, иногда приступообразные	Однократная или многократная рвота, тошнота. Отвращение к пище. Неукротимая рвота не характерна.	Положительные симптомы Щеткина — Блюмберга, Ровзинга, Ситковского	Удовлетворительное. Пульс несколько учащен, артериальное давление в пределах нормы, температура тела субфебрильная	Придатки матки не определяются	Нарастающий нейтрофильный лейкоцитоз. Необходимы почасовые исследования крови

Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	Интенсивная «кинжальная» боль в подложечной области	В начале заболевания нередко рвота	Напряжение мышц живота	Бради- или тахикардия. Нередко болевой шок. Общее состояние тяжелое, положение вынужденное	«Язвенный» анамнез. Иногда печеночная тупость исчезает. При рентгенографическом исследовании свободный газ в брюшной полости	Нейтрофильный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево
---	---	------------------------------------	------------------------	--	--	---

Глава III

КРОВОТЕЧЕНИЯ

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Основной причиной внутреннего кровотечения у женщин детородного возраста является внематочная беременность. Среди срочных гинекологических операций оперативные вмешательства по поводу этой патологии занимают одно из первых мест. При эктопической беременности наиболее часто имплантация оплодотворенной яйцеклетки происходит в маточной трубе.

В настоящее время число больных с трубной беременностью увеличивается. Некоторые авторы связывают это с распространением внутриматочной контрацепции, повышением частоты искусственных аборт. Причины, которые могут привести к развитию трубной беременности, многообразны: воспалительные процессы в придатках матки, половой инфантилизм, нарушение сократительной деятельности маточных труб, эндокринные расстройства, повышенная активность трофобласта и др.

Воспалительные заболевания, после которых возникает трубная беременность, как правило, носят стертый характер. Иногда женщины даже не знают о них. При наличии в анамнезе указаний на аборт можно предполагать, что имело место последующее воспаление придатков матки. Воспалительные процессы приводят к образованию в просвете маточных труб спаек, перетяжек, карманов и нарушают ее перистальтические движения. Нередко у женщин, которые лечились по поводу бесплодия, частично восстанавливается проходимость труб, но не полностью возобновляется их перистальтика. В дальнейшем это приводит к возникновению трубной беременности.

При половом инфантилизме маточные трубы длинные, извитые, перистальтика их неполноценна. Нередко половой инфантилизм сочетается с общим, поэтому при возникновении первой беременности у женщин с инфантилизмом следует подумать о возможности ее локализации в маточной трубе.

К группе риска в отношении трубной беременности следует отнести также больных, перенесших операции на маточных трубах. Больным, которым проводилась стимуляция овуляции, также необходимо тщательное наблюдение для выяснения расположения плодного яйца, учитывая возможность нарушения транспорта яйцеклетки. Как известно, оплодотворение яйцеклетки происходит в ампулярном конце маточной трубы. Транспорт оплодотворенной яйцеклетки в основном осуществляется за счет перистальтических движений маточной трубы. При эндокринных расстройствах нарушаются функции трубы, в результате чего имплантация происходит вне матки.

Опухоли, а также эндометриоз, особенно трубного угла матки, сужая просвет трубы и нарушая ее перистальтику, также могут быть причиной возникновения трубной беременности. Известны случаи наружной миграции яйца. Например, если нет правой трубы и левого яичника, то беременность может возникнуть в левой трубе.

В некоторых случаях стрессовые ситуации и психические травмы могут привести к обратным перистальтическим движениям маточной трубы, что способствует задержке в ней плодного яйца.

Внематочная беременность может быть обусловлена патологией яйцеклетки. Овулогенная теория возникновения трубной беременности заключается в том, что нидационные свойства яйцеклетки проявляются раньше времени.

При трубной беременности имплантация плодного яйца происходит в слизистой оболочке маточной трубы, при этом ворсины трофобласта внедряются в стенку маточной трубы. Мышечный слой трубы гипертрофируется, но не может обеспечить нормальные условия развития плодного яйца. Труба принимает веретенообразную форму. На 4—6-й неделе беременности происходит ее прерывание. Редко трубная беременность продолжается более 8 нед.

Причина прерывания трубной беременности заключается в нарушении целостности плодместилища. Если разрывается стенка плодместилища, обращенная в просвет трубы, то плодное яйцо погибает, отслаивается от стенок трубы и ее сокращениями постепенно выбрасывается в брюшную полость через ампулярный конец. Возникает трубный аборт, который сопровождается кровотечением различной интенсивности. При этом кровь через трубу поступает в брюшную полость. Кровянистые выделения обусловлены отторжением из матки децидуальной оболочки. В некоторых случаях кровь скапливается в маточно-прямокишечном углублении и образуется замочная гематома.

По типу трубного аборта беременность чаще всего прерывается в тех случаях, когда плодное яйцо имплантируется и развивается в ампулярной части маточной трубы. При имплантации яйцеклетки в истмической или интерсоциальной части маточной трубы происходит ее разрыв, который всегда сопровождается обильным внутренним кровотечением. В редких случаях плодное яйцо, изгнанное из трубы, имплантируется в брюшной полости. Так возникает вторичная брюшная беременность, которая очень редко донашивается.

Большую опасность для женщины представляет беременность, развивающаяся в добавочном роге матки. Условия развития плодного яйца здесь лучше, чем в трубе, поэтому беременность обычно прерывается в более поздние сроки, что сопровождается обильным кровотечением. Различают прогрессирующую и прерывавшуюся внематочную беременность. Прогрессирующую внематочную беременность в ранние сроки диагностировать трудно, так как при этом в организме женщины возникают изменения, свойственные беременности: задержка менструации, нагрубание молочных желез, цианоз влагалища и шейки матки. Матка в связи с наличием децидуальной оболочки и гипертрофией мышечных элементов увеличивается и размягчается.

При влагалищном исследовании удается пальпировать опухолевидное образование или некоторую тестоватость в области придатков матки. Однако сходную картину можно наблюдать и при увеличении яичника за счет желтого тела беременности. Наличие положительных биологических реакций на беременность в этих случаях не оказывает большой помощи, а свидетельствует лишь о том, что в организме имеется беременность.

Хориальный гонадотропин (ХГ) вырабатывается тро-фобластом. Определение этого гормона проводится для диагностики беременности. Чаще его определяют в моче, реже — в крови. Наибольшее практическое значение имеет иммунологический тест на ХГ, основанный на реакции торможения гемагглютининов. С помощью этого метода возможно не только качественное, но и количественное определение ХГ.

При наличии внематочной беременности в основном имеет место невысокий уровень ХГ. Положительная реакция на ХГ наблюдается лишь у 50% больных с трубной беременностью, что связано с низким содержанием этого гормона при эктопической беременности. Диагностическая ценность этой реакции при трубной беременности относительна. Нередко низкие цифры ХГ имеют место не только при наличии трубной беременности, но и при угрожающем выкидыше в ранние сроки беременности. Не следует забывать и о том, что при прерывавшейся трубной беременности реакция ХГ быстро становится отрицательной, что может дезориентировать при установлении диагноза.

Динамическое наблюдение, которое позволяет выявить увеличение опухолевидного образования придатков матки, помогает установить правильный диагноз. В очень редких случаях беременность (брюшная, в роге матки) достигает таких сроков, когда появляются ее достоверные признаки: выслушивается сердцебиение, определяются части плода. На обзорном рентгеновском снимке брюшной полости можно увидеть скелет плода. Донашивание брюшной беременности является казуистикой.

Клиническая картина при прерывавшейся трубной беременности обусловлена характером ее прерывания (трубный аборт, разрыв трубы). Основным признаком, по которому женщины определяют наступление беременности (задержка менструации), может отсутствовать. Это связано с тем, что появление кровянистых выделений из половых путей, связанных с отслойкой и выделением децидуальной оболочки, по времени совпадает со

сроком ожидаемой менструации.

Клиническая картина разрыва маточной трубы достаточно типична. Внезапно возникают сильные боли внизу живота, в паховых областях, иногда иррадиирующие в плечо и лопатку (френикус-симптом, обусловленный раздражением диафрагмального нерва), появляется холодный пот, снижается артериальное давление. Возможна потеря сознания. Пульс слабый, частый. Отмечаются тошнота, бледность кожных покровов, цианоз лица. Живот болезнен при пальпации, больше с той стороны, где произошел разрыв трубы. Симптом Шеткина — Блюмберга слабоположительный. При перкуссии определяется притупление звука в отлогих частях живота. Температура нормальная. По мере увеличения кровопотери развивается тяжелый постгеморрагический коллапс.

При влагалищном исследовании обнаруживают незначительные кровянистые выделения из канала шейки матки (их может и не быть). Матка слегка увеличена, размягчена, как при беременности, обладает повышенной подвижностью («плавает»). В области придатков матки определяется пастозность или же пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции. Задний влагалищный свод иногда уплощен или выпячен. Отмечаются резкая болезненность при попытке смещения шейки матки кпереди и резкая болезненность заднего свода влагалища с иррадиацией в прямую кишку.

Значительно труднее поставить диагноз в тех случаях, когда беременность прерывается по типу трубного аборта. Наблюдаются приступообразные боли внизу живота (чаще на стороне расположения беременной трубы), кровянистые выделения из половых путей. Иногда отмечается кратковременное обморочное состояние. При влагалищном исследовании пальпируются слегка увеличенная, мягковатой консистенции матка и опухолевидное образование в области придатков, болезненное при пальпации, ограниченное в подвижности. В некоторых случаях обнаруживается уплощение или выпячивание бокового и заднего сводов влагалища. Болезненность при смещении шейки матки кпереди и при пальпации заднего свода влагалища выражена значительно слабее, чем при разрыве трубы.

Нередко из матки вместе с кровью выделяется деци-дуальная оболочка, которую необходимо подвергнуть гистологическому исследованию.

Прерывание беременности по типу трубного аборта иногда протекает довольно длительно. Приступы болей, как правило, иррадиирующих в прямую кишку, и головокружений, кровянистые выделения из половых путей продолжаются. Образуется перитубарная или заматочная гематома. При скоплении свободной крови в брюшной полости выражен френикус-симптом.

Мы располагаем наблюдениями, в которых в течение 2—3 мес не был поставлен правильный диагноз. Во время операции обнаружено, что плодное яйцо и маточная труба вместе с организовавшейся заматочной гематомой были припаяны к задней стенке матки и образовывали с ней единый конгломерат, что и затрудняло установление диагноза.

Больная 29 лет страдает привычным невынашиванием беременности. Выскабливание матки производилось трижды на протяжении 2 лет, затем возникло вторичное бесплодие. Маточные трубы проходимы, имеет место ановуляция. Проведена стимуляция овуляции кломифеном и хориальным гонадотропином. Через 2 мес после начала лечения появились кровянистые выделения из половых путей за неделю до ожидаемой менструации, а также боли внизу живота. При влагалищном исследовании обнаружено увеличение правых придатков в виде опухолевидного образования размером 6х8х6 см. Состояние расценено как нарушение функции яичников. Рекомендовано диагностическое выскабливание. На увеличение придатков матки не обращено должного внимания.

Через несколько дней после осмотра неоднократно наблюдалась потеря сознания. Госпитализирована в стационар, где произведено диагностическое выскабливание. Диагностирован хронический эндометрит. Ввиду наличия опухолевидного образования в придатках матки произведена операция, во время которой обнаружена давно прервавшаяся трубная беременность с перитубарной гематомой и спайками с окружающими ее петлями кишечника.

Этот пример показывает, к чему приводит неправильная оценка симптомов заболевания. Между тем были все основания заподозрить трубную беременность. Врач сделал ошибку только потому, что не думал о возможности эктопической беременности у

этой женщины. В стационаре также правильно не распознали характер заболевания, поскольку с начала его прошло почти 3 мес и, естественно, установление диагноза было затруднено.

Особенно следует подчеркнуть, что наличие в матке средств контрацепции не исключает возникновения беременности, как маточной, так и внематочной. При появлении кровянистых выделений этих женщин надо тщательно обследовать для исключения эктопической беременности.

Иногда прерывание беременности начинается по типу трубного аборта, а затем может произойти разрыв трубы.

Диагноз прервавшейся беременности устанавливается на основании анамнеза, осмотра больной, а в случае необходимости — дополнительных исследований.

Дифференцировать внематочную беременность, прерывающуюся по типу трубного аборта, приходится от следующих заболеваний: прерывания маточной беременности в ранние сроки, обострения воспаления придатков матки, апоплексии яичника и острого аппендицита.

В табл. 3 представлены дифференциально-диагностические признаки, помогающие установлению диагноза. В таблицу намеренно не включена трубная беременность, прервавшаяся разрывом трубы, так как обычно при этом состоянии трудно установить характер заболевания. Из таблицы видно, что указанные заболевания имеют много общих признаков, однако при тщательном обследовании распознавание их возможно.

При необходимости проводят дополнительные исследования. Пункция через задний свод влагалища позволяет получить темную кровь с мелкими сгустками. Если крови в пунктате нет, то это не исключает возможности трубной беременности, так как кровь, вытекая в небольшом количестве из маточной трубы, из-за спаяк может не

Данные осмотра и обследования	Трубный аборт	Нарушенная маточная беременность (аборт)	Апоплексия яичника		Острый аппендицит	Обострение воспалительного процесса придатков матки
			анемическая форма	болевая форма		
Возраст	Детородный	Детородный	Любой, но чаще детородный		Любой	Чаще детородный
Жалобы	Схваткообразные боли внизу живота, чаще односторонние. Обморочные состояния, тошнота	Схваткообразные боли внизу живота	Острые боли внизу живота, обморочные состояния, позывы на дефекацию (иногда)	Острые боли внизу живота, чаще справа, рвота (однократная)	Боли вначале локализуются в подложечной, затем в правой подвздошной области. Однократная рвота, иногда расстройство стула	Постоянные ноющие боли внизу живота
Температура тела	Нормальная или субфебрильная	Нормальная, субфебрильная, в случае присоединения инфекции высокая	Нормальная или субфебрильная		Субфебрильная или умеренно повышенная	Субфебрильная или повышенная
Гинекологические заболевания, болевые приступы в прошлом	Воспаление придатков матки, бесплодие	Иногда указание на криминальные вмешательства	Отсутствуют	Отсутствуют	Могут быть аналогичные приступы в прошлом	Указание на периодически повторяющееся обострение воспаления придатков матки
Перенесенные операции	Операция по поводу трубной беременности	Не отмечены	При указании на аппендэктомию легче заподозрить апоплексию яичника		Не отмечены	Не отмечены
Менструальный цикл	Задержка или изменение характера последней менструации	Задержка менструации	Чаще в середине менструального цикла		Заболевание не связано с менструальным циклом	Часто нарушен за счет дисфункции яичников
Чувствовала себя беременной	Чаще нет	Да	Нет. Нередко больная не живет половой жизнью		Нет	Нет
Признаки беременности	Имеются	Имеются	Отсутствуют		Отсутствуют	Отсутствуют
Анемия	Нерезко выражена	Может быть	Резко выражена	Не наблюдается	Не наблюдается	Не наблюдается
Данные влагалищного исследования	Наружный зев закрыт, матка слегка увеличена, размягчена. В области придатков определяется опухолевидное, мягковатое, болезненное образование. Возможно уплощение или выбухание заднего свода влагалища или его тестоватость. Резкая болезненность при движении за шейку матки	Наружный зев приоткрыт. Матка увеличена соответственно сроку беременности. Придатки матки не определяются. Своды влагалища свободны	Может определяться округлый болезненный яичник		Патологические изменения отсутствуют	Утолщенные болезненные придатки, часто в спайках

Данные ректального исследования	То же	То же	То же	То же	Болезненность брюшины, примыкающей к правой стенке прямой кишки	То же
Защитное напряжение мышц брюшной стенки	Нерезко выражено с пораженной стороны	Не наблюдается	Слабо выражено	Выражено	Выражено в правой подвздошной области	Может быть на стороне поражения
Симптомы раздражения брюшины	Слабо выражены	Не выявляются	Слабо положительны	Положительны	Положительны. Выражены симптомы, присущие аппендициту	Слабо положительны с пораженной стороны
Свободная жидкость в брюшной полости	Может быть	Не обнаруживается	Определяется в отлогих частях живота	Не обнаруживается	Не выявляется. В запущенной стадии выпот за счет перитонита	Не определяется
Кровянистые выделения из половых путей	Скудные, темного цвета	Могут быть значительными, со сгустками	Не выявляются	Не выявляются	Не выявляются	Могут быть вследствие дисфункции яичников и сопутствующего эндометрита
Анализ крови	Снижение количества гемоглобина и числа эритроцитов, умеренный лейкоцитоз	Может быть снижение количества гемоглобина и числа эритроцитов, умеренный лейкоцитоз	Снижение количества гемоглобина, числа эритроцитов, лейкоцитоза нет	Без изменений	Нарастающий лейкоцитоз	Лейкоцитоз
Результаты реакции на беременность	Положительные или отрицательные, если прерывание произошло более чем 2 нед назад	Положительные	Отрицательные	Отрицательные	Отрицательные	Отрицательные
Результаты гистологического исследования соскоба эндометрия	Децидуальная реакция без элементов хориона	Остатки плодного яйца	Соответствует фазе менструального цикла		Соответствует фазе менструального цикла	Часто картина эндометрита

достичь прямокишечно-маточного углубления. Если при пункции игла попадет в сосуд, то полученная кровь легко свертывается.

При кульдо- или лапароскопии обычно удается диагностировать трубную беременность, так как вид увеличенной маточной трубы сине-багрового цвета весьма характерен.

Во время гистеросальпингографии в маточной трубе выявляется характерная картина: полость, заполненная контрастным веществом, имеет полулунную форму.

Используется также ультразвуковое исследование. Оно не может дать положительных результатов во всех случаях, но оказывается весьма полезным не только тогда, когда с его помощью подтверждается внематочная беременность, но и в тех случаях, когда плодное яйцо визуализируется в матке. В некоторых случаях удается увидеть плодное яйцо вне матки, что особенно ценно при прогрессирующей трубной беременности, то такая ситуация наиболее благоприятна для проведения консервативной операции — удаления плодного яйца

и сохранения маточной трубы.

Если в лечебном учреждении есть ультразвуковая аппаратура, то эхография при подозрении на трубную беременность должна проводиться обязательно.

В некоторых трудных для распознавания внематочной беременности случаях известную помощь при установлении диагноза может оказать гистологическое исследование соскоба эндометрия. При внематочной беременности в соскобе из матки обнаруживают только децидуальную ткань без элементов хориона. Однако следует помнить, что если внематочная беременность прервалась давно, то децидуальная ткань может полностью отторгнуться. Тогда в соскобе, как правило, обнаруживают патоморфологическую картину, присущую эндометриту. Если в соскобе из матки обнаруживают элементы хориона, то можно с уверенностью говорить о маточной беременности. Сочетание маточной и внематочной беременности является казуистикой.

Необходимо подчеркнуть, что диагностическое выскабливание матки следует производить только в трудных для диагностики случаях. При заинтересованности женщины в беременности от выскабливания следует воздержаться, так как может быть прервана маточная беременность. Если кровянистые выделения вызваны трубным абортom, то после выскабливания матки они не прекращаются. В некоторых случаях приходится проводить довольно длительное наблюдение. Следует подчеркнуть, что нельзя выписывать больную с неуточненным диагнозом.

Лечение внематочной беременности оперативное. При разрыве маточной трубы, сопровождающемся коллапсом, не следует стремиться вывести больную из этого состояния, а потом оперировать. Коллапс обусловлен и поддерживается продолжающейся кровопотерей. Необходимо срочно начать операцию и одновременно проводить реанимационные мероприятия. Как правило, после того как во время операции лигированы сосуды, питающие маточную трубу, гемотрансфузия позволяет вывести больных из тяжелого состояния. Предпочтение следует отдать эндотрахеальному наркозу с применением миорелаксантов.

Последовательность реанимационных мероприятий во время операции должна быть следующей. После венепункции или, если необходимо, венесекции вливают вначале кровезаменители (до определения группы крови и резус-принадлежности больной), а затем кровь. При тяжелом состоянии больной трансфузию нужно проводить в две вены одновременно. После начала внутривенного вливания жидкостей следует приступить к операции.

Вид разреза передней брюшной стенки зависит от опыта хирурга. После вскрытия брюшной полости необходимо вывести в рану матку и беременную трубу, наложить зажимы. После этого врач может спокойно ориентироваться в брюшной полости, удалить сгустки крови, произвести осмотр придатков на другой стороне матки и червеобразного отростка. Кровоостанавливающие зажимы накладывают на мезосальпинкс и маточный угол трубы, после чего ее отсекают. Культю перевязывают и производят перитонизацию круглой связкой.

Описаны случаи, когда беременность возникала в культе удаленной маточной трубы. В связи с этим во время операции, производимой по поводу трубной беременности, необходимо иссекать трубный угол матки.

Если грубые изменения маточной трубы отсутствуют (обширный разрыв, участки некроза и кровоизлияний) и нет сопутствующего воспалительного процесса, то рекомендуется консервативная операция. Для этого трубу рассекают в продольном направлении, плодное яйцо удаляют и целостность маточной трубы восстанавливают. Такого же характера операцию проводят при прогрессирующей трубной беременности.

В настоящее время все большее распространение получают микрохирургические методы операций. Они позволяют анатомично, с использованием автравматичных игл тонких нитей и микрокоагуляторов провести пластическую операцию, что дает надежду на восстановление проходимости маточной трубы и сохранение генеративной функции.

Консервативные операции не следует проводить при тяжелом состоянии женщины,

когда речь идет о спасении ее жизни, так как они требуют значительно больше времени. Адекватное замещение кровопотери является обязательным.

Эффективным методом борьбы с постгеморрагическим коллапсом является реинфузия крови, излившейся в брюшную полость. Реинфузия крови возможна только в острых случаях в отсутствие инфекции. При значительной кровопотере из брюшной полости для реинфузии должна быть использована жидкая негемолизированная кровь. Опыт работы Московского городского научно-исследовательского института скорой помощи им. Н. В. Склифосовского (М. С. Александров, Л. Ф. Шинкарева) и других лечебных учреждений показал, что реинфузия быстро выводит больных из тяжелого состояния, связанного с кровопотерей. При этом нет необходимости определять группу крови.

Следует отметить, что в крови, излившейся в брюшную полость, происходят изменения: несколько снижается уровень гемоглобина, увеличивается содержание билирубина. Исчезает фибриноген, продукты его распада и тромбопластические субстанции активизируют фибринолиз, а также тромбопластинообразование, что может привести к внутрисосудистому диссеминированному свертыванию крови. В связи с этим некоторые авторы рекомендуют перед реинфузией собранную кровь разводить изотоническим раствором хлорида натрия в соотношении 1:1 и добавлять 1000 ЕД гепарина на 1000 мл крови.

Техника реинфузии крови заключается в следующем. Кровь из брюшной полости удаляют стерильным стаканчиком (для собирания крови могут быть использованы также шприцы и системы вакуумного отсасывания) и фильтруют через 8 слоев стерильной марли в стерильную посуду, которая соединена с веной. Предварительно в эту емкость вводят 200—300 мл изотонического раствора хлорида натрия. Подогревать кровь и добавлять раствор цитрата не следует.

Операции при прерывании беременности по типу трубного аборта протекают в более спокойной обстановке.

При этом обычно не наблюдается обильного кровотечения и постгеморрагического коллапса. Однако технически такие операции нередко бывают более сложными из-за образования спаек и гематом.

Заранее трудно определить характер операции при различных формах внематочной беременности. Объем ее зависит прежде всего от того, где произошла имплантация яйцеклетки. При брюшной беременности операции нетипичны и нередко очень сложны технически. Если не удастся удалить плаценту, то можно произвести марсупии-лизацию. В таких случаях к краям брюшной раны подшивают края плодного пузыря, в полость амниона вводят тампон Микулича. Полное отторжение плаценты происходит длительное время. В связи с прогрессом хирургической техники эта операция применяется сравнительно редко. При яичниковой беременности ранних сроков следует произвести его частичную резекцию.

Операции по поводу трубной беременности устраняют не причину, а следствие имеющейся у женщины патологии, поэтому проведение реабилитационных мероприятий после операции является обязательным. Терапию следует проводить в зависимости от имеющихся нарушений (противовоспалительное лечение, при необходимости гормональная коррекция). Во всех случаях, когда произведена пластическая операция на маточной трубе, показана лечебная гидротубация для закрепления терапевтического эффекта операции. Если терапия не проводится, то вероятность возникновения повторной трубной беременности значительно возрастает.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Апоплексия яичника — внезапно натупившее кровоизлияние, сопровождающееся нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость. Среди причин внутрибрюшных кровотечений 0,5—2,5% приходится на апоплексию яичника.

Длительное время считалось, что кровотечение из яичника всегда связано с яичниковой беременностью. Однако по мере накопления фактов выяснилась ошибочность этой точки

зрения. Известно, что небольшое кровоизлияние в яичник в процессе разрыва фолликула и образования желтого тела представляет собой обычное явление. Однако, как правило, такие кровоизлияния не сопровождаются какими-либо клиническими симптомами.

Кровотечению из яичника предшествует образование гематомы, которая вызывает резкие боли вследствие нарастания внутриовариального давления. Затем следует разрыв ткани яичника, что приводит к кровотечению даже при небольшом отверстии в яичнике. Разрыв яичника возникает вследствие застойной гиперемии, варикозного расширения или склерозирования сосудов, а также склеротических изменений в строме. Изменения сосудов и ткани яичника являются результатом предшествующего патологического процесса, чаще всего воспаления придатков матки или аппендицита. Немаловажная роль принадлежит нарушениям нейровегетативной и эндокринной систем.

У большинства больных, оперированных по поводу апоплексии яичника, наблюдаются такие патологические процессы, как мелкокистозные изменения, хроническое воспаление придатков матки, кисты яичников, миома матки, хронический аппендицит.

Провоцирующими моментами при апоплексии яичника могут явиться травма, физическое напряжение, половые сношения, особенно прерванные, внутриматочные спринцевания и т. д. Однако апоплексия яичника может развиться и в состоянии полного покоя и даже во сне.

Апоплексия яичника может наступить в различные фазы менструального цикла, но чаще всего наблюдается в период овуляции и в стадии васкуляризации желтого тела. Самым частым источником кровотечения является желтое тело или его киста. Не исключается возможность разрыва желтого тела во время беременности. Апоплексия яичника возникает, как правило, у женщин в возрасте 20—36 лет. Чаще происходит разрыв правого яичника.

Клиническая картина обусловлена характером кровотечения и сопутствующими заболеваниями. Апоплексии яичника всегда сопутствуют внутреннее кровотечение и болевой синдром. В зависимости от преобладания одного из этих симптомов условно различают анемическую форму заболевания и болевую. При одинаковой выраженности этих симптомов констатируют смешанную форму патологии.

Обычно заболевание начинается остро, с появления внезапных, иногда очень сильных болей внизу живота, с преимущественной локализацией на стороне пораженного яичника. Боли могут возникнуть во время физического напряжения. При осмотре больной отмечают напряжение передней брюшной стенки, резко выраженные симптомы раздражения брюшины. При перкуссии живота может определяться свободная жидкость в брюшной полости (кровь). При обильном кровотечении возникают френикус-симптом и явления коллапса. Нередко приступ болей сопровождается тошнотой и рвотой.

При влагалищном исследовании находят нормальных размеров матку. Если гематома невелика, то пальпируется увеличенный яичник шаровидной формы, мягковатой консистенции, резко болезненный. При более выраженном кровоизлиянии в области придатков матки определяется образование, похожее на кисту яичника. При наличии значительного кровоизлияния в брюшную полость и раздражения брюшины пальпация матки и придатков затруднена. Кровотечение из яичника может быть настолько обильным, что приводит к гибели больных.

Анемическую форму заболевания, как правило, принимают за трубную беременность, болевую — за аппендицит (см. табл. 2). Окончательный диагноз обычно устанавливается во время операции, хотя в ряде случаев выражены симптомы, по которым можно провести дифференциальную диагностику этих заболеваний. Апоплексия яичника обычно наступает внезапно, среди полного благополучия, часто в середине менструального цикла. Задержка менструации и признаки беременности отсутствуют. Наружное кровотечение не наблюдается. Биологические реакции на беременность отрицательны.

В отличие от аппендицита при апоплексии яичника температура тела нормальная или субфебрильная, нарастания числа лейкоцитов не отмечается. Раздражение брюшины выражено не так резко, как при аппендиците.

Тщательно собранный анамнез способствует установлению правильного диагноза.

Определение дней менструального цикла в момент возникновения заболевания, отсутствие указаний на приступы аппендицита позволяют заподозрить апоплексию. Если женщина отрицает половую жизнь, а клиническая картина заболевания напоминает таковую при внематочной беременности, то также следует предполагать апоплексию яичника. Во многих случаях уточнение диагноза не имеет большого значения, так как операцию производят по поводу внутрибрюшного кровотечения.

При апоплексии яичника, если удастся во время установить диагноз и нет обильного внутреннего кровотечения (нормальные частота пульса и артериальное давление), можно ограничиться консервативными мероприятиями (покой, холод на низ живота). При значительном кровотечении показана операция — чревосечение резекция или ушивание яичника. Операцию следует производить! максимально консервативно. Яичник надо удалять только при массивном кровоизлиянии, целиком поражающем его ткань. При разрыве желтого тела беременности его следу ет ушить, не производя резекцию яичника, иначе беременность прервется.

Нередко наблюдается сочетание апоплексии яичника с трубной беременностью и острым аппендицитом, двусторонней апоплексии яичников, поэтому во время операции необходим осмотр обоих яичников, маточных труб и червеобразного отростка.

Разрыв яичника может произойти при его гиперстимуляции, которая возникает при применении современных средств, стимулирующих овуляцию. Препараты, используемые для индукции овуляции, в ряде случаев дают значительный побочный эффект. Наиболее серьезным является синдром гиперстимуляции яичников. В тяжелых случаях он характеризуется значительным увеличением яичников, появлением асцита, плеврального выпота, тромбоэмболического феномена.

Если женщина принимала препараты типа кломифена для стимуляции яичников и у нее обнаружены их увеличение и ряд других симптомов (расстройство деятельности желудочно-кишечного тракта, отечность, олигурия, боли внизу живота), то лечение, направленное на индукцию овуляции, следует прекратить.

Используя препараты, усиливающие диурез, ограничение приема жидкости, медикаменты для поддержания интраваскулярного объема за счет увеличения объема плазмы, снижения проницаемости капилляров и предотвращения тромбоэмболии, в большинстве случаев удастся обойтись без операции.

АБОРТ

В практической деятельности гинекологу часто приходится оказывать неотложную помощь при самопроизвольном аборте. Причины самопроизвольного прерывания беременности многообразны: сердечно-сосудистые заболевания, острые и хронические инфекции, инфантилизм, эндокринные нарушения и т. д. Патологические состояния могут приводить к гибели плодного яйца, которое затем изгоняется из полости матки как инородное тело. При оказании помощи больным с самопроизвольным абортом надо учитывать заболевания, которые ему предшествовали. Женщины нуждаются не только в операции удаления плодного яйца, но и в лечении того заболевания, которое послужило причиной самопроизвольного аборта.

Самопроизвольный аборт сопровождается схваткообразными болями внизу живота и кровотечением. Кровотечение может быть обильным и приводить к резкой ане-мизации больной.

В течении самопроизвольного аборта различают следующие стадии: угрожающий, начинавшийся аборт, аборт «в ходу», неполный аборт, полный аборт. Установление диагноза, как правило, не представляет трудностей. При угрожающем и начавшемся аборте определяется матка, увеличенная соответственно сроку беременности или несколько уменьшенная (при изгнании плодного яйца).

Состояние шейки матки зависит от стадии аборта. При начавшемся аборте возникает частичная отслойка плодного яйца от стенок матки, появляются кровянистые выделения из

половых путей. Шейка матки укорочена, наружный зев приоткрыт, отмечаются схваткообразные боли внизу живота. При аборте «в ходу» шейка матки свободно пропускает палец, которым за внутренним зевом обнаруживают плодное яйцо. Иногда плодное яйцо находится в канале шейки матки. При этом, как правило, наблюдаются обильное кровотечение и схваткообразные боли внизу живота.

При неполном аборте эмбрион изгоняется из полости матки, но в матке остаются части плодного яйца. Кровянистые выделения могут быть обильными. Шейка матки приобретает обычную конфигурацию, но зев приоткрыт. Схваткообразные боли внизу живота носят менее интенсивный характер, но полностью не прекращаются. В редких случаях при малом сроке беременности плодное яйцо полностью изгоняется из матки, тело ее сокращается. Шейка матки приобретает обычную конфигурацию, наружный зев закрыт. Такие больные не нуждаются в выскабливании.

При оказании срочной помощи врач чаще имеет дело с абортом «в ходу» или с неполным абортом. Ввиду обильного кровотечения больные нуждаются в срочном удалении остатков плодного яйца (выскабливание матки) и децидуальной оболочки. Операцию следует производить под кратковременным наркозом (сомбревин внутривенно) или парацервикальной анестезией. Перед операцией обязательно зондирование матки. Это необходимо для того, чтобы знать, в каком направлении следует вводить инструменты. Пренебрежение этим элементарным приемом может привести к перфорации матки.

При аборте «в ходу», а также при неполном аборте расширения канала шейки матки, как правило, не требуется. Плодное яйцо кюреткой отслаивают от стенок матки а затем удаляют его абортцангом. Если с самого начала использовать абортцанг, то при перфорации (всегда следует помнить о возможности этого осложнения) можно нанести внутренним органам тяжелые повреждения. Абортцанг в начале операции можно применять только в тех случаях, когда плодное яйцо находится в канале шейки матки.

Во время операции выскабливания матки кровотечение усиливается. Это объясняется отделением оболочек от стенок матки. После удаления остатков плодного яйца матка сокращается и кровотечение прекращается.

При кровотечении, которое начинается после опорожнения матки и не останавливается под влиянием сокращающих матку средств, в редких случаях приходится прибегать к ее тампонаде. Для этого длинным бинтом туго тампонируют всю полость матки. Тампон не только механически сдавливает кровоточащие сосуды, но и, раздражая рецепторы матки, вызывает ее сокращения. Более 24 ч тампон в матке не должен находиться, так как происходит его инфицирование. Если необходимо, то его можно сменить на следующий день. В очень редких случаях при атонических кровотечениях после аборта производят чревосечение и удаление матки. Следует также помнить, что кровотечения могут быть обусловлены заболеванием крови.

Аборт «в ходу» и неполный аборт всегда сопровождаются той или иной степенью анемизации и инфицирования, поэтому такие больные нередко нуждаются в антибактериальной, десенсибилизирующей и противоанемической терапии. Такое лечение является профилактикой развития генерализованной инфекции (послеабортный сепсис).

Редкой, но очень тяжелой патологией является шеечная беременность. Причинами ее могут быть неполноценность слизистой оболочки матки (неоднократные аборты, воспалительные изменения и др.) или сниженная способность плодного яйца к нидации. В этих случаях оно имплантируется и начинает развиваться в канале шейки матки. Шейка матки приобретает бочкообразную форму. Наружный зев не расположен по центру, а значительно сдвинут в сторону, кзади или кпереди в зависимости от того, на каком участке шейки матки находится плодное яйцо. Тело матки более плотное, чем шейка, и нередко меньше ее по размерам.

Для шеечной беременности характерно раннее возникновение длительных кровянистых выделений из половых путей. Шеечная беременность диагностируется, как правило, тогда, когда начинается кровотечение. Эта патология очень редкая. Врач на протяжении ряда лет может с ней не встречаться, и мысль о ее наличии не приходит ему в голову.

При обследовании больной необходимо обратить внимание на форму шейки матки и расположение наружного зева. Ввести палец в канал шейки матки, как правило, не удается. Если есть возможность, то надо произвести ультразвуковое исследование.

Попытки инструментального удаления плодного яйца при шеечной беременности сопровождаются возникновением профузного кровотечения. В таких случаях необходимо туго тампонировать шейку матки на время, необходимое для подготовки к операции, и в срочном порядке произвести экстирпацию матки. Попытки лечить этих больных консервативно, как правило, неэффективны. Иногда после тампонады кровотечение останавливается, но через несколько часов возобновляется. Женщина теряет много крови, и нередко дополнительная кровопотеря оказывается роковой.

При установлении диагноза шеечной беременности показана срочная операция — экстирпация матки. Следует подчеркнуть, что иногда за шеечную беременность ошибочно принимают аборт «в ходу», когда плодное яйцо изгоняется из полости матки в шейку. В этих случаях шейка матки также приобретает бочкообразный вид, но наружный зев располагается в центре. Пальцем, введенным в канал шейки матки, можно со всех сторон «обойти» плодное яйцо, после чего оно легко удаляется из канала. В этих случаях следует выскабливать не только канал, но и полость матки, учитывая, что там могут остаться части плодного яйца. После выскабливания кровотечение прекращается.

Нередко женщина после самопроизвольного изгнания плодного яйца не обращается к врачу, хотя в матке могут остаться части плодного яйца и децидуальная оболочка.

В таких случаях имеется реальная опасность инфицирования содержимого матки.

Проблема септической инфекции при внебольничных абортах не разрешена. Инфекция возникает при наличии в матке значительной раневой поверхности. Часто она развивается на фоне сниженной иммунологической реактивности, нередко у женщин, ослабленных экстрагени-тальными заболеваниями.

Если инфекция ограничивается маткой, то можно говорить о неосложненном лихорадочном аборте. Это заболевание характеризуется повышением температуры тела, лейкоцитозом, увеличением СОЭ. Явления общей интоксикации отсутствуют. Отмечаются мутные кровянистые выделения с запахом. При таком состоянии показано инструментальное удаление остатков плодного яйца из полости матки.

Некоторые акушеры при неосложненном лихорадочном аборте придерживаются другой тактики: проводят антибактериальную, десенсибилизирующую и общеукрепляющую терапию и лишь после нормализации температуры тела и показателей крови производят опорожнение полости матки.

Распространение инфекции за пределы матки (на придатки и тазовую брюшину) сопровождается значительным ухудшением общего состояния больной, повышением температуры тела, тахикардией, ознобом, ухудшением картины крови. При влагалищном исследовании выявляется резкая болезненность в области матки и придатков. В такой ситуации необходимо проводить интенсивную антибактериальную, десенсибилизирующую и общеукрепляющую терапию до стихания явлений воспаления и нормализации картины крови, после чего можно произвести опорожнение полости матки.

Наличие профузного кровотечения даже при высокой! температуре тела и явлениях общей интоксикации заставляет прибегать к выскабливанию матки или пальцевому удалению остатков плодного яйца по жизненным показаниям, после чего, как правило, кровотечение останавливается. Это мероприятие проводится на фоне интенсивной антибактериальной терапии.

При генерализации инфекции возникает сепсис, который может начаться с бактериального шока. Сепсис и бактериальный шок являются показанием к удалению очага инфекции. Можно начать с удаления плодного яйца. Если же дальнейшая терапия неэффективна, то приходится удалять матку. Удаление источника инфекции позволяет надеяться на выздоровление.

В поздние сроки беременности самопроизвольный выкидыш протекает по типу преждевременных родов. Тактика врача зависит от степени раскрытия шейки матки, наличия

или отсутствия кровотечения и инфекции. Если нет обильного кровотечения, то надо пытаться путем использования средств, сокращающих матку (окситоцин, простагландин F_{2a} и др.), добиться изгнания плода. При большом сроке беременности (24—25 нед) иногда рождаются плод и плацента. Если же возникает кровотечение, а родовые пути не подготовлены и раскрытие шейки матки отсутствует, то приходится производить малое кесарево сечение или же операцию влагалищного кесарева сечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СРЕДСТВ КОНТРАЦЕПЦИИ

В настоящее время для регуляции рождаемости широко используются различные контрацептивные средства. Оптимальным методом предупреждения беременности у большинства женщин является применение внутриматочных средств (ВМС). Вводить их рекомендуется в первой половине менструального цикла. Имеется большое число моделей различных спиралей, колец, пружин, в состав которых входят медь и гестагены.

У большинства женщин (98%) этот метод предупреждения беременности оказывается не только эффективным, но и относительно безопасным. Однако у некоторых пациенток возникают осложнения: боли, кровотечения, воспалительные заболевания матки и придатков. Если кровянистые выделения не обильные, то торопиться с удалением ВМС не следует, так как они могут прекратиться без лечения. При обильном кровотечении или сильных болях ВМС надо извлечь, после чего кровотечение прекращается. При возникновении воспалительного процесса показано удаление спирали и проведение противовоспалительной терапии.

В некоторых случаях нити спирали оказываются оборванными, и тогда извлечь ее из матки значительно сложнее. Лучше осуществлять это под кратковременным наркозом. Иногда приходится даже расширять шейку матки до № 8—9 расширителя Гегара. ВМС осторожно удаляют, захватив корнцангом или каким-либо другим инструментом. ВМС легче удалить из матки под контролем ультразвукового исследования или гистероскопии.

В редких случаях ВМС может проникнуть в толщу миометрия или даже пенетрировать в брюшную полость. Такие больные нуждаются в срочном оперативном лечении. Мы наблюдали больную, у которой ВМС располагалось в брыжейке сигмовидной кишки. Конец ее «впивался» в стенку кишки, что могло привести к ее ранению со всеми вытекающими отсюда последствиями. ВМС было удалено во время чревосечения.

ТРАВМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА

Гинекологу нередко приходится встречаться с травматическими повреждениями наружных половых органов и влагалища. При ушибах в области наружных половых органов появляются обширные гематомы. Лечение заключается в создании покоя, местном применении холода. В дальнейшем проводят рассасывающую терапию.

При увеличении гематомы необходимо вскрыть кожу в области наибольшего выпячивания, удалить сгустки крови и обшить кровоточащие сосуды. При свежей гематоме рану можно зашить наглухо.

Если после травмы прошло несколько часов и имеются признаки инфицирования, то хирургическая тактика должна быть другой. После вскрытия, опорожнения гематомы и ушивания кровоточащих участков рану ушивают, а полость гематомы дренируют. В течение нескольких дней полость промывают дезинфицирующими растворами (перекись водорода, диоксидин, фурацилин и др.). Следует использовать два дренажа — для введения и оттока дезинфицирующей жидкости. После того как промывная жидкость станет прозрачной, дренажи удаляют.

При ранении наружных половых органов, которое возникает во время падения на острые предметы, согласно общехирургическим правилам, надо произвести первичную обработку и ушивание раны. Необходимо также ввести противостолбнячную сыворотку.

Встречаются случаи, когда после полового сношения происходят глубокие разрывы влагалища вплоть до разрыва сводов, проникающего в брюшную полость. Такие разрывы сопровождаются обильным кровотечением. Ушивание разрывов влагалища следует производить в срочном порядке и обязательно под общим наркозом. Учитывая обильное кровоснабжение влагалища, очень важно убедиться в том, что обшиты все кровоточащие участки ткани и полностью восстановлена целостность стенок влагалища. Особенно опасны разрывы боковых стенок влагалища, так как в этом месте проходят влагалищные ветви маточной артерии.

Наиболее тяжелые травмы возникают при аномалиях развития влагалища (полная или частичная аплазия). У таких больных возможны одновременные тяжелые повреждения уретры и прямой кишки, что также сопровождается обильным кровотечением.

Восстановление целостности травмированных органов представляет значительные технические трудности и доступно лишь опытному хирургу. В послеоперационном периоде применение антибиотиков обязательно, так как эти раны всегда инфицированы.

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Эндокринные расстройства и их лечение представляют обширный и сложный раздел гинекологии. В настоящей работе приведены лишь краткие сведения, необходимые для понимания тех ситуаций, которые могут потребовать неотложной помощи при этой патологии.

«Дисфункциональные маточные кровотечения — это кровотечения, обусловленные нарушением ритмической секреции гормонов яичника и не связанные ни с органическими заболеваниями половых органов, ни с системными заболеваниями» [Кузнецова М. Н., 1.981]. Причины возникновения дисфункциональных маточных кровотечений разнообразны: нарушение секреции гормонов вследствие заболеваний, психических потрясений, гиповитами-нозы, интоксикации, нарушение функции щитовидной железы, надпочечников и других желез внутренней секреции.

Заболевание может возникнуть в юношеском, детородном возрасте и в период менопаузы. В детородном возрасте эта патология часто является следствием воспалительных процессов в половых органах.

В период половой зрелости дисфункциональные маточные кровотечения встречаются реже вследствие устойчивых взаимоотношений в системе гипоталамус — гипофиз — яичники — матка.

В период менопаузы происходит возрастная перестройка в гипоталамических центрах, которые регулируют выделение гипофизом гонадотропинов, нарушается цикличность выделения этих гормонов и соответствующих гормонов яичника. Нарушение нейрогуморальных взаимоотношений может быть обусловлено также первичными изменениями яичников и матки.

Дисфункциональные маточные кровотечения разделяют на ановуляторные и овуляторные.

Ановуляторные кровотечения обусловлены отсутствием овуляции и лютеиновой фазы цикла. Возникает или персистенция фолликула, или атрезия нескольких фолликулов. Персистирующие фолликулы в большом количестве выделяют эстрогены. При атрезии фолликулов наступает состояние гипоэстрогении. При том и другом процессе наблюдается избыточный рост эндометрия. Обычно через 6—8 нед начинается кровотечение.

Персистирующие и атретические фолликулы подвергаются обратному развитию. Происходит спад уровня гормонов (эстрогенов) в крови, и на этом фоне возникает кровотечение. В эндометрии нарушается кровообращение, увеличивается проницаемость капилляров, появляются участки дистрофии, некрозы. Отторжение некротизированной слизистой происходит медленно, что и обуславливает длительность кровотечения. Дисфункциональные маточные кровотечения не сопровождаются болевым синдромом.

Ановуляторные кровотечения возникают, как правило, в различные сроки аменореи:

при персистенции фолликула — через 4—8 нед, при атретических фолликулах — через 3—4 мес. При персистенции фолликула кровотечения более обильные, иногда носят профузный характер. В процессе кровотечения могут возникнуть вторичные нарушения свертывания крови, которые исчезают при нормализации менструального цикла.

Диагноз ановуляторного кровотечения ставится на основе характерного анамнеза: возникновение кровотечения после задержки менструации, монофазная базальная температура, высокий или сниженный КПИ. При наличии, атретических фолликулов эти симптомы менее выражены.

В соскобе эндометрия (лучше в первые дни кровотечения) при гистологическом исследовании определяются различные виды гиперплазии эндометрия, иногда им сопутствует эндометрит.

Дисфункциональные маточные кровотечения могут также возникнуть при овуляторном цикле, когда имеет место недостаточность второй фазы цикла.

Дисфункциональные маточные кровотечения приходится дифференцировать от многих форм патологии, которые сопровождаются кровотечениями (аборт, прервавшаяся трубная беременность, опухоли матки, гормонпродуцирующие опухоли яичников и т. д.).

У большинства больных с дисфункциональными маточными кровотечениями врач имеет возможность провести тщательное обследование для установления его причины и назначить соответствующую терапию.

Иногда маточные кровотечения настолько обильные, что требуют оказания неотложной помощи, при этом врач должен быстро принять меры для его остановки. Тактика врача во многом зависит от возраста пациентки.

При ювенильных кровотечениях обычно используют консервативные методы терапии. В детородном возрасте и, особенно, при кровотечениях в период пременопаузы терапию следует начинать с выскабливания слизистой оболочки матки (лучше под контролем гистероскопа), после чего кровотечение останавливается. Гистологическое исследование соскоба позволяет уточнить диагноз. Если после выскабливания матки и при наличии гиперпластического процесса в эндометрии больные не лечатся, то вновь возникает кровотечение, так как причина этой патологии не устранена.

В том случае, если незадолго до возникновения кровотечения уже произведено диагностическое выскабливание матки и имеются результаты исследования соскоба эндометрия (гиперплазия слизистой оболочки матки), следует использовать один из методов гормонального гемостаза.

Эстрогенный гемостаз заключается в интенсивном введении эстрогенов, вызывающих пролиферацию эндометрия. Для этого применяют 0,1% раствор синэстрола по 1 мл внутримышечно через 2—4 ч или фолликулин по 10 000—20 000 МЕ, или 0,1% раствор диэтилстильбестрола. Кровотечение обычно ослабевает или останавливается через 24—48 ч. После остановки кровотечения гормонотерапию следует продолжать 2—3 нед. Дозу эстрогенов уменьшают в несколько раз, а затем в течение 6—8 дней больной назначают прогестерон по 10 мл внутримышечно. После прекращения введения прогестерона наступает менструальноподобная реакция.

Прогестероновый гемостаз основан на способности гестагенов вызывать десквамацию эндометрия («медикаментозный кюретаж»). Прогестерон вводят внутримышечно по 10—15 мг в течение 5—6 дней. В начале лечения прогестероном кровотечение, как правило, усиливается, затем постепенно уменьшается и прекращается.

В настоящее время для гормонального гемостаза используют синтетические прогестины. Подробно этот вопрос рассмотрен в специальном руководстве («Гинекологическая эндокринология» под ред. К. Н. Жмакина, 1982).

Глава IV

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Развитие гинекологии детского возраста как отдельного научного направления значительно расширило представления об особенностях заболеваний половых органов у девочек. В настоящее время разработаны принципы организации лечебно-профилактической помощи при гинекологических заболеваниях детей и подростков, которые предусматривают: 1) проведение широкой санитарно-просветительной работы среди девочек, родителей и педагогов в детских дошкольных учреждениях и школах; 2) организацию районных кабинетов гинекологии детей и подростков; 3) создание специализированных гинекологических стационаров и консультативных кабинетов [Кузнецова М. Н. и др., 1981]. Несмотря на успехи в области оказания гинекологической помощи девочкам и подросткам, нередко возникают ситуации, требующие неотложной помощи.

ОПУХОЛИ

Опухоли у детей и подростков встречаются относительно редко. Данные о характере и клиническом течении опухолей противоречивы и зависят от контингента госпитализируемых больных. В литературе имеются сообщения о том, что опухоли половых органов у девочек в 50% случаев могут быть потенциально злокачественными.

В детском и подростковом возрасте могут возникнуть опухоли половых органов различного строения. Герминогенные опухоли нередко обнаруживаются до полового созревания. Остальные могут иметь место в начале полового созревания, что косвенно указывает на роль гормональных воздействий в их возникновении. По морфологическому строению опухоли, присущие молодому возрасту, делятся на доброкачественные (зрелые тератомы, дермоидные кисты) и злокачественные (тератобластомы).

Эти опухоли относятся к герминогенным опухолям. Среди опухолей стромы полового тяжа заслуживают упоминания дисгерминомы.

Разнообразные сведения о частоте возникновения и клиническом течении различных опухолей, часто основанные на единичных наблюдениях, не дают четкого представления о состоянии вопроса. Мы считаем необходимым кратко описать опухоли половых органов у детей и подростков, исходя в основном из собственных наблюдений за 150 больными. Согласно полученным данным, опухоли у детей и подростков не являются большой редкостью: около 4% больных в возрасте до 18 лет, лечившихся в гинекологическом отделении, имели опухоли и опухолевидные образования половых органов.

Заболевания, по поводу которых операции производятся детям и подросткам, значительно отличаются от таковых у взрослых. Большинство девочек были оперированы в связи с выявлением опухолей и опухолевидных образований придатков матки, тогда как взрослых женщин оперируют чаще всего по поводу опухолей матки, в частности миомы.

У детей и подростков встречаются разнообразные опухоли и опухолевидные образования. В табл. 4 приве-

Т а б л и ц а 4

Показания к оперативному вмешательству у детей и подростков (собственные наблюдения)

Нозологические формы	%
Опухоли яичников:	51,3
доброкачественные	49,5
злокачественные	1,8
Опухолевидные образования придатков матки:	19,3
кисты (фолликулярные и др.)	7,4
эндометриоидные	2,8
тубоовариальные	9,0
Апоплексия яичника	0,95

Перекрут придатков матки	0,95
Паровариальные кисты	18,3
Рак тела матки	0,9
Саркома шейки и тела матки	1,8
Рак и саркома влагалища	3,8
Атерома и папилломатоз вульвы	1,8
Забрюшинная опухоль в малом тазе	0,9
Всего...	100,0

дены заболевания половых органов у девочек и подростков, которые явились показанием к оперативному вмешательству.

У детей и подростков опухоли и опухолевидные образования возникают наиболее часто в придатках матки. По нашим данным, чаще встречаются доброкачественные опухоли, которые обычно выявляются в период полового созревания. Следует подчеркнуть, что число девочек со злокачественными опухолями яичников среди больных поступающих в онкологические стационары, больше, чем в гинекологические, из-за специфики госпитализации. Врач должен всегда помнить о том, что у девочки может иметь место злокачественная опухоль.

Доброкачественные опухоли характеризуются быстрым ростом. Нередко опухоли и опухолевидные образования придатков матки сочетаются с аппендицитом.

При отсутствии осложнений (перекрут ножки опухоли, нагноение) доброкачественные опухоли яичников у детей имеют более легкое течение, чем у взрослых. Боли, как правило, появляются только при значительных размерах овариального образования. Спаечный процесс в малом тазе у детей наблюдается крайне редко.

Кисты яичников у девочек и девушек встречаются реже, чем у взрослых. По-видимому, фолликулярные кисты небольших размеров остаются нераспознанными.

В связи с особенностями анатомического строения (длинная ножка) перекрут опухоли яичника чаще всего происходит при наличии дермоидной кисты. Указанная опухоль имеет тератоидное происхождение и может выявиться в любом возрасте (описаны случаи перекрута ножки опухоли у девочек 4 и 5 лет, причем опухоли были значительных размеров). При этом возникают симптомы острого живота.

Злокачественные новообразования яичников (тератобластомы, дисгерминомы) также могут быть причиной возникновения состояний, требующих неотложной помощи. Как и у взрослых, у детей с опухолями яичников необходимость срочной операции обусловлена тем, что оперативное вмешательство не было проведено вовремя. Принцип, который обязателен при лечении женщин с опухолью яичника (незамедлительная операция), в полной мере применим и к детям.

У детей и подростков редко имеют место гормонпродуцирующие опухоли. Чаще возникают гранулезоклеточные опухоли, реже — текомы.

Феминизирующие опухоли яичников у девочек, как правило, характеризуются яркими клиническими проявлениями, которые обусловлены тем, что опухоль продуцирует большое количество эстрогенных гормонов. У девочек возникают признаки преждевременного полового созревания: увеличиваются молочные железы, появляются вторичные половые признаки (рост волос на лобке, увеличение клитора и половых губ) и маточные кровотечения, которым предшествуют менструальноподобные выделения.

Омужествляющие опухоли яичников у детей и подростков являются казуистикой. Если имеются симптомы вирилизации, то можно заподозрить маскулинизирующую опухоль яичника. Может наблюдаться задержка полового развития как симптом развития маскулинизирующей опухоли, хотя это явление чрезвычайно редкое. Дифференциальная диагностика в этих случаях трудна. Больные нуждаются в обследовании в специализированном стационаре.

В качестве примера приводим следующее клиническое наблюдение.

Больная 15 лет в течение 6 мес лечилась в различных эндокринологических стационарах, так как у нее возникли тяжелая форма гипертонической болезни и ожирение. Артериальное давление достигало 37,3/18,7 кПа (280/140 мм рт. ст.). Уровень альдостерона в крови в 10 раз превышал норму. Многократные исследования и попытки лечения безрезультатны. Через 6 мес от начала заболевания она консультирована гинекологом. В малом тазе обнаружена бугристая опухоль размером 12X12X14 см. Больная оперирована. Удалена опухоль типа злокачественной арренобластомы. Артериальное давление снизилось до нормы на следующий день после операции.

В описанном случае своевременная операция позволила бы предупредить развитие ожирения и тяжелой формы гипертонии. Кроме того, при злокачественной опухоли при ранней операции возможны благоприятные отдаленные результаты.

Опухоли наружных половых органов, влагалища и матки встречаются в детском и юношеском возрасте редко (8% по отношению ко всем опухолям и опухолевидным образованиям придатков матки). Как правило, эти новообразования имеют злокачественный характер (саркома влагалища, шейки или тела матки).

При развитии злокачественного новообразования из половых путей отмечаются кровянистые выделения с неприятным запахом, которые служат ведущим симптомом заболевания. Позднее к ним присоединяются боли различной интенсивности. В случае появления кровянистых выделений из влагалища у девочек раннего возраста родители обычно быстро обращаются к врачу. Более старшие девочки (после наступления менархе) длительное время не обращаются за медицинской помощью, и это нередко приводит к тому, что заболевание диагностируется в запущенной стадии.

Врач должен помнить, что если образование исходит из яичника, то это скорее всего опухоль, а не киста. Если опухоль возникает в области наружных половых органов, влагалища или тела матки, то надо предполагать злокачественное новообразование. Диагностика опухолей и опухолевидных образований матки и придатков у девочек часто представляет значительные трудности. Это в значительной мере объясняется недостаточным знакомством врачей с опухолями у детей и подростков.

Нередко диагноз ставят несвоевременно потому, что забывают о возможности возникновения опухоли у девочки или девушки. При жалобе на боли внизу живота и изменения поведения педиатр должен направить ребенка на консультацию к гинекологу. Опухоль, как правило, легко пальпируется через брюшные покровы. Диагноз подтверждается во время ректального исследования. У девочек матка и придатки располагаются относительно высоко и лишь к концу полового созревания спускаются в малый таз и занимают такое же положение, как у взрослых женщин.

Ограниченные размеры малого таза не позволяют опухолям располагаться в его полости даже при сравнительно небольших овариальных образованиях. Эти же анатомические особенности обуславливают отсутствие симптомов сдавления мочевого пузыря и прямой кишки. По показаниям ректальное исследование можно произвести под наркозом. Кратковременный наркоз обеспечивает достаточную релаксацию мышц передней брюшной стенки и облегчает пальпацию внутренних половых органов. При сомнительном диагнозе показано ультразвуковое или рентгенологическое исследование малого таза в условиях пневмоперитонеума.

Как показывает наш опыт, нередко при опухоли яичника ошибочно диагностируют беременность. При этом девочке по вине врача наносится тяжелая моральная травма. При установлении диагноза беременности прежде, чем поставить об этом в известность родителей и педагогов, необходимо подтвердить его (консультация гинеколога, ультразвуковое исследование, определение ХГ).

Дифференцировать опухоли и опухолевидные образования придатков матки у девочек приходится прежде всего от аппендицита, особенно при перекруте ножки опухоли. Ректальное исследование помогает уточнить диагноз. Сочетание опухоли яичника и аппендицита наблюдалось у каждой пятой из оперированных нами больных.

Новообразование яичника может симулировать дистопированная почка или ее опухоль, а также переполненный мочевой пузырь. Во избежание подобных ошибок ректальное

исследование необходимо производить при опорожненном мочевом пузыре. При подозрении на патологию почки показана внутривенная пиелография.

Для уточнения диагноза опухолей и опухолевидных образований половых органов у девочек рекомендуются дополнительные исследования: вагиноскопия, эндоскопия, рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, ультразвуковое исследование.

Оперативное лечение, проводимое у детей и подростков по поводу опухолей половых органов, должно быть максимально консервативным (частичная резекция яичника или вылушение опухоли). При паровариальной кисте производят только ее вылушение. Удалять полностью придатки матки приходится при перекруте ножки опухоли, когда ткань яичника настолько изменена, что оставлять ее нельзя.

Особое значение имеет проведение срочного гистологического исследования удаленного препарата, так как от его результатов во многом зависит объем оперативного вмешательства. Если у женщины в климактерическом периоде или постменопаузе вопрос о расширении вмешательства нередко решается на основании визуального осмотра пораженного органа, то у детей радикальная операция должна быть обоснована гистологически подтвержденной злокачественностью новообразования. Девочек и девушек необходимо направлять в специализированные стационары, где есть возможность проведения дополнительных исследований и где работают высококвалифицированные специалисты.

Необходимость срочного оперативного вмешательства, как и у взрослых, возникает при перекруте ножки опухоли, разрыве капсулы, нагноении ее.

Осмотр червеобразного отростка во время операции обязателен, так как из-за хронического его воспаления у большого числа девочек приходится одновременно производить аппендэктомию. В равной степени во время аппендэктомии необходим осмотр придатков, поскольку наблюдаются случаи удаления аппендикса и оставления овариального образования с перекрутом его ножки. Нам неоднократно приходилось оперировать таких больных.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Причин воспаления придатков матки у девочек значительно меньше, чем у взрослых женщин. Крайне редко эти заболевания обусловлены развитием септической инфекции и гонореи. В детском возрасте могут встречаться воспалительные процессы придатков матки туберкулезной этиологии. Тяжелое течение воспалительных процессов у девочек наблюдается при нагноении гематосальпинкса, возникшего в результате порока развития внутренних половых органов. Заболевание протекает с типичной клинической картиной острого живота.

Наиболее частой причиной воспаления придатков матки у девочек являются заболевания толстого кишечника, особенно аппендицит. Это объясняется тесными анатомическими связями между червеобразным отростком и придатками матки. Воспалительный процесс червеобразного отростка нередко распространяется на придатки матки.

Воспаление придатков матки может возникнуть спустя несколько месяцев после аппендэктомии, что, по-видимому, можно объяснить скрыто протекающим воспалительным процессом, который проявляется после какого-либо провоцирующего воздействия (охлаждение, экстрагени-тальная инфекция и т. д.).

Клиническая картина характеризуется внезапными появлениями болей внизу живота, которые сопровождаются тошнотой и рвотой, учащенным мочеиспусканием и значительным повышением температуры тела. После исчезновения острых явлений в животе обнаруживают «опухоль». Диагностика нередко бывает запоздалой, так как врачам не приходит в голову связать заболевание с воспалением придатков. При осмотре обнаруживаются болезненные образования в области придатков матки. У таких больных

при осмотре, произведенном через прямую кишку, выявляется болезненность матки при ее смещении. Кзади от матки, чаще справа, пальпируется болезненное образование различной величины и формы.

Консистенция его неравномерная (местами плотная, местами тугоэластическая), поверхность чаще неровная, Характерно отсутствие подвижности опухолевидных образований.

Во время операции чаще всего выявляются гнойные тубоовариальные образования придатков матки, иногда спаянные с аппендиксом. Мы наблюдали больную, у которой произошла самоампутация гангренозного червеобразного отростка, интимно сращенного с гнойным тубоо-вариальным образованием. Следует отметить, что при сочетании гнойных тубоовариальных образований с воспалительными изменениями червеобразного отростка оперативное лечение нередко сопряжено со значительными трудностями.

Из изложенного вытекают важные практические выводы. При установлении диагноза аппендицита у девочек обязательна консультация гинеколога для выяснения состояния придатков матки. Во время операции по поводу аппендицита необходимо осматривать придатки матки, чтобы своевременно выявить воспалительные изменения, а при операциях по поводу воспалительных образований придатков матки осматривать червеобразный отросток и при изменениях его производить аппендэктомию.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ВЛАГАЛИЩА И МАТКИ

Изучение генеза врожденных аномалий развития уро-генитальной системы привлекает внимание многих исследователей. Это связано с тем, что такие пороки не только вызывают тяжелые страдания женщины, но и являются причиной нарушения репродуктивной функции. Ряд авторов высказывают мнение о возможной роли средовых факторов в периоде эмбриогенеза (интоксикация, температурные воздействия и др.).

Наследственные факторы в виде хромосомных и генных мутаций также могут быть причиной возникновения пороков развития. По нашим данным, отягощенная наследственность имела место у 40% женщин (самопроизвольные выкидыши, ранняя детская смертность неясной причины, нарушение менструальной функции, бесплодные браки, пороки развития у родственников). Часто возраст родителей превышает 35—40 лет. Матери многих больных ранее находились в стрессовых ситуациях, связанных с войной, длительным голоданием, травмой. У ряда больных родители страдали алкоголизмом или имели контакт с профессиональными вредностями (химическое производство, радиоактивные вещества).

Одной из частых причин срочного оперативного вмешательства у девочек являются аномалии развития влагалища и матки. В периоде полового созревания клинически проявляются пороки развития, сопровождающиеся полной или частичной задержкой оттока менструальной крови.

Полным нарушением оттока менструальной крови характеризуется аномалия развития влагалища при нормально функционирующей матке. Матка у этих больных занимает правильное срединное положение, нижний полюс ее достигается при ректоабдоминальном исследовании. Эта патология проявляется с наступлением возраста менархе и часто требует неотложной хирургической помощи. Во многих случаях допускают диагностические ошибки: ставят диагноз опухоли яичника, аппендицита и т. д. Девушек с острыми болями внизу живота ошибочно подвергают необоснованным, иногда неоднократным чревосечениям. Нередко удаляют матку в тех случаях, когда следует лишь рассечь перегородку влагалища. В процессе диагностики необходимо обращать внимание на величину отсутствующей части влагалища, время и интенсивность болевого синдрома, а также размеры опухолевидного образования в малом тазе. Речь может идти об атрезии девственной плевы, аплазии нижней трети влагалища, аплазии двух нижних третей влагалища, отсутствии верхней трети влагалища и, наконец, полном отсутствии влагалища при функционирующей матке.

Наиболее просты диагностика и лечение атрезии гимена. У этих больных в области

входа во влагалище выбухает образование синюшного цвета, которое хорошо видно при осмотре наружных половых органов. Лечение заключается в рассечении гимена.

Труднее установить диагноз в тех случаях, когда отсутствует от одной до двух третей влагалища. При ректоабдоминальном исследовании в центре малого таза определяется опухолевидное образование иногда в форме песочных часов. При растянутой шейке матки образуется общее вместилище для менструальной крови (растянутые матка, шейка и влагалище). Хирургическая коррекция заключается в восстановлении проходимости влагалищной трубки путем рассечения перегородки, низведения краев растянутого влагалища и подшивания их в области входа во влагалище.

При отсутствии верхней трети влагалища почти всегда имеет место недоразвитие шейки матки. Боли возникают рано. При ректоабдоминальном исследовании в центре таза определяется округлое образование, болезненное при пальпации. Во время операции производят опорожнение матки, но так как отсутствует канал шейки матки, то впоследствии в этом месте возникает рубцевание, что мешает оттоку менструальной крови. Повторные вмешательства в виде бужирования и рассечения рубцовых тканей в куполе влагалища эффекта, как правило не дают, поэтому часто приходится удалять матку. При полном отсутствии влагалища и функционирующей матке, если имеется шейка ее (в редких случаях), создают искусственное влагалище.

Если удастся произвести опорожнение гематометры через канал шейки матки и вшить ее в верхний купол влагалища, то такая операция обычно является успешной. Если же опорожнение производят через искусственно созданное в матке отверстие и этот участок подшивают к куполу влагалища, то обычно отверстие вскоре облитерируется и вновь возникает гематометра.

В тех случаях, когда при полной задержке оттока менструальной крови операцию производят с опозданием (что бывает часто), возникают гематокольпос (при наличии части влагалища), гематометра и гематосальпинкс. В дни менструального кровотечения наблюдаются сильные боли. При присоединении инфекции содержимое матки и маточных труб нагнаивается. Температура тела повышается, боли резко усиливаются. Возникают перитонеальные явления. В малом тазе пальпируются резко болезненные опухолевидные образования. Такие больные нуждаются в срочной операции. Диагноз устанавливают на основании анамнеза, результатов осмотра наружных половых органов и ректального исследования.

Успех операции в большой мере зависит от того, какая часть влагалища отсутствует. При заращении гимена показано его крестовидное рассечение и опорожнение гематокольпоса. При отсутствии нижней трети влагалища расслаивают ткани в области входа во влагалище, рассекают нижний купол влагалища и подшивают его слизистую оболочку к области входа во влагалище. В случае отсутствия средней трети влагалища рассекают ткани между нижней и верхней третью влагалища и сшивают слизистые оболочки этих участков. При таких формах патологии, как правило, операции эффективны.

Наиболее неблагоприятно отсутствие верхней трети или всего влагалища. У таких больных отсутствуют влагалищные своды, шейка матки, как правило, недоразвита либо отсутствует. Операции, как отмечено выше, малоэффективны и технически сложны.

Частичное нарушение оттока менструальной крови возникает при добавочном замкнутом функционирующем роге матки. Клиническая картина характеризуется рано возникающим резко выраженным болевым синдромом.

Распознать эту патологию трудно (мы наблюдали больных, которым ставился диагноз острого аппендицита и другой внутрибрюшной патологии). Один из действенных дополнительных методов исследования — экскреторная урография, при которой выявляется, что отсутствует почка на стороне замкнутого рога матки. У половины больных, кроме того, отсутствуют придатки матки. Такие больные нуждаются в чревосечении и удалении рудиментарных маток.

Описываемая патология очень трудна для диагностики. Стойкая первичная альгоменорея, кровянистые или гнойные выделения из влагалища, а также наличие

опухолевидного образования в малом тазе позволяют заподозрить аномалию развития. При установлении диагноза хирургическое лечение не представляет трудностей. Иссекают достаточно широко участок замкнутого влагалища, создавая тем самым условия для оттока менструальной крови.

Следует отметить, что при аномалиях развития половых органов часто допускают диагностические ошибки и производят неоправданные хирургические вмешательства. Это объясняется недостаточным знакомством врачей с данной патологией. Между тем ежемесячно повторяющиеся боли внизу живота и опухолевидное образование в малом тазе у девочек пубертатного возраста всегда должны наводить на мысль об аномалии развития половой системы.

Болевой синдром типичен для всех видов аномалий развития половых органов, однако интенсивность и характер болей имеют особенности, обусловленные формой порока развития. При атрезии гимена, аплазии части влагалища и удвоений влагалища и матки с частичной аплазией одного влагалища наиболее характерны периодически повторяющиеся и усиливающиеся ноющие боли. Для девушек с аплазией всего влагалища при функционирующей матке и больных с добавочным замкнутым функционирующим рогом матки более типичны первично схваткообразные боли, которые быстро становятся постоянными и интенсивность которых нарастает. Наиболее тяжелое клиническое течение заболевания наблюдается у девушек с аплазией всего влагалища при функционирующей матке и у больных с добавочным замкнутым функционирующим рогом матки.

В ряде случаев распознавание патологии возможно только после применения дополнительных методов исследования; ультразвукового, рентгенографии органов малого таза в условиях пневмоперитонеума, экстреторной урографии, лапароскопии.

Наибольшие диагностические трудности представляет удвоение влагалища и матки с частичной аплазией одного влагалища и наличием добавочного замкнутого функционирующего рога матки.

Как уже подчеркивалось, у всех больных с подозрением на аномалию развития половых органов обязательно показана экскреторная урография не только потому, что часто аномалия развития матки и влагалища сочетается с аномалией мочевой системы, но и вследствие того, что отсутствие почки, выявленное при экскреторной урографии у больной с альгоменореей, почти достоверно указывает на частично аплазированное влагалище при его удвоении. В этих же случаях можно заподозрить наличие замкнутого рога матки на стороне отсутствующей почки.

Хотя состояние девушек с нарушением оттока менструальной крови, обусловленным аномалией развития гениталий, нередко требует срочного оперативного вмешательства, таких больных следует транспортировать в специализированный стационар для уточнения диагноза и операции, которая нередко представляет значительные технические сложности.

КРОВОТЕЧЕНИЯ

Кровотечение из половых путей у детей и подростков может быть обусловлено нарушением функции яичников, опухолью половых органов, заболеваниями крови и травмой. Внутреннее кровотечение обычно связано с апоплексией яичника. Как правило, апоплексия наблюдается у менструирующих девушек, однако не исключается возможность заболевания и в более раннем возрасте. В литературе имеются сообщения об апоплексии яичника, сопровождавшейся большой кровопотерей, у девочек 8 и 10 лет. Чаще всего в пубертатном возрасте имеют место ювенильные кровотечения.

Ювенильное кровотечение — это дисфункциональное маточное кровотечение периода полового созревания. Оно обусловлено изменением секреции половых гормонов вследствие нарушения нейроэндокринной регуляции менструального цикла в период полового созревания. Возникновению ювенильных кровотечений способствуют хронические и острые инфекционные и соматические заболевания, гиповитаминозы, стрессовые ситуации, неблагоприятное течение антенатального периода развития, так как все эти факторы

отрицательно влияют на гипоталамо-гипофизарно-яичниковую систему.

В юношеском возрасте могут наблюдаться особенно тяжелые формы кровотечения из-за неполного созревания морфологических структур гипоталамуса и других звеньев системы, обеспечивающих правильный менструальный цикл. Наличие гипоплазии матки увеличивает длительность кровотечения. Чаще всего кровотечения имеют ановуляторный характер, развиваются на фоне атрезии фолликулов и быстро приводят к анемии. Большие кровопотери могут вызывать вторичные изменения свертывающей и антисвертывающей систем крови. У девушек с ювенильными кровотечениями нередко отмечаются отклонения в соматическом развитии (инфантильное телосложение или опережающий норму морфотип).

Для больных с ювенильными кровотечениями характерно нарушение менструального цикла: после задержки менструации появляется обильное кровотечение. Часто патологическое кровотечение возникает во время первой менструации.

При установлении диагноза «ювенильное кровотечение» следует прежде всего исключить заболевания крови и органические поражения половых органов (феминизирующие опухоли яичника, опухоли матки или влагалища и т. д.). Заболевания крови необходимо предполагать в тех случаях, когда кровотечение возникает при первой менструации или напоминают меноррагию. Подобные кровотечения наблюдаются при болезни Верльгофа, гипо-проконвертинемии и различных тромбопенических состояниях.

Кровотечения из носа, десен, легкое возникновение подкожных кровоизлияний, цикличность маточных кровотечений указывают на заболевание крови. Исследование ее позволяет уточнить диагноз. Болезнь Верльгофа сопровождается снижением количества тромбоцитов. Ги-проконвертинемия характеризуется низким содержанием протромбина (50—30%). При подозрении на заболевание крови обязательна консультация гематолога, так как диагностику и лечение этих заболеваний, которые иногда проявляются лишь при первой менструации, должен проводить специалист.

Причиной маточных кровотечений могут быть эстрогенпродуцирующие опухоли яичника, а также опухоли матки или влагалища. В этих случаях ректальное и дополнительное исследования (ультразвуковое, вагиноскопия, рентгенография органов малого таза в условиях пневмоперитонеума) помогают уточнить диагноз.

Терапия ювенильных кровотечений должна включать общеукрепляющее лечение, применение сокращающих матку средств и кровоостанавливающих препаратов, гормонотерапию и как крайнее средство — диагностическое выскабливание матки. В ряде случаев кровотечение после применения общеукрепляющей терапии и исключения факторов, вызывающих эмоциональный стресс, может остановиться самостоятельно.

Если кровотечение носит профузный характер, то необходимо принять срочные меры к его остановке. С этой целью применяют эстрогенный гемостаз. Дело в том, что дисфункциональное кровотечение всегда возникает в ответ на спад гормонов в организме. Введение эстрогенов (эти препараты предпочтительны в пубертатном возрасте) ликвидирует этот спад. В слизистой оболочке тела матки вновь возникает пролиферация эндометрия, и кровотечение прекращается. В свою очередь устранение спада гормонов приводит к нормализации соотношений между ФСГ и ЛГ.

Эстрогенный гемостаз осуществляют введением 0,1% раствора синэстрола по 1 мл внутримышечно через 2—4 ч или фолликулина по 10 000—20 000 ЕД через 2—3 ч.

Как правило, кровотечение прекращается через сутки после начала введения гормонов. После остановки кровотечения нельзя сразу же отменять гормоны, так как при этом вновь возникает кровотечение в ответ на спад гормонов. Следует продолжать введение эстрогенов, постепенно снижая их дозу, затем перейти на лечение прогестероном (1 мл 1% раствора внутримышечно в течение 5—6 дней). После отмены прогестерона наступает менструальноподобная реакция.

Во время гормонального гемостаза не следует забывать о проведении общеукрепляющей и антианемической терапии. После оказания экстренной помощи эти больные нуждаются в длительном лечении у специалистов. Имеются другие схемы проведения гормонального гемостаза (с помощью синтетических прогестинов).

Диагностическое выскабливание матки у девушек применяется только по витальным показаниям и при безуспешности всех использованных методов терапии. При выскабливании удаляют некротизированную гиперплазированную слизистую оболочку матки, вследствие чего кровотечение останавливается. При гистологическом исследовании соскоба эндометрия у большинства больных обнаруживают гиперпластические процессы эндометрия вплоть до развития атипичической гиперплазии и аденоматозных полипов.

Больные с ювенильными кровотечениями нуждаются в систематическом наблюдении и лечении у детского гинеколога.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ВО ВЛАГАЛИЩЕ

Повреждение половых органов может произойти при падении на острые предметы, при уличных травмах и т. д. Травмы могут быть очень тяжелыми, с разрывами соседних органов, особенно у маленьких девочек.

Ранение половых органов нередко сопровождается обильным кровотечением, особенно при ранении клитора. Срочная помощь заключается в остановке кровотечения путем лигирования кровоточащих сосудов и восстановления целостности поврежденных тканей. Осмотр девочки с травмой половых органов и ушивание разрывов следует проводить под наркозом. При выраженной анемии показано переливание кровезамещающих жидкостей и крови. Кроме того, надо вводить противостолбнячную сыворотку. Принцип лечения гематом не отличается от такового у взрослых.

Занесение инородных тел во влагалище чаще наблюдается у девочек до 8 лет. Наличие инородного тела вызывает воспалительные изменения слизистой оболочки влагалища. Появляются гнойные выделения, иногда с примесью крови. Обнаружить инородное тело не всегда легко. Уточнить диагноз позволяют осторожно проводимое ректальное исследование и особенно вагиноскопия.

Если инородное тело вызвало воспалительные изменения в окружающих тканях и сращения, то удалять его следует под наркозом, так как эта процедура очень болезненна. Кроме того, беспокойное поведение ребенка не позволяет осторожно, не травмируя окружающие ткани, удалить инородное тело. В некоторых случаях, когда оно подвижно его удается удалить путем продвижения к области входа во влагалище, манипулируя пальцем, введенным в прямую кишку.

Глава V

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ТРЕБУЮЩИЕ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

Необходимость в оказании неотложной помощи может возникнуть после различных процедур и операций: внутри-маточных манипуляций (зондирование, аборт, диагностическое выскабливание матки и пр.), а также оперативных вмешательств. Задача врача в этих случаях состоит в том, чтобы своевременно произвести повторную операцию, обеспечив тем самым успех лечения.

КРОВОТЕЧЕНИЯ

Внутрибрюшное кровотечение после операции встречается редко. Оно может быть связано с техническими трудностями или погрешностями в проведении операции, соскальзыванием лигатур, недостаточно тщательным гемостазом.

Иногда во время операции накладывают лигатуры на отечные ткани. После удаления опухоли отек спадает, лигатуры ослабевают и соскальзывают с перевязанных сосудов. Кровоточивость тканей может быть обусловлена также нарушением свертывания крови, возникшим вследствие большой кровопотери или при нераспознанном заболевании крови.

После травматических операций (обширный спаечный процесс, удаление большого числа миоматозных узлов при консервативной миомэктомии и т. д.) для профилактики образования гематом следует дренировать брюшную полость. Для своевременного распознавания кровотечения необходимо тщательное наблюдение в послеоперационном периоде. Наибольшее значение для диагностики имеют изменение общего состояния больной, снижении артериального давления, учащение пульса, появление цианоза. При наличии дренажа кровь поступает из брюшной полости наружу. Если кровь выделяется непрерывно то можно определить в ней количество гемоглобина и сравнить его с содержанием гемоглобина в крови, взятой из пальца.

Если разница в показателях отсутствует, то следует осуществлять релапаротомию. При отсутствии дренажа перкуссия или обзорный снимок органов брюшной полости позволяет обнаружить там свободную жидкость. Если невозможно исключить внутрибрюшное кровотечение, то показана релапаротомия.

После удаления придатков матки чаще всего возникает кровотечение из воронкотазовой связки, в которой располагается венозное сплетение. Если это сплетение не захватывается в лигатуру, то появляется кровотечение, которое служит причиной повторных лапаротомий. Нередко наблюдается кровотечение из плохо перевязанном собственной связки яичника.

После консервативной миомэктомии может возникнуть кровотечение из ложа удаленных узлов. Вскрыв брюшную полость, хирург, прежде чем приступить к операции, должен оценить ситуацию и, если обнаруживается большое число узлов или их межсвязочное расположение, особенно у женщин в возрасте 35—40 лет, решить вопрос об удалении матки вместо консервативной миомэктомии.

Для остановки кровотечения, связанного с заболеванием крови, можно использовать клеевую композицию МК-7. С помощью безыгольного инъектора ткани импрегнируют, и кровотечение прекращается. При повторном чревосечении, производимом в связи с кровотечением, должен быть обеспечен широкий оперативный доступ, что облегчает нахождение и перевязку кровоточащих участков ткани.

Возникновение подпапоневротической гематомы, как правило, связано с недостаточным гемостазом мышц передней брюшной стенки. Особенно легко травмировать сосуды, питающие мышцы, при поперечном надлобковом разрезе. Подпапоневротическая гематома нередко достигает значительных размеров и вызывает чувство распирания и боль. На передней брюшной стенке определяется как бы «подушка» мягковатой консистенции, болезненная при пальпации. У таких больных снижается содержание гемоглобина, учащается пульс.

Признаки гематомы выявляются быстро, нередко в изменение общего состояния больной, снижение артериального давления, учащение пульса, появление цианоза. При наличии дренажа кровь поступает из брюшной полости наружу. Если кровь выделяется непрерывно, то можно определить в ней количество гемоглобина и сравнить его с содержанием гемоглобина в крови, взятой из пальца. Если разница в показателях отсутствует, то следует осуществлять релапаротомию. При отсутствии дренажа перкуссия или обзорный снимок органов брюшной полости позволяет обнаружить там свободную жидкость. Если невозможно исключить внутрибрюшное кровотечение, то показана релапаротомия.

После удаления придатков матки чаще всего возникает кровотечение из воронкотазовой связки, в которой располагается венозное сплетение. Если это сплетение не захватывается в лигатуру, то появляется кровотечение, которое служит причиной повторных лапаротомий. Нередко наблюдается кровотечение из плохо перевязанной собственной связки яичника.

После консервативной миомэктомии может возникнуть кровотечение из ложа удаленных узлов. Вскрыв брюшную полость, хирург, прежде чем приступить к операции, должен оценить ситуацию и, если обнаруживается большое число узлов или их межсвязочное расположение, особенно у женщин в возрасте 35—40 лет, решить вопрос об

удалении матки вместо консервативной миомэктомии.

Для остановки кровотечения, связанного с заболеванием крови, можно использовать клеевую композицию МК-7. С помощью безыгольного инъектора ткани импрегнируют, и кровотечение прекращается.

При повторном чревосечении, производимом в связи с кровотечением, должен быть обеспечен широкий оперативный доступ, что облегчает нахождение и перевязку кровоточащих участков ткани.

Возникновение подапоневротической гематомы, как правило, связано с недостаточным гемостазом мышц передней брюшной стенки. Особенно легко травмировать сосуды, питающие мышцы, при поперечном надлобковом разрезе. Подапоневротическая гематома нередко достигает значительных размеров и вызывает чувство распирания и боль. На передней брюшной стенке определяется как бы «подушка» мягковатой консистенции, болезненная при пальпации. У таких больных снижается содержание гемоглобина, учащается пульс.

Признаки гематомы выявляются быстро, нередко в первые часы после операции. Если она распознана, то распускают швы (лучше делать это под наркозом), удаляют сгустки крови, проводят гемостаз и рану зашивают наглухо. Если гематома вовремя не опорожнена, то происходит ее нагноение.

При кровотечении из сосудов подкожной жировой клетчатки или кожи их следует зажать и перевязать.

После влагалищных операций тоже могут возникать опасные кровотечения. Если они не носят профузного характера, то для их остановки можно ограничиться тампонадой влагалища. В случае неэффективности тампонады необходимо обшить кровоточащие сосуды. В таких случаях приходится снимать швы, чтобы найти и обшить сосуд, а затем вновь ушить рану. Как правило, заживление происходит первичным натяжением.

Кровотечение из влагалища может возникнуть после экстирпации матки. В этих случаях посредством зеркал обнажают купол влагалища и, если обнаруживают кровоточащие участки в стенках влагалища, то на них на 24 ч накладывают зажимы. Кровотечение, как правило, не возобновляется.

Профилактикой возникновения послеоперационных кровотечений является тщательный гемостаз во время операции. В настоящее время с этой целью используют клеевые композиции, в частности МК-7. Клей импрегнируют в ткани кровоточащих участков с помощью безыгольного инъектора. При этом образуется пленка и кровотечение останавливается. Неоднократно использование клея МК-7 позволяло остановить тяжелые кровотечения, особенно связанные с нарушением свертывания крови.

В качестве примера приводим следующее наблюдение.

Больная 36 лет, страдающая наследственным заболеванием крови (отсутствие VIII фактора), поступила после диатермокоагуляции по поводу эрозии шейки матки. После отторжения струпа началось кровотечение. Неоднократные попытки ушить шейку матки не увенчались успехом. Кровотечение продолжалось. Многократные введения значительных доз криопреципитата и прямое переливание донорской крови (около 5 л) на протяжении недели длительного положительного эффекта не давали. Состояние ухудшалось. Содержание гемоглобина в крови снизилось до 45 г/л.

Импрегнацией клея МК-7 в шейку матки кровотечение остановлено. В дальнейшем количество гемоглобина повысилось почти до нормальных цифр. Больная переведена в Институт гематологии и переливания крови для лечения заболевания крови.

Обильное кровотечение может возникнуть после искусственного аборта. Таким больным показаны средства, сокращающие матку (питуитрин, окситоцин и др.). Если кровотечение остановить не удастся, то следует произвести тугую тампонаду матки. Тампон может находиться в матке не более 24 ч. В очень редких случаях как в крайней мере приходится прибегать к чревосечению и удалению матки.

ПЕРФОРАЦИЯ МАТКИ

Одним из наиболее частых осложнений, которое возникает в стационаре и требует неотложной помощи, является перфорация матки. Она может наблюдаться при диагностическом выскабливании матки, разрушении внут-риматочных синехий, гистероскопии.

Чаще всего перфорация матки наступает во время искусственного аборта, поэтому он не должен рассматриваться как простая и легкая операция. Нельзя производить аборт при сроке беременности более 12 нед. так как размягченные, растянутые стенки матки легко травмируются. Удаление плодного яйца требует значительного расширения шейки матки, что в свою очередь грозит ее травмой.

Особую осторожность надо проявлять в тех случаях, когда имеются указания на возможность патологических процессов в стенке матки (множественные аборты, эндометриты после родов и абортов, пузырьный занос, консервативная миомэктомия в анамнезе). Сравнительно легко произвести перфорацию при миоме матки, так как неровности внутренних контуров матки затрудняют ее опорожнение и попытка полного удаления остатков плодного яйца может закончиться перфорацией.

Чаще всего перфорация матки происходит в тех случаях, когда врач до аборта не получил достаточно четкого представления о расположении матки. Иногда резкий перегиб матки кпереди или кзади является причиной перфорации, так как расширители вводят не в том направлении, в котором нужно. Влагалищное исследование перед операцией искусственного аборта дает возможность определить положение матки, а зондирование — ее длину и направление, в каком следует вводить расширители. При резком перегибе матки кпереди или кзади интенсивное подтягивание шейки пулевыми щипцами к области входа во влагалище способствует выпрямлению канала шейки матки, а зондирование позволяет установить направление введения расширителя.

Опасность для больной при этом осложнении заключается не только в самом факте перфорации, но и в том, что врач часто не замечает прободения матки и продолжает операцию, нанося повреждения половым органам, кишечнику, мочевому пузырю и сальнику. Обычно в момент перфорации возникает острая боль. При искусственном аборте под наркозом на этот симптом, естественно, рассчитывать нельзя. Если врач сразу же замечает, что инструмент проходит в брюшную полость, то все манипуляции следует немедленно прекратить.

При перфорации матки зондом или расширителем малого номера, т. е. инструментами, которыми трудно нанести значительную травму, следует осторожно попытаться удалить плодное яйцо, не прибегая к абортцангу. Если при этом не возникает кровотечения и состояние больной не внушает опасений, то можно воздержаться от оперативного вмешательства при условии тщательного наблюдения за больной. Рекомендуются назначить антибактериальные препараты, средства, сокращающие матку, лед на живот. При ухудшении состояния показана срочная операция.

Если перфорация произошла в процессе аборта и врач уже пользовался абортцангом или большой кюреткой для удаления частей плодного яйца, то лучше произвести чревосечение и ревизию органов малого таза. Если перфорация произведена в лечебном учреждении, где нет операционной, то больную следует доставить в другой стационар, где имеются условия, необходимые для производства чревосечения.

При небольшом дефекте матки операция может быть ограничена иссечением краев перфорационного отверстия и ушиванием его. При крупных дефектах, которые возникают, как правило, при производстве аборта в поздние сроки беременности, особенно таких, как почти полный отрыв тела матки от шейки, разрыв шейки матки с переходом на ее ребро и сосудистые пучки, матку приходится удалять.

Тщательная ревизия органов малого таза и кишечника, прилежащего к матке, обязательна. При нарушении целостности стенки кишечника или мочевого пузыря их следует ушить. В этих случаях операция может оказаться весьма тяжелой и технически сложной.

В стационаре может наблюдаться такая ситуация, когда больная доставлена с перфорацией матки, наступившей при криминальном аборте. После установления диагноза

перфорации матки (данные влагалищного исследования и зондирования матки, кровотечение) чревосечение обязательно. Клиническая картина зависит от размеров кровопотери, времени, прошедшего с момента перфорации, наличия инфекции и перитонеальных явлений.

Во время чревосечения вопрос об удалении или оставлении матки должен решаться в зависимости от ее состояния. При наличии больших раневых участков с повреждением сосудистых пучков, гематом в параметрии, некроза и нагноения матку следует удалить.

Если имеются признаки инфицирования, то рекомендуется ввести дренажи в брюшную полость для эвакуации ее содержимого и лечения антибиотиками. В послеоперационном периоде необходима интенсивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Во время выскабливания матки при раке эндометрия легко сделать перфорацию, так как опухоль может прорасти стенку матки. В связи с этим больным с подозрением на злокачественный процесс выскабливание матки следует производить особенно осторожно. Если перфорация произошла при диагностическом выскабливании, то вопрос о дальнейшей тактике должен решаться в зависимости от возраста больной, характера соскоба, а также клинических проявлений прободения матки. Выскабливание матки у таких больных лучше проводить при наличии действующей операционной.

В настоящее время для оценки характера повреждения матки и внутрибрюшных органов может быть использована лапароскопия. При этом предоставляется возможность не только выявить характер повреждений, но и провести коагуляцию кровоточащих участков при небольшом перфорационном отверстии на матке. Если наблюдаются выраженные симптомы внутрибрюшного кровотечения, то надо сразу производить чревосечение, не теряя времени на дополнительные манипуляции.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА

В послеоперационном периоде нередко развивается парез кишечника, иногда сопровождающийся расширением желудка. Он обусловлен операционной травмой и нарушением электролитного баланса. Часто к парезу кишечника приводит гипокалиемия вследствие значительной кровопотери во время операции или обильной рвоты в раннем послеоперационном периоде.

Чаще всего парез кишечника развивается на 2—3-й сутки после операции. Это состояние требует проведения соответствующей терапии, так как паретическое расширение кишок усугубляет нарушения электролитного баланса, при этом развивается интоксикация. У ослабленных больных на фоне пареза кишечника может развиваться перитонит, так как раздутые петли кишечника становятся проходимыми для бактериальной флоры, всегда имеющейся в кишечном тракте.

Если парез кишечника не удается купировать в течение 1—2 дней, то следует искать причину, которая его поддерживает (эвентрация, межкишечный абсцесс, пиоварий, начинающийся перитонит, частичная кишечная непроходимость и т. д.). Лечение пареза кишечника описано в разделе «Перитонит».

ЭВЕНТРАЦИЯ

Эвентрация обычно возникает на 6—8-е сутки после операции у ослабленных больных с нарушением обмена веществ. Часто ей предшествует стойкий парез кишечника. Эвентрация начинается с выделения значительного количества мутной серозной жидкости через шов на передней брюшной стенке. При этом нередко рану в закрытом состоянии сохраняют только кожные швы. Снятие нескольких швов на коже позволяет легко установить диагноз, так как в рану предлежат петли кишечника или сальник. Как правило, края раны чистые, без гнойных налетов.

Таким больным показано срочное повторное наложение швов на брюшную стенку. Необходимо наложить несколько прочных шелковых или капроновых провизорных лигатур

через все слои брюшной стенки, значительно отступая от краев раны. Лигатуры завязывают после наложения швов. Снимать швы можно на 12—14-й день после операции. Заживление раны обычно происходит первичным натяжением.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

После гинекологических операций нередко нарушается акт мочеиспускания в результате травмирования мочевого пузыря в процессе операции и нарушения его иннервации. Переполненный мочевой пузырь может симулировать ряд патологических состояний: гематому, парез кишечника и т. д. В послеоперационном периоде необходимо тщательно следить за мочеиспусканием и определять диурез. При задержке самопроизвольного мочеиспускания показана катетеризация мочевого пузыря.

После операции могут выявляться осложнения, связанные с повреждением мочевыводящих путей.

Подтекание мочи из влагалища после экстирпации матки может быть обусловлено ранением мочеточника или мочевого пузыря. Уточнить диагноз позволяет инсталляция раствора метиленового синего в мочевой пузырь. При травме мочевого пузыря тампон, предварительно введенный во влагалище, окрасится в голубой цвет. Если подтекает неокрашенная моча, можно предположить травму мочеточника.

Неотложная помощь необходима больным, у которых отсутствует отделение мочи после операции. Это может быть связано с двусторонней перевязкой мочеточников. Быстро появляется болезненность в области почек. Симптом Пастернацкого резко положителен (отсутствие мочи может быть также связано с «шоковой почкой»). Катетеризация мочеточников и экскреторная урография позволяют уточнить диагноз. При механическом препятствии показаны срочная операция и восстановление проходимости мочевыводящих путей.

Если нет сообщения брюшной полости с влагалищем при ранении мочевыводящих путей (перерезка либо ранение мочеточников или мочевого пузыря), то возникает мочевой затек, который проявляется раздражением брюшины и интоксикацией. У таких больных в брюшной полости определяется свободная жидкость. Для уточнения диагноза показаны цистоскопия и экскреторная урография. Обзорный рентгеновский снимок брюшной полости производят для определения наличия свободной жидкости.

В ряде случаев моча может полностью поступать в брюшную полость (проникающее ранение мочевого пузыря) или возникает отрицательный диурез (ранение одного мочеточника). Таким больным необходимы консультация уролога и срочное оперативное лечение.

ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

Раневая инфекция — это сложная и обширная проблема хирургии. Развитие любого гнойного заболевания определяется двумя факторами: состоянием организма больной и характером микрофлоры. Гнойное воспаление возникает при наличии соответствующей питательной среды для бактерий (очаги некроза и кровоизлияний), особенно у ослабленных больных, у которых нарушено кровообращение (анемия, сердечно-сосудистые заболевания, нарушения обмена веществ, шок и т. д.).

Источником внутригоспитальной инфекции являются длительно находящиеся в отделении больные, персонал, а также оборудование и помещение операционных, перевязочных и палат.

Доминирующим этиологическим фактором остается золотистый стафилококк, реже стрептококк, но в настоящее время значительно возросла роль аэробных условно-патогенных грамотрицательных микроорганизмов (эшерихии, протей, клебсиелла, синегнойная палочка). Эти микроорганизмы постоянно присутствуют в организме здоровых людей и становятся патогенными лишь при определенных условиях (снижение иммунологической реактивности

организма и т. д.). В настоящее время все большее значение приобретает инфекция, вызванная анаэробными спорообразующими и неспорообразующими микробами (бактероиды, фузобактерии, грамотрицательные кокки, клостридии и т. д.). Эти микроорганизмы часто бывают причиной возникновения гнойных осложнений в послеоперационном периоде. В развитии инфекции, вызванной условно-патогенной флорой, большое значение имеет количественный фактор (заражающая доза возбудителя). Это обуславливает необходимость строгого соблюдения санитарно-гигиенического режима в отделении.

Для борьбы с уже развившейся инфекцией используются антибиотики, выбор которых зависит от чувствительности к ним микроба-возбудителя. Борьба с анаэробной флорой проводится путем лечения метронидазолом (трихопол, флагил), так как анаэробы, как правило, малочувствительны даже к антибиотикам широкого спектра действия.

В условиях обычного лечебного учреждения идентификация анаэробов не всегда возможна. Если антибактериальная терапия антибиотиками не дает эффекта, то следует включать в схему лечения препараты типа метронидазола (внутри по 0,5 г 3—4 раза в сутки).

При лечении гнойной раны рекомендуется освободить ее от гноя, продуктов тканевого распада и обработать антисептическим раствором (гипертонический раствор хлорида натрия, диоксидин, фурацилин и т. д.). Желательно также применение перекиси водорода и протеолитических ферментов, которые быстро очищают рану. Ряд исследователей при наличии гнойной инфекции используют препараты, активирующие клеточный и гуморальный иммунитет (декарис).

Весьма эффективна при анаэробной инфекции гипербаротерапия. Через несколько сеансов состояние больной значительно улучшается.

Намного чаще, чем кровотечения, в послеоперационном периоде у гинекологических больных возникают заболевания, обусловленные развитием инфекции. За больными с анемией, длительно существующими гнойниками в малом тазе, сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом и другими тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями требуется особенно тщательное наблюдение, так как они представляют собой группу риска в отношении возможности возникновения послеоперационных осложнений.

В последние годы контингент больных, направляемых на оперативное лечение по поводу различных гинекологических заболеваний, существенно изменился. Увеличилось число женщин пожилого и старческого возраста, а также больных с экстрагенитальными заболеваниями. У многих женщин при опухолях и опухолевидных образованиях матки и придатков снижена иммунобиологическая реактивность организма, нарушены механизмы адаптации и компенсации.

Большое значение имеет оценка температурной реакции. При нормальном течении послеоперационного периода в течение 4—5 дней температура тела обычно держится в пределах 38°C, а затем начинает постепенно снижаться. Выраженность температурной реакции зависит от индивидуальных особенностей организма, а также от нарушения процессов терморегуляции в послеоперационном периоде. Температурная реакция обусловлена всасыванием раневого секрета, крови и продуктов распада травмированных тканей.

Наиболее частое осложнение в послеоперационном периоде — нагноение в области раны передней брюшной стенки. Подкожная жировая клетчатка наиболее уязвима в отношении внедрения возбудителей гнойной инфекции вследствие кровоизлияний или небольших гематом, возникших после операции. Обычно на 4—6-е сутки после операции повышается температура тела, появляются боли в области послеоперационной раны, бывает озноб. В крови определяются лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Диагноз установить нетрудно, так как при осмотре выявляются гиперемия и набухание тканей около шва, что позволяет заподозрить нагноение. При зондировании раны обнаруживается гной.

Хирургическая тактика состоит в широком раскрытии раны, что обеспечивает отток гнойного содержимого. После этого температура снижается, боли стихают. В дальнейшем рану ежедневно обрабатывают дезинфицирующими растворами (перекись водорода, раствор

фурацилина 1-5000 и др.), вводят в нее марлевые салфетки, смоченные 10% раствором хлорида натрия. После очищения раны от некротизированных тканей и налета можно наложить вторичные швы.

При несвоевременном или недостаточном раскрытии раны в гнойный процесс вовлекается большее количество тканей и может возникнуть флегмона передней брюшной стенки. Такое осложнение встречается редко и чаще бывает связано не только с неправильным ведением послеоперационного периода, но и с резким снижением иммунологических сил организма.

Более трудно установить диагноз при наличии гнойника под апоневрозом прямых мышц живота. Это осложнение возникает значительно реже, чем нагноение подкожной жировой клетчатки. Скопившийся гной приподнимает переднюю брюшную стенку, что чаще всего имеет место на 7—8-е сутки после операции.

Убедившись, что подкожная жировая клетчатка интактна, производят пункцию толстой иглой. При получении гноя также следует широко раскрыть и дренировать рану. Нагноение брюшной стенки под апоневрозом протекает значительно тяжелее и сопровождается более выраженной общей реакцией. Более тяжелое клиническое течение наблюдается в тех случаях, когда гнойный очаг возникает в брюшной полости (пиосальпинкс, пиоварий).

Заболевание начинается с болей внизу живота, повышения температуры тела ремиттирующего типа, озноба, общей слабости. Нередко присоединяются дизурические и диспепсические явления. В крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. При влагалищном исследовании в малом тазу пальпируется опухолевидное, резко болезненное образование.

Обнаружение гнойника в брюшной полости требует повторного чревосечения. Если этого не сделать вовремя, то возникает угроза прорыва гнойника в свободную брюшную полость с последующим развитием разлитого перитонита. При повторном чревосечении показаны удаление пораженных придатков матки и дренирование брюшной полости. После операции проводят интенсивную антибактериальную и общеукрепляющую терапию.

ПЕРИТОНИТ

Почти все острые заболевания органов брюшной полости могут осложниться развитием перитонита.

Брюшина представляет собой имеющий сложное анатомическое строение серозный покров с обильно развитой сетью кровеносных и лимфатических сосудов, нервных окончаний. Она обладает большой резистентностью к инфекции. Защитная функция брюшины проявляется ее фагоцитарными свойствами. Сальник, спайки и образование фибрина ограничивают распространение воспалительного процесса. Образование спаек начинается уже через 10 мин после воздействия повреждающего агента. Плотные сращения образуются через 6—12 ч. Вместе с тем обширность поверхности брюшины способствует распространению воспалительных процессов. Неизменная брюшина гладкая и блестящая на вид. Она обладает всасывающими свойствами и способна выделять экссудат. Реактивная способность брюшины снижается, если в брюшную полость попадают кровь, околоплодные воды, каловые массы, содержимое опухолей и т. д.

В зависимости от вовлечения брюшины в воспалительный процесс различают местный, или отграниченный, и неограниченный (диффузный, или разлитой) перитонит. В зависимости от характера экссудата в брюшной полости различают серозный, геморрагический и гнойный перитонит.

У гинекологических больных брюшина часто вовлекается в патологический процесс при возникновении воспаления в придатках матки.

Пельвиоперитонит представляет собой местный, отграниченный перитонит. Клиническая картина определяется высокой температурой, ознобом, болями внизу живота. Симптомы раздражения брюшины и мышечной защиты положительны в нижних отделах живота. Общее состояние больных нередко тяжелое. Отмечаются вялость, тахикардия, парез

кишечника. В этой стадии больным показана консервативная терапия: антибиотики, общеукрепляющее, десенсибилизирующее лечение, коррекция электролитного баланса и кислотно-основного состояния. При наличии пельвиоперитонита, обусловленного гнойниками в малом тазе, показана операция.

Нередко местный, отграниченный перитонит в начале развития трудно отличить от разлитого перитонита. Такие больные нуждаются буквально в почасовом наблюдении и в повторных исследованиях крови. Нарастание симптомов заболевания указывает на распространение патологического процесса.

При разлитом гнойном перитоните изменения в брюшной полости значительно более выражены в местах, ближе всего расположенных к источнику инфекции. В начале разлитого перитонита возникает гиперемия брюшины, затем происходит склеивание петель кишечника. Выпот первоначально имеет серозный характер, затем становится гнойным. В экссудате много белка, что приводит к гипопроотеинемии.

Гнойный перитонит — наиболее опасное осложнение, которое является одной из основных причин гибели хирургических больных.

При развитии диффузного перитонита общее состояние больной тяжелое, отмечаются бледность кожных покровов, цианоз слизистых оболочек, временами холодный пот. Черты лица заостряются.

Больные жалуются на боли по всему животу. Пульс частый, свыше 100 ударов в минуту (в редких случаях наблюдается брадикардия). Артериальное давление нормальное или снижено. Температура тела высокая, может быть озноб. Дыхание учащено. Передняя брюшная стенка не принимает участия в акте дыхания. При вдохе отмечается западение межреберных промежутков. Развивается дыхательная недостаточность, связанная с тяжелыми метаболическими нарушениями и высоким стоянием диафрагмы.

Язык сухой, обложенный. Больная жалуется на жажду и сухость во рту. Беспокоят икота, тошнота, рвота. Отмечаются расширение и парез желудка. Если рвотные массы приобретают цвет кофейной гущи, то это свидетельствует о значительном нарушении кровообращения в стенке желудка. Живот вздут, болезнен при пальпации, имеют место выраженный дефанс брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины. Вздутие живота обусловлено вначале парезом, а затем параличом кишечника. Стул отсутствует, газы самостоятельно не отходят. При перкуссии определяется свободная жидкость в отлогий: часть живота. Перистальтические шумы кишечника не прослушиваются или же определяется вялая перистальтика.

Рентгенологически выявляются скопление свободной жидкости в брюшной полости и характерные чаши Клойбера. В крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Содержание гемоглобина снижено, СОЭ увеличена. При ректальном исследовании отмечаются нависание и болезненность передней стенки прямой кишки.

При диффузном перитоните страдают все органы и системы организма, нарушается обмен веществ (углеводный, жировой, белковый, солевой). Содержание белка в крови снижается. Кислотно-основное состояние изменяется в сторону ацидоза. Прогрессирует гипокалиемия, гипохлоремия и гипокальциемия. Наблюдаются тяжелые нарушения микроциркуляции, страдает функция печени и почек.

В настоящее время диагностика разлитого перитонита нередко затруднена из-за стертого, нетипичного течения заболевания. Это связано как со сниженной реактивностью организма, так и с массовым применением антибиотиков. Типичная картина диффузного перитонита, описанная в классических хирургических руководствах (доскообразный живот, резкая болезненность, лицо Гиппократата и т. д.), в настоящее время у гинекологических больных практически не встречается. Некоторые авторы считают, что, пока точно не установлен диагноз, не следует назначать антибиотики.

У пожилых людей разлитой перитонит также характеризуется вялым течением. Боли не имеют выраженного характера, температура тела нормальная или субфебрильная, однако общее состояние больных тяжелое (тахикардия, гипотония, липкий пот, цианоз, сухой язык и т. д.).

Нередко диагностика послеоперационных перитонитов представляет значительные трудности, так как ряд симптомов (боли, напряжение брюшной стенки, парез, тахикардия) может быть связан с операцией. Тщательное наблюдение за больной, нарастание выраженности симптомов позволяют установить правильный диагноз. Проведение сеансов гипербаротерапии при отсутствии воспаления брюшины, как правило, снимает парез кишечника. Это можно считать дифференциально-диагностическим признаком.

Чаще всего симптомы перитонита появляются на 3—4-е сутки. При неосложненном течении послеоперационного периода на 2-3-е сутки состояние больной как правило, улучшается. Если, наоборот, в этот период состояние больной ухудшается, то следует подумать о возможности осложнений, в частности перитонита. При подозрении на перитонит желательна консультация общего хирурга.

Лечение перитонита оперативное. Противопоказанием к операции может служить только агональное состояние больной. Перед операцией при необходимости следует произвести промывание желудка. Наркоз эндотрахеальный с управляемым дыханием и введением миорелаксантов.

Переднюю брюшную стенку вскрывают продольным срединным разрезом. По вскрытии брюшной полости обращают внимание на то, что брюшина имеет тусклый вид. Кровеносные сосуды париетальной брюшины и серозного покрова кишок расширены, имеются точечные кровоизлияния. При гнойном перитоните отмечаются фибриновые наложения, особенно выраженные в области, близкой к источнику инфекции. Сальник воспалительно изменен, утолщен. После осмотра брюшную полость освобождают от выпота, удаляют источник перитонита и проводят дренирование (следует сделать посевы содержимого брюшной полости на определение микрофлоры и ее чувствительность к антибиотикам).

При разлитом гнойном перитоните показан перитонеальный диализ. В брюшной полости после операции продолжается накопление продуктов тканевого распада и экссудата, содержащего токсины. Перитонеальный диализ способствует извлечению токсинов из крови через брюшину и создает благоприятные условия для действия антибиотиков, вводимых в брюшную полость [Симонян К. С, 1971].

Для проведения диализа в брюшную полость вводят по три дренажные трубки с каждой стороны: одну — в верхний отдел брюшной полости и две — в боковые каналы. Кроме того, ставят несколько микроирригаторов для последующего введения антибиотиков. Перитонеальный диализ проводят проточным методом путем орошения брюшной полости жидкостью, содержащей калия 5,98 ммоль/л, натрия 145 ммоль/л, кальция 0,875 ммоль/л и хлора 210 ммоль/л. На каждый литр раствора добавляют 0,5 г канамицина и 0,2 г лизоцима. В первые 12 ч вводят 300 — 400 мл жидкости в час, в последующие 12 ч 200 — 300 мл в час. Диализ осуществляют в течение 72 ч. За это время через брюшную полость проводят не менее 30 л анализирующего раствора. В последующие 3—4 сут через микроирригаторы в брюшную полость вводят 0,5 г канамицина, растворенного в 200 мл 0,25% раствора новокаина.

В послеоперационном периоде терапия должна быть направлена на борьбу с инфекцией, регуляцию деятельности сердечно-сосудистой системы, дезинтоксикацию организма, ликвидацию пареза кишечника. Необходимо обезболивание. Кроме того, следует регулировать нарушения кислотно-основного состояния и электролитного баланса. Кроме введения антибиотиков в брюшную полость, показано парентеральное их введение в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры. При лечении диффузного перитонита следует применять антибиотики широкого спектра действия и в достаточно высоких дозах. В настоящее время с успехом используются полусинтетические пенициллины (метициллин, оксациллин, пиопен и т. д.). Эти антибиотики особенно эффективны в отношении штаммов стафилококка, устойчивых к бензилпенициллину. Широким спектром антимикробного действия обладают антибиотики группы цефалоспорины (цепорин и др.), а также антибиотики группы тетрациклинов (рондомицин, морфоциклин и др.). Из препаратов группы неомицина в настоящее время широко применяется канамицин, который имеет

широкий спектр антимикробного действия и менее токсичен, чем другие препараты этой группы. Для предупреждения дисбактериоза следует назначать нистатин и другие аналогичные препараты.

С целью снижения интоксикации организма применяют кровезаменители, обладающие дезинтоксикационными свойствами: гемодез, неокомпенсан, полиглюкин и др. Коррекцию нарушений водно-солевого обмена проводят путем введения растворов, содержащих электролиты. Нужно помнить, что сама по себе гипокалиемия может вызвать парез кишечника, тахикардию, вялость, поэтому восполнение содержания калия в организме является обязательным. Потеря белка компенсируется переливанием крови, плазмы, протеина, аминокровина, гидролизина и других препаратов, содержащих протеины. Назначают также сердечные средства и витамины, по показаниям — препараты гормонов коры надпочечника.

Борьба с парезом кишечника должна проводиться путем активации перистальтики. Для этого применяют прозерин (1 мл 0,05% раствора под кожу), внутривенное введение 20 мл 10% раствора хлорида натрия, промывание желудка, гипертонические и сифонные клизмы.

Ввиду того что при перитоните вследствие нарушений диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови изменяется микроциркуляция, показано введение гепарина по 5000—10 000 ЕД 3 раза в сутки под контролем гемостазиограммы или тромбоэластограммы. Гепарин препятствует агрегации тромбоцитов и внутрисосудистой агрегации эритроцитов.

Проведение обезболивания в послеоперационном периоде является обязательным, так как способствует углублению дыхания и улучшает деятельность сердца. Применяют 2% раствор промедола по 2 мл через 4—6 ч, анальгин (50% раствор по 2—4 мл), баралгин. В случае сильных болей следует вводить пантопон или морфин.

Показано также введение димедрола или пипольфена как десенсибилизирующих препаратов. В комплекс лечения перитонита следует включать гипербарическую оксигенацию, которая помогает ликвидации пареза кишечника. Под ее влиянием улучшаются микроциркуляция и обмен веществ. Следует вводить кортикостероиды (преднизолон, гидрокортизон), так как при тяжелой интоксикации может иметь место угнетение функции коры надпочечников.

Прогноз заболевания зависит от ряда обстоятельств: вирулентности микроба-возбудителя, состояния макроорганизма, возраста больной, источника развития перитонита, сроков госпитализации и своевременности производства операции. Перитониты, обусловленные патологическими процессами в малом тазе, протекают относительно благоприятно, если вовремя удален источник инфекции. После гинекологических операций может развиваться острая кишечная непроходимость (чаще всего на почве спаек в брюшной полости). Такие больные нуждаются в срочной операции.

Коротко следует остановиться на перитоните после кесарева сечения. В настоящее время в связи с распространенностью стафилококковой инфекции такие осложнения не являются редкостью. Обычно после операции возникает стойкий парез кишечника, который удается на короткое время ликвидировать проведением консервативных мероприятий (внутривенное введение 20 мл 10% раствора хлорида натрия, внутримышечное введение 1 мл раствора прозерина, гипертоническая клизма, проведение сеансов гипербарической оксигенации). Однако через 2—3 ч явления пареза возникают вновь. Наряду с этим отмечают стойкую тахикардию и высокая температура тела. Все это даже при отсутствии выраженных болей в животе и явлений раздражения брюшины указывает на наличие перитонита. В брюшной полости сравнительно быстро появляется свободная жидкость (экссудат). В таких случаях показана срочная операция. Обычно картина заболевания становится наиболее отчетливой на 3—4-е сутки после операции. При высоковирулентной инфекции и сниженной сопротивляемости организма перитонит может развиваться раньше.

При перитоните после кесарева сечения, который, как правило, развивается вследствие несостоятельности швов на матке, следует удалить источник инфекции (матка). Промедление значительно повышает летальность от перитонита.

При развитии перитонита после кесарева сечения следует произвести продольное срединное чревосечение и экстирпацию матки с маточными трубами. Маточные трубы, как правило, вовлечены в патологический процесс и подлежат удалению. Затем по возможности следует осушить брюшную полость и произвести дренирование ее для эвакуации гноя и проведения перитонеального диализа (при разлитом гнойном перитоните). Необходимо подчеркнуть, что только своевременная операция с последующим перитонеальным диализом, массивной антибактериальной, десенсибилизирующей и общеукрепляющей терапией на фоне коррекции нарушений электролитного баланса может спасти жизнь больной. Если операция производится позднее чем на 5—6-е сутки после кесарева сечения, то вероятность выздоровления резко снижается. Для профилактики перитонита рекомендуется наложение шва на матку по методике, разработанной В. И. Ельцовым-Стрелковым: вкол и выкол иглы при наложении первого ряда швов производят со стороны слизистой с ее захватом. Узлы завязывают со стороны полости матки и отсекают нити при наложении следующего шва. Таким образом достигается герметичность шва. Наложение второго ряда швов и перитонизацию производят обычным методом.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

В редких случаях послеоперационное осложнение может быть обусловлено оставлением в брюшной полости инородного тела. Диагностика этого осложнения не представляет значительных трудностей, если заподозрить его в раннем послеоперационном периоде. Если же симптомы, связанные с этим осложнением, недостаточно правильно оцениваются, то инородное тело может длительное время находиться в брюшной полости.

В качестве примера приводим одно из клинических наблюдений.

Больная 28 лет доставлена машиной скорой помощи с подозрением на правостороннюю трубную беременность, прервавшуюся по типу трубного аборта. В тот же день оперирована. Произведена срединная лапаротомия, удалена левая маточная труба.

В послеоперационном периоде отмечались субфебрильная температура, жидкий стул. В малом тазе обнаружены двусторонние инфильтраты, доходящие до стенок таза. Через 4 дня после операции поставлен диагноз: двусторонний послеоперационный параметрит (по-видимому, инфицированная гематома), правосторонний сальпингоофорит, энтероколит. Проводилась антибиотикотерапия.

Спустя 4 дня диагностирован пельвиоперитонит. Произведена пункция через задний свод влагалища с последующей кольпотомией. Получено небольшое количество гноя. В брюшную полость введен дренаж. Температура тела в пределах 38,8°C.

На следующий день после пункции появились острые боли в животе (эпигастральная область), напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Шеткина — Блюмберга. Температура 38,5°C. Диагноз: послеоперационный пельвиоперитонит с угрозой прорыва гнойника в свободную брюшную полость. Продолжена антибактериальная терапия, назначен холод на низ живота.

Под влиянием терапии больная стала чувствовать себя несколько лучше. На 11-е сутки после операции выявилась клиническая картина вялотекущего перитонита. Справа в области придатков пальпировалось плотное образование размером 8X7X6 см. При повторной пункции через задний свод влагалища пунктат не получен. Состояние стало постепенно улучшаться, проведено 6 сеансов электрофореза салицилового натрия. Опухолевидное образование в области придатков матки уменьшилось.

Через месяц после операции выписана под наблюдение врача женской консультации. Периодически беспокоили боли внизу живота. Через 2 мес вновь поступила в стационар. Диагноз: правостороннее tuboовариальное воспалительное образование придатков матки. При влагалищном исследовании в малом тазу справа определялось образование величиной с женский кулак, болезненное при пальпации, ограниченное в подвижности, эластической консистенции. Курс противовоспалительной терапии был малоэффективен. В крови сохранялись лейкоцитоз и увеличенная СОЭ.

Через месяц после выписки из стационара больная вновь госпитализирована с жалобами на боли внизу живота, слабость, недомогание. Диагностировано гнойное tuboовариальное образование. Во время операции обнаружено следующее. Матка занимает срединное положение, не увеличена, спаяна с петлями кишечника. Спайки разделены. Яичники с обеих сторон увеличены, с мелкокистозными изменениями. Правая маточная труба утолщена, гиперемирована. Справа выше матки располагается конгломерат, окутанный петлями кишечника. При раздельном спаек в конгломерате обнаружена марлевая салфетка, расположенная одним концом в просвете тонкой, а другим - в просвете толстой кишки. Салфетка пропитана каловыми массами.

Края дефектов на тонкой и толстой кишке освежены и ушиты. Произведена клиновидная резекция яичников, удалена правая маточная труба. Наложена стома на сигмовидную кишку, брюшная полость

дренирована. В послеоперационном периоде проводилась массивная антибактериальная и трансфузионная терапия. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Из приведенной истории болезни видно, что врачи имели возможность по клинической картине заболевания своевременно заподозрить наличие инородного тела в брюшной полости. Запоздавшая хирургическая помощь привела к тому, что больная перенесла очень тяжелую и технически сложную операцию с вмешательством на кишечнике, которое, к счастью, закончилось благополучно.

При подозрении на оставление инструмента в брюшной полости необходимо произвести обзорный рентгеновский снимок. Особенно опасно оставление иглы. Мы наблюдали больную, у которой во время ушивания подкожной жировой клетчатки была потеряна большая игла, поиски которой оказались безрезультатными. При рентгеноскопии игла также не была обнаружена. На подкожную жировую клетчатку и кожу наложены швы. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. Перед выпиской больной произведено рентгенологическое исследование. Игла обнаружена в подкожной жировой клетчатке в верхнем углу раны, тогда как раньше ее искали в области лона. Игла извлечена без особых затруднений.

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Вопросы профилактики тромботических осложнений в послеоперационном периоде продолжают оставаться одной из важных проблем современной хирургии. Современные представления о патогенезе тромбозов свидетельствуют о важной роли активации различных звеньев системы гемостаза в развитии данного патологического состояния.

Операции у гинекологических больных имеют ряд особенностей, отличающих их от вмешательств на других органах: часто затруднен доступ в малый таз, где имеются обширные рефлексогенные зоны, развитая сеть сосудов (в том числе большого диаметра), в которых часто образуются тромбы, являющиеся причиной тромбоэмболии легочной артерии. Все эти факторы в комплексе с психоэмоциональными изменениями, сопровождающими гинекологические операции, могут оказать влияние на состояние системы гемостаза.

Исследования проведенные во Всесоюзном научно-исследовательском центре по охране здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения СССР (В. Ф. Савченко), показали, что даже у соматически здоровых женщин в послеоперационном периоде развивается хроническая форма синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, что можно рассматривать как преморбидный фон для возникновения тромботических осложнений.

Наиболее часто тромбоэмболические осложнения возникают у больных с постгеморрагической анемией, сердечно-сосудистыми заболеваниями, особенно декомпенсированными, ожирением, остаточными явлениями перенесенного ранее тромбоза, а также у женщин пожилого возраста, страдающих экстрагенитальными заболеваниями.

Одним из наиболее тяжелых осложнений послеоперационного периода является инфарктная пневмония. Чаще всего инфаркт легкого возникает в результате тромбоза тазовых вен или вен нижних конечностей. Эмбол первоначально проникает в нижнюю полую вену, затем — в правое сердце и оттуда — в разветвления легочной артерии. При поражении мелких ветвей легочной артерии возникает инфаркт участка легкого и затем развивается пневмония. Заболевание начинается остро. Появляются боли при дыхании, тахикардия, одышка, кашель, в мокроте обнаруживают прожилки крови, повышается температура тела.

При появлении указанных симптомов следует создать абсолютный покой, назначить антибактериальную и антикоагулянтную терапию, а также обезболивающие препараты.

Гепарин вводят по 5000—10 000 ЕД через 4 ч под контролем свертывания крови. При улучшении состояния больной переходят на введение антикоагулянтов непрямого действия

(пелентан, дикумарин, фенилин и т. д.). При передозировке антикоагулянтов, что проявляется гематурией, кровоточивостью десен и т. д., в вену медленно вводят 5 мл 1 % раствора протамина сульфата. При необходимости введение препарата повторяют через 15—30 мин. Если протамина сульфат неэффективен, следует сделать переливание крови с целью возмещения недостаточности тромбоцитов и других факторов свертывания крови. Однако переливание крови увеличивает опасность развития тромбоэмболических осложнений, поэтому прибегать к гемотрансфузии следует только по особым показаниям.

После операции необходимо проводить неспецифические мероприятия по профилактике тромботических осложнений: бинтование нижних конечностей эластическими бинтами, ускоряющее кровоток по системе глубоких вен нижних конечностей и препятствующее стазу крови в них, раннее активное поведение в кровати (повороты, присаживание, вставание), лечебную гимнастику, санацию трахеобронхиального дерева.

В качестве специфического метода профилактики целесообразно назначение небольших доз гепарина (по 5000 ЕД 2 раза в сутки в течение первых 7 сут после операции), механизм действия которого на систему гемостаза основан на его способности усиливать биологическое действие антитромбина III. При использовании малых доз гепарина не требуется специального лабораторного контроля.

В широкой клинической практике целесообразно применять тромбоэластографию в качестве скрининга за контролем системы гемостаза в послеоперационном периоде.

Глава IV

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При поступлении больной в стационар нередко выявляется необходимость проведения дополнительных исследований, особенно для уточнения диагноза опухолей яичника, внематочной беременности, аномалий развития половых органов, а также при болях внизу живота неясного генеза. В данном разделе описаны лишь наиболее распространенные методы дополнительного обследования больной, которые могут быть использованы при диагностике состояний, требующих оказания неотложной помощи. Следует отметить, что применение дополнительных методов исследования не всегда возможно, если больная нуждается в срочном оперативном вмешательстве.

ПУНКЦИЯ ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА

Это широко распространенный и эффективный диагностический метод исследования, с помощью которого можно подтвердить наличие внутрибрюшинного кровотечения. Отсутствие крови в пунктате нельзя расценивать как признак, полностью исключающий прервавшуюся трубную беременность или апоплексию яичника, так как наличие спаек в малом тазу может создать такие условия, когда излившаяся в брюшную полость кровь не попадает в прямокишечно-маточное углубление.

Если игла проникает в кровеносный сосуд или матку (обычно при резком отклонении ее кзади), то в шприц будет насасываться такая же кровь, как при венепункции. При наличии внутрибрюшинного кровотечения получают темную кровь с мелкими сгустками, которая не свертывается. При наличии гнойного параметрита в пунктате обнаруживают гной, что является показанием к кольпотомии.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время почти во всех стационарах имеется возможность проведения рентгенологических исследований: обзорного рентгеновского снимка брюшной полости, гистеросальпингографии, рентгенографии органов малого таза в условиях пневмоперитонеума и др. В крупных клинических учреждениях для диагностики

неотложных состояний иногда используют вазографию. В зависимости от того, какая система сосудов заполняется контрастным веществом, различают артерио-, вено- или лимфографию.

При опухолях внутренних половых органов, а также при маточной и внематочной беременности имеются характерные изменения сосудистой архитектоники. Однако точная оценка данных требует значительного опыта, так как сосудистая сеть обладает значительной вариабельностью.

Простейшим методом рентгенологического исследования является обзорный снимок брюшной полости. Он может быть полезным в том случае, если имеются опухоли, которые дают резкое контрастное изображение: петрифицированная миома матки, дермоиды, в которых содержатся зубы, мелкие кости или другие рентгеноконтрастные эмбриональные включения. Большое значение обзорный рентгеновский снимок брюшной полости имеет при подозрении на перитонит или внутрибрюшинное кровотечение (наличие свободной жидкости в брюшной полости) При непроходимости кишечника определяются характерные чаши Клойбера. Если возникает предположение об оставлении в брюшной полости операции, то обзорный снимок либо подтверждает это подозрение (тогда нужна операция), либо отвергает его.

Гистеросальпингография является распространенным и весьма ценным методом исследования в тех случаях когда необходимо получить представление о контурах матки и просветах маточных труб. Наиболее часто показаниями к гистеросальпингографии являются определение проходимости маточных труб при бесплодии и подозрение на подслизистую миому матки или центрипетальный рост узла. Метод используется также при диагностике внутреннего эндометриоза и туберкулеза маточных труб. Полипы слизистой оболочки тела матки или мелкие субмукозные миоматозные узлы обуславливают появление небольших дефектов наполнения. При этом типичная треугольная форма полости матки не изменяется. Применение для диагностики трубной беременности гистеросальпингографии с помощью водорастворимых контрастных веществ не получило распространения.

Для выявления контуров внутренних половых органов необходимо ввести в брюшную полость газ (кислород, углекислый газ, закись азота), на фоне которого производится рентгеновский снимок. Этот метод исследования известен под разными названиями: геникография, пневмогеникография, пневмопельвиография, газовая пельвиография, газовая геникография и др.

На рентгенограмме при неизмененных внутренних половых органах хорошо видны костное кольцо таза, прилегающая к нему тень, соответствующая мышцам, покрывающим стенки таза. В верхней части рентгенограммы заметна тень прямой кишки, а над лоном — полуовальная тень мочевого пузыря. Матка имеет вид плотной овальной тени, нижняя часть которой интенсивнее верхней за счет наслаивающейся тени шейки матки. От матки отходят также тени, соответствующие широким и круглым связкам и маточным трубам. Яичники определяются в виде плотных овальных теней, расположенных у стенок малого таза.

Как правило, на фоне введенного газа хорошо видны патологические изменения в малом тазе: сращение в брюшной полости, смещения внутренних половых органов и др. Кроме того, можно определить, откуда исходит опухоль — из матки или из ее придатков, а также диагностировать ряд других патологических состояний.

Показанием к проведению исследования является необходимость уточнения диагноза при опухолях в малом тазе, при дифференциальной диагностике между опухолями матки и придатков, между истинными опухолями и опухолевидными образованиями воспалительной этиологии, при подозрении на аномалии внутренних половых органов и т. д.

Противопоказаниями к применению пневмоперитонеума служат сердечно-сосудистые заболевания с декомпенсацией сердечной деятельности и нарушением кровообращения, острые и подострые воспалительные процессы в брюшной полости, метеоризм, наличие инкапсулированных гнойников в брюшной полости, грыжи, тяжелые экстра-генитальные заболевания. Не рекомендуется проводить процедуру во время менструации. Противопоказанием являются также начальные сроки беременности из-за опасности

возникновения лучевых эмбриопатий.

Обычно лучевая нагрузка в области внутренних половых органов при производстве одного рентгеновского снимка составляет 0,3 — 0,5 Р. Хотя эта доза мала, все же следует учитывать возможность ее вредного воздействия на функцию яичников, особенно у больных с нарушением овариальной функции и у девочек. При наличии большой опухоли в брюшной полости нет нужды производить рентгеновский снимок, даже если трудно выяснить, откуда она исходит: больная все равно нуждается в операции.

Введение газа в брюшную полость чаще всего производится путем пункции брюшной стенки. Подготовка больной заключается в следующем. Накануне процедуры и утром следующего дня опорожняют с помощью клизмы кишечник, а непосредственно перед процедурой — мочевого пузыря. Если женщина тучная и страдает метеоризмом, то за 2 дня до исследования следует назначить диету, снижающую возможность избыточного образования газов (черный хлеб, квашеные овощи, молоко и т. д.). Больным с повышенной возбудимостью перед процедурой показана инъекция 1 мл 2% раствора промедола под кожу.

Газ вводят в положение больной на спине в перевязочной или малой операционной с помощью аппарата для пневмоторакса. Для наложения пневмоперитонеума применяют специальные иглы с тупо скошенным концом. Иглу вводят в брюшную полость обязательно с мандреном строго перпендикулярно брюшной стенке на середине расстояния между пупком и передневерхней осью подвздошной кости по краю прямой мышцы живота. Мандрен удаляют, убедившись, что из иглы не показывается кровь. Затем подключают аппарат и вводят газ в количестве от 800 до 1500 мл в зависимости от массы тела женщины. Газ вводят медленно под контролем манометра.

При правильном положении иглы можно выслушать прохождение газа в брюшную полость с помощью фонендоскопа. После введения газа больную перевозят на каталке в рентгеновский кабинет и производят снимки с расстояния 1 м. Рентгеновская трубка должна быть наклонена в каудальном направлении на 15°. Больная лежит на животе. Головной конец стола опущен. Угол наклона составляет 45°.

Как уже отмечалось, при рентгенографии органов малого таза в условиях пневмоперитонеума можно отчетливо различить контуры образований. Большую информацию можно получить при сочетании пневмоперитонеума с гистеросальпингографией, так как при этом заметны наружные и внутренние контуры матки и маточных труб. Осложнения при наложении пневмоперитонеума редки и в основном связаны с техническими погрешностями. Они возможны также в тех случаях, когда не учитываются противопоказания. Наиболее тяжелым и опасным для жизни осложнением является газовая эмболия. Нередко воздушная эмболия протекает бессимптомно.

М. П. Воскресенский (1957) при подозрении на воздушную эмболию (внезапный цианоз, появление болей в груди, нарушение дыхания, тахикардия, снижение артериального давления, тошнота) рекомендует перевести больную в положение Тренделенбурга и положить на левый бок. Вследствие этого кровь из нижней полой вены в достаточном количестве заполняет правое предсердие и вызывает раздражение нервных окончаний в стенке предсердия, вследствие чего его сокращения возобновляются. Газ, заполнивший при эмболии правое предсердие и образовавший препятствие току крови, перемещается в правый желудочек, откуда он сокращениями сердца может быть вытолкнут в легкие, чему способствует энергичное прижатие согнутых бедер к эпигастрию.

Возможным осложнением при наложении пневмоперитонеума является эмфизема. Вследствие технических погрешностей при введении газа может развиваться медиастинальная эмфизема. При этом возникают боли за грудиной и в области шеи, появляется хриплость голоса, наблюдаются нарастающее удушье, затруднение движений шеи глотания слюны, приема пищи. При осмотре больной определяются эмфизема области шеи (симптом хруста), цианоз лица и тахикардия. Спокойное положение, согревающие компрессы, введение обезболивающих и снотворных средств облегчают эти тягостные ощущения. Медиастинальная эмфизема проявляется через 2—3 ч после введения таза при вертикальном положении больной. Более легко протекает эмфизема предбрюшинной и подкожной

клетчатки. Возникновение эмфиземы обычно неопасно. Через 2—3 дня она исчезает самостоятельно.

Иногда при наложении пневмоперитонеума образуется гематома передней брюшной стенки в месте введения иглы. В очень редких случаях возникает внутрибрюшное кровотечение, связанное с ранением крупного сосуда (в этом случае показана лапаротомия). Возможна перфорация кишки иглой, что сравнительно легко может произойти при наличии метеоризма или обширных спаек в брюшной полости. Однако, как уже было отмечено, метеоризм является противопоказанием к наложению пневмоперитонеума.

Ранение кишки иглой обычно не влечет за собой серьезных последствий. Для профилактики этого осложнения следует использовать тонкую иглу с тупым срезом. Произвести линейный разрез кишки такой иглой невозможно, а пункционное отверстие сразу же закрывается, чему способствует сокращение продольной и циркулярной мускулатуры кишки. В некоторых случаях, чтобы ускорить введение газа в брюшную полость, используют иглы большего диаметра, а иногда и с заостренным концом, как у обычных игл. Это опасно, так как можно произвести линейный разрез кишки, при проколе игла большого диаметра нарушает герметичность ее стенки. Возможно также ранение сосуда. При наложении пневмоперитонеума можно пользоваться только специальными иглами.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В настоящее время эхография стала одним из ведущих методов исследования в гинекологии, чему способствовало появление аппаратуры с высокой разрешающей способностью. Применение ультразвука для медицинской диагностики основано на том, что ткани различной плотности, по-разному отражают и поглощают ультразвуковую энергию, причем ультразвук способен отразиться от границ раздела двух сред, незначительно отличающихся друг от друга по плотности. С помощью ультразвука можно получить изображение таких образований, которые недоступны для рентгенологического исследования в силу небольшой плотности.

С диагностической целью применяется ультразвук частотой от 1 до 15 МГц. Более высокая частота позволяет получить изображение образований в тканях, которые лежат очень близко друг от друга, но глубина проникновения ультразвука в ткани при этом невелика. При меньшей частоте ультразвука уменьшается разрешающая способность метода, т. е. можно получить изображения участков тканей, лежащих дальше друг от друга, чем при высокой частоте, но увеличивается глубина проникновения ультразвука в ткани.

В обычных условиях тазовые органы недоступны для исследования в связи с выраженным отражением ультразвуковых волн от содержащих газ петель кишечника. Для визуализации внутренних половых органов необходимо хорошее наполнение мочевого пузыря. Такой пузырь вытесняет из малого таза кишечник и представляет собой идеальную среду для прохождения ультразвуковых волн. Наряду с этим он становится как бы эталоном, необходимым для дифференциации плотных и жидкостных образований.

Показанием к ультразвуковому исследованию являются необходимость установить наличие опухоли, определить ее консистенцию и провести дифференциальную диагностику опухолей матки и придатков.

Ультразвуковое исследование легко переносится больными, к этому методу исследования почти нет противопоказаний. Исключением служат заболевания кожи передней брюшной стенки, так как в этих случаях смазывание пораженных участков вазелином и прикладывание к ним датчика вызывают дополнительное раздражение. При проведении исследования женщина должна лежать на спине. Кожу живота и мембрану датчика прибора смазывают вазелиновым маслом для создания звукового контакта, после чего датчик прикладывают к передней брюшной стенке.

Ультразвуковое исследование дает возможность определить консистенцию опухоли и в известной мере судить об ее структуре. При сопоставлении данных ультразвукового и

клинического исследований значительно облегчается диагностика миомы матки и дегенеративных изменений в миоматозных узлах, опухолей, исходящих из яичника. У некоторых больных можно подтвердить диагноз эндометриоидной кисты и заподозрить рак яичника.

Особое значение ультразвуковое исследование имеет для диагностики состояний, требующих неотложной помощи. Можно определить наличие свободной жидкости в брюшной полости, выявить гнойные tuboовариальные образования, абсцесс в брюшной полости, некроз узла миомы матки.

Визуализация плодного яйца в матке исключает внематочную беременность. В ряде случаев удается обнаружить плодное яйцо вне матки или при прервавшейся трубной беременности определить наличие жидкости (крови) в прямокишечно-маточном углублении.

Естественно, что данные ультразвукового исследования, как и другие дополнительные данные, должны сопоставляться с наблюдаемым у больной клиническим симптомокомплексом.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

К этим методам исследования относятся лапароскопия — осмотр брюшной полости через переднюю брюшную стенку, кульдоскопия — осмотр через задний свод влагалища и гистероскопия — осмотр внутренней поверхности матки.

Показаниями к эндоскопическому исследованию органов брюшной полости являются необходимость дифференциальной диагностики опухолей матки и придатков, опухолей и опухолевидных образований придатков матки воспалительной этиологии, подозрение на склерокистозные яичники, эндометриоидные кисты и уродства внутренних половых органов.

Экстренным показанием к лапароскопии служит необходимость дифференциальной диагностики острых хирургических и гинекологических заболеваний: острого аппендицита, подозрения на разрыв пиосальпинкса или кисты яичника, апоплексии яичника, трубной беременности (прогрессирующая или протекающая по типу трубного аборта), перфорации матки.

Диагностическое значение эндоскопических методов исследования заключается в том, что с их помощью можно определить контуры, цвет и характер поверхности образований, расположенных в малом тазе. Объективные данные о состоянии органов малого таза позволяют установить или исключить то или иное заболевание. Путь введения инструмента в брюшную полость не имеет принципиального значения. Выбор метода в каждом отдельном случае зависит от локализации образований, подлежащих осмотру.

В настоящее время большинство исследователей предпочитают кульдоскопии лапароскопию. Использование лапароскопов с манипуляторами и операционными приставками значительно расширило возможности этого исследования.

Эндоскопическое исследование эффективно при дифференциальной диагностике опухолей матки и придатков. Во время осмотра при субсерозном миоматозном узле видна матка с гладкой ярко-розовой поверхностью и узел, исходящий из стенки матки. При множественной миоме видны множественные миоматозные узлы, которые по цвету несколько бледнее, чем матка. При наличии кисты яичника обычно хорошо видно образование серого или голубоватого цвета с прозрачным содержимым, круглой или овальной формы, располагающееся в области правых придатков матки. Паровариальная киста имеет вид кистозного образования голубоватого цвета с распластанной по нему маточной трубкой; рядом обычно виден неизменный яичник.

Большое значение приобрела эндоскопия в диагностике эндометриоидных кист. При этом заболевании можно увидеть характерные белесоватые образования, иногда с синими просвечивающимися участками или коричневыми наложениями. Образования имеют плотную капсулу и неровную поверхность.

С помощью эндоскопии можно диагностировать опухоли яичников небольших размеров, не определяемые пальпаторно при двуручном влагалищном исследовании.

Эндоскопическое исследование позволяет обнаружить также склерокистозные яичники. При этом синдроме в малом тазе редко наблюдаются спайки, затрудняющие осмотр. Обычно хорошо видна неизменная матка ярко-розового цвета, занимающая срединное положение. Яичники с обеих сторон увеличены до размеров крупной сливы или куриного яйца, имеют белесоватую блестящую поверхность с характерным перламутровым оттенком.

Эндоскопическое исследование весьма эффективно при уточнении диагноза трубной беременности. При этом видна расширенная маточная труба сине-багрового цвета, нередко с участием кровоизлияний.

Эндоскопию следует производить как завершающий этап, если все другие исследования не дали положительных результатов. Обязательно сопоставление данных эндоскопии с результатами клинического обследования.

В экстренных ситуациях (уточнение диагноза трубной беременности, разрыв капсулы опухоли и т. д.) исследование следует начинать с эндоскопии. Если вопрос о необходимости оперативного вмешательства решен и лапароскопия не изменит лечебную тактику, эндоскопию проводить не следует. Противопоказания к эндоскопии: декомпенсация сердечной деятельности, легочная недостаточность, инфекционные заболевания, общее тяжелое состояние больной, гипертония, метеоризм, тяжелые неврозы, менструация, беременность.

К эндоскопическому исследованию больную готовят так же, как к чревосечению. Исследование проводят в операционной под различными видами обезболивания. Больную укладывают на операционный стол. Переднюю брюшную стенку обрабатывают так же, как перед полостной операцией, и обкладывают стерильными простынями. Перед проведением лапароскопии показано наложение пневмоперитонеума, так как для осмотра необходимо прежде всего создание пространства обзора. В брюшную полость вводят около 2 л кислорода, углекислого газа или закиси азота. Введение газа сопровождается заметным увеличением объема живота, складка на талии сглаживается. Независимо от того, какой газ применяется, живот должен быть так сильно наполнен, чтобы при введении троакара исключалась опасность ранения органов брюшной полости вследствие сжатия их между брюшной стенкой и позвоночником. Исследование проводят с помощью специального лапароскопа. Можно использовать также торакоскоп с боковой и прямой оптикой.

При лапароскопии больную переводят в положение Тренделенбурга. Скальпелем делают надрез кожи длиной 0,5 см, через который в брюшную полость вводят троакар. Его направляют косо впереди по направлению К лону. Значительным препятствием для троакара является аноневроз, особенно у молодых женщин, занимающихся спортом и физическим трудом. Второе, менее выраженное препятствие на пути движения троакара — париетальная орюшина. В настоящее время принято производить прокол брюшной стенки через пупок, где, как известно, кожа непосредственно соединена с брюшиной. Манипулятор вводят через дополнительное отверстие на передней орюшной стенке.

При удалении стилета через гильзу троакара с характерным шипящим звуком выделяется газ. Это является признаком того, что троакар находится в брюшной полости. Через гильзу троакара вводят оптический прибор после чего включают осветительную систему и производя осмотр органов малого таза. Для правильной ориентации в брюшной полости прежде всего находят матку. Поворачивая прибор в стороны, можно осмотреть яичники и маточные трубы на всем их протяжении. Наряду с этим хорошо видны спайки, аномалии органов малого таза миомы, кистомы и другие патологические изменения, червеобразный отросток. После окончания осмотра прибор удаляют, газ через гильзу троакара выходит из брюшной полости. На разрез кожи накладывают шов.

Осложнения при лапароскопии могут быть обусловлены наркозом, наложением пневмоперитонеума, введением троакара в брюшную полость, манипуляцией во время исследования и инфекцией брюшной полости. При введении троакара в брюшную полость может произойти ранение сосудов передней брюшной стенки (что исключается при введении троакара через пупок), сальника, брыжейки кишечника и стенки кишки (при наличии спаек ее с передней брюшной стенкой). В этих случаях показаны чревосечение и устранение

дефекта. Кровотечение может возникнуть также после биопсии яичника или пережигания спаек. Если коагулятором не удастся остановить кровотечение, то также показано чревосечение. Осложнения при лапароскопии связаны, как правило, с техническими погрешностями в проведении процедуры.

Наиболее распространенным и удобным для проведения кульдоскопии является коленно-грудное положение больной. В таком положении таз приподнимается над бедрами, живот расслаблен и висит, органы брюшной полости располагаются ближе к диафрагме. Внутрибрюшное давление под диафрагмой увеличивается, а в малом тазе уменьшается. При этом положении влагалище растягивается и его слизистая оболочка утрачивает складчатость. Давление в желудке и кишечнике верхней половины живота увеличивается, в то время как в прямой и сигмовидной кишке снижается.

Слизистая оболочка заднего свода влагалища и брюшина прямокишечно-маточного углубления близко прилегают друг к другу. Этим создаются оптимальные условия для пункции заднего свода. Во время пункции в брюшную полость в силу создавшегося там отрицательного давления засасывается воздух (до 1500 мл). При коленно-грудном положении больной создаются хорошие условия для осмотра органов малого таза.

Кульдоскопию проводят в перевязочной или в малой операционной с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Вначале в положении больной на спине производят обработку наружных половых органов и влагалища. Шейку матки обнажают в зеркалах и захватывают заднюю губу пулевыми щипцами. В боковые влагалищные своды вводят по 10—20 мл 0,25% раствора новокаина. Затем больную переводят в коленно-грудное положение (пулевые щипцы с шейки матки не снимают). Зеркалом, введенным во влагалище со стороны промежности, обнажают задний свод. Подтягиванием за пулевые щипцы несколько низводят шейку матки, при этом в центре заднего свода появляется ладьевидная ямка. Через эту ямку в брюшную полость вводят толстую иглу. Можно пользоваться также иглой для переливания крови, захватив ее корнцангом таким образом, чтобы корнцанг и игла составляли прямую линию. При прохождении иглы в брюшную полость туда с характерным звуком проникает атмосферный воздух.

По ходу иглы скальпелем производят надрез заднего свода влагалища. Через него в брюшную полость вводят троакар, а затем оптический прибор. При осмотре органов малого таза прежде всего находят заднюю поверхность матки, которая имеет характерную шаровидную форму и ярко-розовую окраску. После этого, вращая прибор, отыскивают трубные углы и яичники.

Окончив осмотр, прибор удаляют. Положив больную на спину и заставив ее сделать глубокий вдох и потужиться, так как при этом воздух лучше выходит из брюшной полости, извлекают троакар. Зашивать разрез в заднем своде влагалища нет необходимости. По показаниям после окончания эндоскопического исследования производят рентгенографию органов малого таза в условиях пневмоперитонеума. Для этого дополнительно вводят около 500 мл газа.

Неудачи и осложнения при кульдоскопии часто зависят от технических погрешностей. Как уже было указано место пункции заднего свода должно находиться примерно посередине между шейкой матки и прямой кишкой. Троакар может пройти через слизистую оболочку и фасцию влагалища, а затем скользнуть вдоль брюшины кзади или (чаще) кпереди. Если производить пункцию заднего свода ближе к шейке матки из опасения перфорировать прямую кишку, то конец троакара попадает в ретроцервикальное пространство. Если прямая кишка, фиксированная спайками к задней поверхности матки, оказывается на пути вводимого в брюшную полость троакара, то она может быть повреждена. Ранения прямой кишки обычно располагаются экстраперитонеально и заживают самопроизвольно. При кровотечении из влагалищной ранки следует наложить на нее шов.

Осложнения, которые могут возникать при лапароскопии и кульдоскопии, свидетельствуют о том, что эти процедуры могут выполняться только опытными специалистами в условиях стационара. Врач, проводящий эндоскопическое исследование, должен быть хорошо знаком с техникой, показаниями и противопоказаниями к его

проведению.

Одним из важных методов эндоскопического исследования является гистероскопия — осмотр полости матки с помощью оптического прибора. В настоящее время применяются метод Силандера с использованием баллона, газовая и контрастная гистероскопия. Метод Силандера модифицирован Л. С. Персианиновым и соавт. на основе смотрового цистоскопа. На дистальном конце гистероскопа укреплен латексный баллончик, который после введения в полость матки заполняется дистиллированной водой.

Аппаратура для газовой и жидкостной гистероскопии аналогична по конструкции. Система воздушных линз обеспечивает четкость изображения. Гистероскоп фирмы «Storz» (ФРГ), кроме оптического прибора, имеет операционный канал с набором гибких инструментов. Процедуру лучше проводить под сомбревиновым наркозом.

Гистероскопия дает возможность установить различные патологические состояния матки (полипы, рак, подслизистые миомы, эндометриоз, гиперплазию слизистой оболочки), а также проконтролировать качество выскабливания матки. Оценка полученных при гистероскопии данных требует известного опыта.

Противопоказанием к гистероскопии являются инфекционные заболевания, тяжелое общее состояние при экстрагенитальной патологии, острые воспалительные заболевания половых органов, III—IV степень чистоты влагалищных мазков, наличие в мазках возбудителей молочницы, трихомонад, кандид.

Проведение гистероскопии может сопровождаться рядом осложнений. Самым опасным осложнением является воспалительного процесса в придатках матки. Необходимо соответствующее лечение. При газовой гистероскопии не включается возможность попадания в брюшную полость газа, что сопровождается кратковременным раздражением брюшины. Терапия симптоматическая.

КИБЕРНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭВМ

Приводим краткие данные о работе в этой области, которая была проделана во Всесоюзном научно-исследовательском центре по охране здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения СССР совместно с лабораторией кибернетики Института хирургии имени А. В. Вишневского АМН СССР. Применение ЭВМ и методов кибернетики позволяет поставить обработку медицинской информации на принципиально новую основу.

В настоящее время ЭВМ нашли применение в медицине для решения таких задач, как диагностика, прогнозирование и выбор оптимального метода лечения, поиск информации и подбор литературы, организация и планирование здравоохранения, математическое моделирование различных систем организма и др. На основе универсальной диагностической системы Института хирургии имени А. В. Вишневского АМН СССР создана система для диагностики опухолей и опухолевидных образований внутренних половых органов женщины.

Опухоли и опухолевидные образования матки и придатков нередко имеют сходную клиническую картину. Процент диагностических ошибок колеблется от 20 до 30. Кроме того, иногда трудно определить характер опухолевидного образования (доброкачественное, злокачественное). Признаки злокачественных поражений в ранних стадиях развития часто бывают скудными и не привлекают должного внимания ни больных, ни врачей, что приводит к запоздалой диагностике.

Все заболевания, подлежащие распознаванию с помощью ЭВМ, были разделены нами на четыре класса. Отдельные нозологические формы определялись в зависимости от значения их для клиники и трудностей дифференциальной диагностики,

I класс - опухоли и опухолевидные образования тела матки (24 нозологические формы). Своевременная диагностика миомы матки, определение локализации миоматозных узлов, распознавание сочетаний миомы матки с другими заболеваниями (миома и внутренний эндометриоз, миома и рак и т. д.) имеют большое значение для выбора метода консервативного или оперативного лечения. В список нозологических форм включены

беременность, неполный аборт, плацентарный полип, полипоз эндометрия, аномалии развития матки и др., что обусловлено трудностями дифференциальной диагностики.

II класс — набластоматозные опухолевидные образования придатков матки (13 нозологических форм). Выделение этого класса имеет большое значение, так как при заболеваниях, входящих в него, больные длительное время могут находиться под наблюдением врача, получая повторные курсы консервативной терапии (противовоспалительной или гормональной).

III класс — доброкачественные опухоли придатков матки (12 нозологических форм). Хотя положение об оперативном лечении опухолей яичников является общепринятым, установление более точного диагноза до операции весьма желательно, так как позволяет определить срочность и объем оперативного вмешательства.

IV класс — злокачественные опухоли придатков матки (10 нозологических форм). Установить диагноз злокачественного новообразования придатков матки до вскрытия брюшной полости не всегда удается даже опытному клиницисту. До начала лечения важно точно определить гистологический характер опухоли и стадию распространения патологического процесса, что может иметь значение при решении вопроса о проведении дооперационной химиотерапии.

Программой предусмотрена возможность постановки у больной диагноза заболевания как одного, так и другого класса.

После составления списка заболеваний, подлежащих машинной диагностике, необходимо было определить априорную вероятность развития каждого из них. Априорная вероятность представляет собой удельный вес, или распространенность, каждого из заболеваний среди всех взятых нами нозологических форм. Полученные нами показатели априорных вероятностей изучаемых заболеваний рассчитаны для хирургического учреждения, до поступления в которое больные проходят предварительный поликлинический отбор.

Количественное определение диагностической значимости испытаний для распознавания опухолей и опухолевидных образований матки и придатков показало, что при ультразвуковом, рентгенологическом и инструментальных исследованиях выявляются признаки, имеющие наибольшую дифференциально-диагностическую значимость. Список симптомов включает в себя около 225 признаков, выявляемых при сборе анамнеза, осмотре и пальпации, влагалищном или ректальном исследовании, лабораторных исследованиях, зондировании полости матки, исследовании при помощи ультразвука, рентгенологическом исследовании, гистероскопии, эндоскопии, диагностическом выскабливании слизистой оболочки тела матки.

Для введения данных о симптоматике в медицинскую память машины признаки сформулированы так, что относительно каждого из них возможен лишь положительный или отрицательный ответ. С этой целью результаты качественных исследований представлены в дискретном виде (да — 1, нет — 0). Для количественных признаков выделены определенные уровни, которые учитывались как отдельный признак. На основе отобранных признаков разработана стандартная «Карта обследования», в которую вносились данные, полученные при обследовании больной. Главную часть работы по созданию диагностической системы составила разработка таблицы медицинской памяти. В этой таблице по вертикали расположены названия рассматриваемых заболеваний, а по горизонтали — диагностические признаки (симптомы) этих заболеваний. Содержание таблицы составляют числа, характеризующие частоту выявления данного признака при каждом заболевании (в процентах).

Отличительной особенностью медицинской памяти для диагностики опухолей и опухолевидных образований матки и придатков является то, что она состоит из четырех таблиц. Каждому классу заболеваний соответствует таблица медицинской памяти, которая построена так, что позволяет распознавать заболевания как одного, так и другого класса (т. е. осуществлять диагностику комбинаций, например «миома матки и цилиоэпителиальная киста яичника»), а также в отдельных случаях отвергнуть заболевания как одного, так и

всех четырех классов. Основным материалом для заполнения таблиц медицинской памяти служили статистические данные, полученные при обработке архивного материала.

Технически процесс диагностики с помощью ЭВМ осуществлялся следующим образом. По мере обследования больной одновременно с историей болезни заполняли особую «Карту обследования». Затем сведения с помощью специального кода переносят на перфокарту. На перфокартах зашифрованы также таблицы медицинской памяти и программа для ЭВМ (т. е. диагностический алгоритм), которые вводили в машину вместе с симптоматикой больной.

На первом этапе машинной диагностики (детерминистская логика) исключаются те заболевания придатков и матки, которые несовместимы с обнаруженными у больной признаками. На этапе {вероятностной логики машина вычисляет вероятности оставшихся заболеваний в каждом классе, возможных при данном наборе признаков. Для проверки результатов вероятностной логики машина производит вычисления по методу фазового интервала, который основан на понятии расстояния между клиническим случаем и «областями» различных заболеваний в фазовом пространстве признаков. Каждая кодированная история болезни проводится последовательно через все четыре класса машинной памяти. В результате в каждом классе отмечаются вероятности тех или других заболеваний.

Система апробирована с помощью ретроспективной машинной диагностики. К машинной диагностике приступали после проведения минимального объема обследований больной, который состоял из данных анамнеза, осмотра, влагалищного или ректального исследования и клинического анализа крови. В большинстве случаев (у 70% больных) полученной информации оказывалось достаточно для того, чтобы был достигнут порог одного из заболеваний в каждом классе и установлен диагноз. Если диагностический порог не определялся ни при одном из заболеваний данного класса, то машина указывала, какие исследования из числа еще не проведенных имеют наибольшее дифференциально-диагностическое значение для этого класса заболеваний в данной ситуации.

При сравнении дооперационного клинического и машинного диагноза с истинным диагнозом, подтвержденным во время операции и гистологического исследования удаленного препарата, выявлено, что с помощью ЭВМ удалось правильно установить класс заболевания в 95% случаев и точно определить нозологическую единицу в 75%. Проведенная работа показала высокую эффективность диагностической системы и перспективность ее применения в клинике. Безусловно, в будущем кибернетические диагностические системы будут иметь большое значение и при диагностике неотложных состояний в гинекологии.

Глава VI

ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ КОЛЛАПС, ШОК, КОМАТОЗНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Каждый из вопросов, рассматриваемых в этой главе, представляет собой обширный раздел медицины. Совершенно естественно, что в узких рамках этой работы эти вопросы не могут получить подробного освещения. Приводимые данные следует рассматривать как краткую информацию, позволяющую получить лишь общее представление о тех состояниях, которые врач-гинеколог может наблюдать при диагностике и терапии неотложных состояний.

ПОСТГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ КОЛЛАПС И ШОК

Постгеморрагический коллапс. В гинекологической практике нередко встречаются коллаптоидные состояния, обусловленные кровотечением. У женщин нормальный объем циркулирующей крови равен 6,5% массы тела. Гематокрит (объем эритроцитов в плазме) составляет 43%. Объем циркулирующей крови — величина постоянная. Зависимость между объемом циркулирующей крови и емкостью сосудистого русла сохраняется на постоянном

уровне как в физиологических, так и в патологических условиях только определенное время.

Хроническую кровопотерю женщина переносит легче, чем острую. Известно, что иногда при внебольничном неполном аборте больная теряет очень много крови и у нее резко снижается содержание гемоглобина, но так как эти потери происходят медленно, то обычно не приводят к смертельному исходу. Чем быстрее происходит кровопотеря, тем более выражены реакции организма. Острая кровопотеря угрожает жизни больной в результате быстрого уменьшения объема циркулирующей крови (гиповолемия) и прогрессирующего нарушения кровоснабжения жизненно важных органов.

Внезапное уменьшение объема циркулирующей крови вызывает резкое снижение артериального давления, учащение пульса, уменьшение систолического объема сердца. Уменьшается ударный объем сердца, а следовательно, приток крови к тканям, развивается тканевая гипоксия. Гипоксия печени вызывает ряд тяжелых метаболических изменений. Возникает ацидоз, который оказывает отрицательное влияние на сердечно-сосудистую систему, снижает артериальное давление и ударный объем сердца (ацидоз средней степени — рН 7,2, тяжелый ацидоз - рН 7,02). Снижение артериального давления в связи с продолжающимся кровотечением вызывает нарушение коронарного кровообращения. При значительном нарушении мозгового кровообращения наступает обморок. При кровотечении происходит мобилизация компенсаторных механизмов, регулирующих гомеостаз организма. В стенках крупных кровеносных сосудов находятся многочисленные нервные окончания — барорецепторы, которые вместе с хеморецепторами, сосудодвигательным центром и симпатической нервной системой быстро реагируют на гемодинамические сдвиги в системе кровообращения. В результате кровопотери учащается ритм сердечных сокращений, возникает спазм средних и малых артерий и капилляров. В связи с этим уменьшается емкость сосудистой системы и на некоторое время несколько повышается артериальное давление. Благодаря этому к сердцу притекает больше крови. Происходит также мобилизация крови, находящейся в депо (в основном в органах брюшной полости).

В период острой кровопотери надпочечники выделяют большее количество катехоламинов. Печень также способствует сохранению гомеостаза, так как в ней вырабатываются белки, необходимые для повышения онкотического давления. В сосудах системы микроциркуляции снижается гидростатическое давление, что способствует проникновению тканевых жидкостей в сосудистую систему. Сокращение мелких лимфатических сосудов и пониженное венозное давление способствуют притоку лимфы в венозную систему. При этом происходит разжижение крови и увеличение объема циркулирующей крови. Компенсаторные механизмы имеют относительный характер, после чего происходит срыв компенсации и развивается постгеморрагический коллапс.

К серьезным гематологическим нарушениям ведет потеря 20 — 30% объема циркулирующей крови. Коллапс возникает при утрате 1/3 объема циркулирующей крови (приблизительно 1500 мл крови у больной с массой тела 70кг).

Цианоза частого и малого пульса, снижении артериального давления. При массивной кровопотере отмечают затемнение или полная потеря сознания, анурия. Максимальное артериальное давление снижается до 8 кПа (60 мм рт. ст.) и более, что может привести к резкому нарушению почечного кровоснабжения и клубочковой фильтрации. Спазм почечных сосудов после восполнения кровопотери может сохраняться длительное время.

При оценке величины кровопотери, если нет возможности учесть ее достаточно точно, следует ориентироваться на показатели артериального давления и гематокрит. После кровотечения величина гематокрита значительно снижается за счет проникновения внеклеточной жидкости в сосудистое русло. Установлено, что существует определенная зависимость между степенью снижения систолического давления и уменьшением объема циркулирующей крови. По данным некоторых авторов, снижение систолического давления на 6,67 кПа (50 мм рт. ст.) соответствует уменьшению циркулирующей крови на 1/3 по сравнению с исходным уровнем. Гематокрит ниже 25% свидетельствует о значительной кровопотере и гипоксии тканей.

Лечение острой кровопотери сводится к прекращению кровотечения и восстановлению

массы циркулирующей крови. Гемотрансфузии нормализуют кровообращение и состав крови больной. При отсутствии достаточного количества крови переливают кровезаменители. По показаниям применяют кардиальные средства, а также препараты, тонизирующие сосудистую систему (эфедрин, норадреналин). Проводят десенсибилизирующую и антибактериальную терапию.

Все лечебные мероприятия необходимо осуществлять одновременно с остановкой кровотечения, так как иначе не удастся получить стойкого эффекта. Трансфузионную терапию следует начинать без промедления. Если не определены группа крови и резус-принадлежность больной, то надо начинать вливание кровезаменителей (полиглюкин, реополиглюкин), чтобы быстро увеличить объем циркулирующей крови. Фактор времени при борьбе с кровотечением имеет решающее значение. Переливать надо обязательно одногруппную и однозначную по резус-фактору кровь. При необходимости массивного переливания кровь следует предварительно подогреть. Вливание крови и кровезамещающих жидкостей следует производить в две вены одновременно. Целесообразно производить переливание крови струйно до повышения уровня артериального давления, а затем переходить на капельное введение. При трансфузионной терапии желательнее использовать подключичную вену, в которую можно вводить растворы длительное время. В случае необходимости применяют внутриартериальное нагнетание крови.

Для борьбы с ацидозом прибегают к внутривенному введению раствора гидрокарбоната натрия. Поскольку при острой кровопотере страдает функция коры надпочечников, таким больным надо вводить кортикостероидные препараты одновременно (гидрокортизон в дозе 200 — 500 мг, в дальнейшем по 200 мг через 4 — 6 ч или преднизолон по 30 — 60 мг внутримышечно).

Строго следят за функцией мочеотделения. В обычных условиях оно составляет 25 — 50 мл мочи в час. При шоке и коллапсе эти показатели снижаются до 2 — 10 мл/ч или развивается полная анурия. В таких случаях показано введение осмотических диуретиков (маннитол в дозе 1 г на 1 кг массы тела, 40% раствор глюкозы в дозе 60 — 100 мл внутривенно).

Массивные кровотечения сопровождаются глубокими нарушениями гомеостаза. Нередко возникает острый фиб-ринолиз, при котором остановка кровотечения представляет значительные трудности. Необходимы внутривенное введение фибриногена (4 — 8 г и более) и сухой плазмы (150 — 300 мл), переливание свежей донорской крови (500 — 1000 мл). Наиболее эффективно прямое переливание крови (1 л и более).

Дополнительно к указанной терапии вводят 5% раствора эpsilon-аминокапроновой кислоты по 100 — 200 мл. Для предотвращения возникновения тромбов в вену одновременно вводят 5000 ЕД гепарина. Гепарин препятствует образованию внутрисосудистых сгустков крови и тем самым (посредством ряда сложных процессов) приводит к освобождению фибриногена (после острой кровопотери происходит внутрисосудистое свертывание крови, которое является одной из главных причин развития состояния гипофибриногенемии).

Для подавления фибринолиза эффективно введение 25000 ЕД трасилола (контрикал), растворенного в 200 — 300 мл 5% раствора глюкозы или изотоническом растворе хлорида натрия. Объем инфузионно-трансфузионной терапии определяется индивидуально. В условиях фибринолиза противопоказана пункция подключичной вены. Введение крови и различных кровезамещающих препаратов осуществляют через поверхностные вены путем венесекции и катетеризации их специальными пластиковыми катетерами. В этих случаях при возникновении кровотечения возможна его остановка.

Травматический шок в гинекологической практике встречается значительно реже, чем кровотечение. Он может быть следствием перфорации матки, недостаточного обезболивания при проведении операции и т. д. Чаще шок имеет место при акушерской патологии (разрыв матки, разрыв лонного сочленения и т. д.).

Патогенез шока весьма сложен, и не все механизмы его возникновения и развития изучены в достаточной степени. Ведущее значение в патогенезе шока принадлежит

нарушениям в нервной системе. Все остальные изменения при шоке развиваются вторично на фоне перераздражения нервной системы.

Под влиянием потока нервных импульсов, вызванных какой-либо причиной, возникает разлитое возбуждение нервной системы (эректильная фаза шока). Клинически оно проявляется двигательным возбуждением, повышением артериального давления, одышкой, тахикардией, повышением температуры тела и обмена веществ, гипергликемией. Усиливается функция передней доли гипофиза и надпочечников, что также является следствием возбуждения центральной нервной системы. Изменения, возникающие в эректильной фазе шока, можно отнести к приспособительным реакциям, и они имеют обратимый характер.

Если сопротивляемость организма больной снижена или имеется тяжелая травма, то развиваются истощение центральной нервной системы и запредельное торможение. Это проявляется симптомами торпидной фазы шока: общим угнетением организма, апатией, ослаблением рефлексов, слабой реакцией на внешние раздражители, снижением артериального и венозного давления, уменьшением объема циркулирующей крови, нарушением обмена веществ, поверхностным дыханием. Запредельное охранительное торможение способствует восстановлению энергетических ресурсов в центральной нервной системе. В этой фазе наряду с патологическими изменениями сохраняются приспособительные реакции.

В дальнейшем наступает фаза полного истощения центральной нервной системы. Развиваются гипоксемия и гипоксия органов и тканей. На почве острой сосудистой и дыхательной недостаточности возникает кислородная недостаточность, которая усиливает нарушения функции центральной нервной системы. Нарушаются окислительно-восстановительные процессы, развивается ацидоз, происходит торможение углеводно-фосфорного обмена в головном мозге, повышается проницаемость сосудистых мембран.

Одним из основных признаков тяжелых нарушений является выход жидкости из кровеносного сосуда в ткани, в результате чего происходит сгущение крови, уменьшается объем циркулирующей крови, увеличивается гематокрит.

При шоке наблюдается нарушение функции всех органов и систем организма. Показателем нарастания шока является прогрессирующее снижение почасового диуреза вследствие ишемии почек. При необходимости оперативного вмешательства его нужно проводить одновременно с противошоковыми мероприятиями.

Нередко бывает трудно отличить шок от коллапса, связанного с острой массивной кровопотерей. Иногда эти состояния сопутствуют друг другу, и тогда борьба с ними становится еще более трудной. Необходимо учитывать, что при шоке отчетливо выражен фазовый характер изменений (эректильная, торпидная фазы). Уже в эректильной фазе шока в мозговой ткани возникают изменения углеводно-фосфорного обмена как следствие кислородного голодания, связанного с резким возбуждением центральной нервной системы и повышением потребности в кислороде, при этом артериальное давление остается несколько повышенным.

Во время коллапса даже при снижении артериального давления в головном мозге не отмечается изменений углеводно-фосфорного обмена.

При кровотечении также имеют место различные изменения в деятельности организма, однако это происходит после значительной кровопотери и резкого снижения артериального давления. Решающее значение имеет кислородная недостаточность, которая обуславливается уменьшением массы циркулирующей крови и острой сосудистой недостаточностью. Патологические изменения функции центральной нервной системы связаны в основном с гипоксемией и гипоксией. Таким образом, нарушение функции нервной системы при кровопотере возникает вторично.

Шок можно предупредить с помощью наркоза. Патологические изменения при кровопотере нельзя предупредить даже с помощью глубокого наркоза. В поздних стадиях шока и при массивной кровопотере различия между этими состояниями сглаживаются.

Лечение шока должно быть направлено на ликвидацию болевых ощущений,

нормализацию процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе, обмена веществ, борьбу с кислородным голоданием. С этой целью применяют новокаиновую блокаду, седативные и снотворные препараты, наркотики, а также противошоковые растворы, бромиды, препараты брома, кофеина и морфина. Для ликвидации кислородного голодания широко прибегают к переливанию крови, плазмозамещающих растворов, введению средств, тонизирующих сосудистую систему, применяют кислород. Кроме того, вводят витамины, глюкозу, кортикостероиды. Для борьбы с ацидозом используют 4 — 8% раствор гидрокарбоната натрия.

Одним из основных противошоковых мероприятий является переливание крови или ее компонентов (эритро-цитная масса, полиглокин, реополиглокин). Дозы препаратов устанавливают индивидуально. В случае обнаружения диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови используют гепарин.

Таким образом, терапия должна быть комплексной и направленной на нормализацию нарушенных функций организма женщины, устранение гиповолемии, гипоксии, сердечно-сосудистой недостаточности, болевого синдрома, а также нарушений микроциркуляции.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ ШОК

Переливание крови и ее компонентов широко используется в клинической практике. Необходимым условием переливания крови является строгое соблюдение инструкций. После переливания совместимой крови могут наблюдаться различные реакции (пирогенные, аллергические, анафилактические).

Пирогенные реакции проявляются повышением температуры тела, иногда ознобом, болями в пояснице и костях. В этих случаях показано применение жаропонижающих средств и кардиальной терапии.

При аллергической реакции к повышению температур, тела присоединяются одышка, тошнота, рвота. В этих случаях, кроме жаропонижающих, используют антигистаминные препараты (димедрол, супрастин), кортикостероиды, кардиальные и десенсибилизирующие средства.

Наиболее тяжелой реакцией является анафилактический шок, который характеризуется вазомоторными расстройствами, гиперемией кожи, цианозом, холодным потом. Пульс частый, нитевидный. Артериальное давление снижено. Тоны сердца глухие. Могут развиваться отек легких и крапивница.

Лечение анафилактического шока надо начинать немедленно. В вену вводят 60 — 90 мг преднизолона в 20 мл 40% раствора глюкозы. При отсутствии эффекта через 15 — 20 мин введение препарата повторяют. Показана трансфузия реополиглокина (до 800 мл). Применяют сердечные (коргликон, строфантин) и антигистаминные (димедрол, супрастин, пипольфен) препараты. Для снятия бронхоспазма вводят внутривенно 10 мл 2,4% раствора эуфиллина в 20 мл 40% раствора глюкозы. При необходимости производят трахеотомию и искусственную вентиляцию легких. Судорожный синдром снимают внутривенным введением раствора седуксена. Ацидоз корректируют введением 200 мл 4% раствора гидрокарбоната натрия и 400 мл 10% раствора лактасола. Диурез стимулируют фуросемидом или лазиксом (внутривенно или внутримышечно).

Осложнения после переливания крови связаны с несовместимостью крови донора и реципиента, бактериальным загрязнением крови, нарушением техники переливания крови (воздушная эмболия, тромбоземболия), циркуляторной перегрузки, массивным переливанием крови, недоучетом противопоказаний к переливанию крови. Чаще всего осложнение обуславливается переливанием несовместимой крови, вследствие чего возникает гемотрансфузионный шок.

Гемотрансфузионный шок развивается при переливании крови, несовместимой по группе или резус-фактору. В настоящее время известно много агглютиногенов, которые имеются в крови человека. Определение групп крови и резус-принадлежности ее совсем не

всегда делает гемотрансфузию полностью безопасной.

Чаще всего пострасфузионный шок возникает при несовместимости крови реципиента и донора по системе АВ0. Иммунологический конфликт может быть также обусловлен изоммунизацией, различной резус-принадлежностью больной и донора.

Переливание крови — это введение чужеродного белка, в связи с чем необходимо устанавливать строгие показания. Не следует производить гемотрансфузию в тех случаях, когда без нее можно обойтись. Выполнять переливание крови должен только врач. Тщательное наблюдение за больной позволяет заметить первоначальные нарушения, свидетельствующие об опасной патологии. Иногда первыми признаками постгеморрагической реакции являются беспокойство больной, боли в пояснице, озноб. В таких случаях гемотрансфузию следует сразу же прекратить.

Клиническая картина, которая развивается при переливании несовместимой крови, может быть самой разнообразной. При переливании крови, несовместимой в групповом отношении, клинические признаки осложнения проявляются уже после введения небольших количеств крови (25 — 75 мл). Больная становится беспокойной, жалуется на плохое самочувствие, затем на боли в пояснице, обусловленные спазмом почечных сосудов, чувство стеснения в груди, жар. Если трансфузия крови не прекращается, то снижается артериальное давление, появляется бледность кожных покровов, иногда рвота. Довольно быстро развивается гемоглинурия (моча приобретает цвет темного пива). Если же трансфузия вовремя прекращена, то эти симптомы могут исчезнуть бесследно. Однако необходим строгий врачебный контроль, так как позднее могут наступить тяжелые нарушения функции почек вплоть до развития острой почечной недостаточности.

После переливания резус-несовместимой крови клинические проявления могут возникнуть значительно позднее, т. е. тогда, когда перелита вся порция крови. Через несколько часов ухудшается общее состояние больной, появляются боли в пояснице, животе, возникают явления острой почечной недостаточности.

Чтобы избежать подобных осложнений, необходимо строго следовать правилам, предусмотренным инструкцией по переливанию крови. Эти правила должны выполняться неукоснительно даже в самых тяжелых ситуациях, при которых надо срочно начинать вливание крови. Следует провести все необходимые пробы: определение группы крови, резус-принадлежности, индивидуальной несовместимости крови донора и реципиента, биологическую пробу на совместимость. Переливание несовместимой крови больной, находящейся в тяжелом состоянии, резко снижает возможность благоприятного исхода заболевания.

В настоящее время известно много дополнительных агглютиногенов, поэтому надо стремиться переливать кровь не только одногруппную, но и однозначную по резус-фактору.

При возникновении осложнений переливание крови следует немедленно прекратить и снова определить группу крови и резус-принадлежность реципиента. Необходимо проверить также группу крови, находящейся в ампуле, провести повторную пробу на индивидуальную совместимость крови реципиента и донора. Если признаков несовместимости не обнаружено, то рекомендуется взять из вены в сухую пробирку 10 мл крови и немедленно центрифугировать. При наличии гемолиза (что указывает на переливание несовместимой крови) плазма крови над осевшими эритроцитами окрашивается в розовый или красный цвет. Установить диагноз переливания несовместимой крови помогает исследование мочи (наличие белка и элементов крови, окрашивание в темно-бурый цвет).

Как только выявлена несовместимость крови донора и реципиента, следует в экстренном порядке начинать лечение. Эффективность терапии тем выше, чем короче период гипотензии и ишемии почек. Мероприятия должны быть направлены на выведение больной из шока, поддержание функции жизненно важных органов, купирование геморрагического синдрома, предупреждение развития острой почечной недостаточности. Фактор времени имеет решающее значение: чем раньше начата терапия, тем благоприятнее исход.

Хорошие результаты дает внутривенное вливание низкомолекулярных коллоидных

кровезаменителей (реополиглюкин, желатиноль, поливинол). Необходимо вводить кортикостероиды, так как они уменьшают интенсивность и быстроту реакции антиген — антитело. По показаниям применяют сердечные, седативные и десенсибилизирующие средства. Производят также переливание совместимой крови. Необходимое для переливания количество крови зависит от глубины шока и кровопотери. В наиболее тяжелых случаях производят обменную трансфузию. Необходимо следить за тем, чтобы кровопотеря не превышала количества вводимой крови.

Одновременно с переливанием крови показано применение осмотического диуретика маннитола, который вводят в вену в течение 10 мин (100 мл 20% раствора). Если диурез увеличивается, то введение препарата следует продолжать. При отсутствии эффекта его надо прекратить, так как это может повести к отеку легких. Желательна консультация гематолога. Для лечения острой почечной недостаточности больную следует перевести в нефрологический центр.

С целью профилактики посттрансфузионных осложнений следует прежде всего производить переливание крови только по строгим показаниям.

У больных, организм которых сенсibilизирован к введению белка, может развиться тяжелая посттрансфузионная реакция с высокой температурой тела, ознобом, резким снижением сердечно-сосудистой деятельности. В связи с этим всегда следует выяснять, производилось ли больной переливание крови и как она его переносила. Если в анамнезе имеются указания на посттрансфузионные реакции, роды мертвым плодом или выкидыш, то можно предполагать, что у женщины в крови отсутствует резус-фактор.

Больные с длительными нагноительными процессами, изменениями свертывающей системы крови или другими

хроническими заболеваниями также часто дают реакцию на переливание крови, так как нередко у них нарушены функции почек и печени. Следует обращать внимание на состояние донорской крови. При наличии в ней хлопьев, сгустков, гемолиза или грубой мути переливать ее нельзя.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

В настоящее время, когда проводится лечение различными медикаментозными препаратами, практически любой из них может вызвать анафилактический шок. Шок возникает в результате аллергической реакции.

Патогенез развития анафилактического шока весьма сложен и изучен недостаточно. Установлено, что женщины чаще, чем мужчины, страдают различными формами лекарственной болезни. Нередко аллергические реакции возникают у гинекологических больных, страдающих эндокринными расстройствами и хроническими воспалительными процессами половых органов.

Клинические проявления анафилактического шока разнообразны. Возникают зуд кожи и слизистых оболочек, гиперемия, которая затем сменяется бледностью кожных покровов, тошнота, рвота, головная боль, шум в ушах, чувство страха, беспокойство. Затем проявляются более тяжелые симптомы: одышка, затруднение дыхания, боли в области сердца, отек гортани, крапивница, нарушение кровообращения, резкое снижение артериального давления, цианоз, потеря сознания. Анафилактический шок сопровождается вазодилатацией и повышением проницаемости капилляров. Вследствие бронхоспазма и отека гортани возникает гипоксия. В основе всех этих проявлений лежат спазм гладкой мускулатуры, отек слизистых оболочек и поражение сосудов.

Прогноз тем хуже, чем раньше развиваются явления анафилаксии. Чтобы спасти больную, требуется неотложная помощь. Необходимо срочное внутривенное вливание антигистаминных препаратов (димедрол, пипольфен), адреналина, гидрокортизона, эуфиллина, а также ингаляция кислорода, реополиглюкина, гемодеза. При астматическом приступе внутривенно вводят 10 мл 2,4% раствора эуфиллина вместе с 10 — 20 мл 40% раствора глюкозы. Если шок возникает под действием пенициллина, то следует ввести 1 000

000 ЕД пенициллиназы при появлении первых признаков реакции, так как в более поздние сроки препарат неэффективен. Препараты гормонов коры надпочечников применяют с целью предупреждения более поздних проявлений анафилаксии (крапивница, отек Квинке и др.). Внутривенно можно вводить до 100 мг преднизолона или до 20 мг дексаметазона.

При механической непроходимости дыхательных путей следует освободить их или даже произвести трахеостомию. Показана ингаляция кислорода.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ШОК

Тяжелым осложнением аборта является сепсис (септицемия, септикопиемия).

Септицемия начинается остро с повышения температуры тела, озноба. К этому быстро присоединяются явления общей интоксикации, тахикардия, одышка, цианоз, снижение артериального давления, олигурия. Нередко имеет место петехиальная сыпь из-за нарушения микроциркуляции. Позднее увеличиваются печень и селезенка. При биохимическом исследовании выявляются протеинемия и протеинурия. В крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево. СОЭ повышена.

При септикопиемии возникают множественные гнойные очаги в различных органах. При этом имеют место симптомы, характерные и для септицемии. Могут возникнуть септическая пневмония и эндокардит. Если возбудителем инфекции являются анаэробы, то быстро возникают желтуха и анурия. Общее состояние больной тяжелое. Мочи почти нет (анурия).

В результате острой бактериемии может возникнуть бактериальный шок. Чаще всего это осложнение развивается после септического аборта. С момента внебольничного вмешательства до появления первых признаков шока обычно проходит от 3 до 48 ч, иногда до 10 сут.

Заболевание начинается остро. Отмечается резкий подъем температуры до 39—40°C. Появляются потрясающий озноб, повышенное потоотделение, слабость, головная боль, рвота, боли в животе.

В крови обнаруживают выраженный лейкоцитоз, повышенную СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лимфопению. Содержание гемоглобина резко не снижается (сгущение крови). Снижение артериального давления происходит без выраженной кровопотери. Пульс частый, слабого наполнения, тоны сердца глухие. Выражена одышка. Вследствие нарушения микроциркуляции крови возникает акроцианоз, холодеют конечности, иногда выступает геморрагическая сыпь петехиального характера, появляются синюшные пятна на лице.

Наиболее характерны для бактериального шока сосудистый коллапс и прогрессирующее снижение артериального давления без кровопотери. Падение почасового диуреза также свидетельствует о наличии шока.

Нарушение функций центральной нервной системы проявляется затемнением сознания, ригидностью затылочных мышц, сильными головными болями, парезами. Нередко бактериальный шок сопровождается беспокойством и возбуждением.

Развивается стойкая олигурия с исходом в острую почечную недостаточность. Последняя возникает в результате воздействия бактериальных токсинов на паренхиму почек, внутрисосудистого свертывания крови в капиллярах клубочков и межканальцевых сосудах, длительной гипотонии и стойкого спазма сосудов коркового слоя почек. Вследствие указанных выше причин наступает снижение клубочковой фильтрации. Особенно тяжело протекает острая почечная недостаточность на фоне нарушений свертывающей системы крови.

Бактериальный шок сопровождается вазомоторным коллапсом. Происходит депонирование крови в периферических сосудах и снижение капиллярной перфузии, нарушение гомеостаза. На первый план выступают циркуляторные расстройства, глубина и длительность которых в значительной степени определяют исход заболевания. Циркуляторные расстройства и коллапс обусловлены изменениями сосудистой стенки.

Внутрисосудистые поражения приводят к снижению капиллярной перфузии. Бактериальные токсины вызывают констрикцию артериол и венул. При этом происходит открытие артериовенозных анастомозов и выход плазмы в ткани. В результате нарушения гомеостаза нередко возникают гипофибриногенемия и внутрисосудистое отложение фибрина.

Адренкортикотропная функция гипофиза, глюкокор-тикоидная функция коры надпочечников, симпатико-адреналовая система и система гистамин — гистаминаза при бактериальном шоке и послеабортном сепсисе претерпевают глубокие изменения. Нарушается деятельность систем нейрогуморальной регуляции, повышается секреция АКГГ как адаптационная реакция на стресс. В патогенезе бактериального шока важное место принадлежит нарушению гистаминного обмена. Увеличение концентрации общего содержания гистамина в крови, вероятно, играет большую роль в патогенезе острых циркуляторных расстройств, возникающих при бактериальном шоке. Значительно повышается концентрация гистамина в периферической крови и снижается активность гистаминазы, поэтому применение антигистаминных препаратов патогенетически обосновано.

Своевременная диагностика бактериального шока имеет очень большое практическое значение. При запоздалых диагностике и лечении смертность больных высокая. Лечение бактериального шока должно быть комплексным. Первая задача заключается в быстром и полном устранении источника инфекции (инструментальное удаление остатков плодного яйца). Если это мероприятие неэффективно, то показано удаление матки с маточными трубами. Наилучшие результаты дает раннее хирургическое вмешательство.

Оперативное вмешательство должно проводиться в начальных стадиях заболевания или же после выведения больной из состояния коллапса. При медикаментозной терапии следует использовать одновременно антибиотики широкого спектра действия в высоких дозах и нистатин. В начальных стадиях заболевания показаны вазодилататоры, в более поздних — вазопрессорные препараты. Широко применяют сердечные средства. Обязательны коррекция электролитного баланса, ликвидация состояния ацидоза и гипоксии. Следует также проводить терапию, направленную на поддержание достаточного уровня артериального давления, регуляцию функции вегетативной нервной системы. Переливание крови, кровезаменителей на декстрановой или желатиновой основе осуществляют в небольших количествах. Широко используют кортико-стероидные гормоны, антикоагулянты и антигистаминные препараты. Хороший терапевтический эффект, особенно при анаэробной инфекции, дает гипербаротерапия, которая является патогенетически обоснованной.

После ликвидации очага инфекции и выведения больной из коллапса ее следует перевести в нефрологический центр для борьбы с острой почечной недостаточностью.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ФУНКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ

Надпочечниковая недостаточность прежде всего может быть следствием заболевания самих надпочечников. Функциональное состояние коры надпочечников нарушается при шоке, кровопотере, инфекционных заболеваниях. Снижение функции надпочечников сопровождается слабостью, снижением артериального давления, гипогликемией. Иногда появляются диспепсические расстройства, боли в животе, симулирующие перитонит. При тяжелой форме недостаточности развиваются коллапс и коматозное состояние.

Нарушения сосудистого тонуса (острая или хроническая гипотония) при поражении надпочечников часто объясняют другими причинами: острой сердечной недостаточностью, интоксикацией и т. д. Значение правильной диагностики очень велико, так как при надпочечниковой недостаточности эффективна заместительная терапия (кортикостероидные гормоны).

Острая надпочечниковая недостаточность может развиваться после внезапной отмены преднизолона или других аналогичных препаратов, которые больная получала по поводу того или иного заболевания.

Данные анамнеза, характерные симптомы и результаты лабораторных исследований

(определение 17-кетостероидов в моче) помогают уточнить диагноз. Лечение заключается во введении кортикостероидов (преднизолон, гидрокортизон, дексаметазон). Дозы подбирают индивидуально.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КОМА

Комитет экспертов ВОЗ в 1981 г. предложил классификацию диабета, в соответствии с которой различают два типа заболевания — инсулинзависимый и инсулиннезависимый (у лиц с нормальной массой тела и ожирением).

Инсулинзависимый диабет характеризуется отсутствием или низким содержанием инсулина в крови, склонностью к развитию кетоацидоза. У таких больных содержание инсулина в крови может быть нормальным. Наблюдается выраженная инсулинорезистентность, что обусловлено изменениями инсулинорецепторов в тканях.

При диабете значительно нарушается обмен веществ, особенно углеводный и жировой. Печень и мышцы теряют способность превращать сахар в гликоген, и ткани не могут использовать его в качестве источника энергии. Нарушение углеводного обмена нередко сопровождается диабетической ретинопатией и ангионевропатией вплоть до возникновения почечной недостаточности.

Нарушения окислительно-восстановительных процессов в тканях приводят к кислородному голоданию. В организме накапливаются кетоновые тела (ацетон, ацетоуксусная и бета-оксимасляная кислоты) вследствие неполного распада жиров. Кетоновые тела создают состояние ацидоза, которое приводит к развитию комы.

Состояния, требующие неотложной помощи, чаще возникают у больных с инсулинзависимой формой диабета.

Диабетическая (кетоацидотическая) кома развивается постепенно. Предвестниками ее являются головная боль, тошнота, бессонница, потеря аппетита, упадок сил, усиленная жажда, подергивание мышц, полиурия, сменяющаяся олигурией и анурией, сухость слизистых оболочек, иногда боли в животе. Позднее наблюдаются запах ацетона изо рта (запах яблок), одышка, беспокойство, сонливость, потеря сознания. Кожа сухая, холодная, красная. Пульс учащен, слабого наполнения, артериальное давление снижено. В предагональном состоянии развивается дыхание Куссмауля.

Кетоацидотическая кома возникает вследствие неадекватно проведенной терапии (недостаточная дозировка инсулина, несоблюдение диеты). Иногда развитию комы способствуют нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы, патология печени, инфекция и т. д.

В основе патогенеза комы лежит гипергликемия. Содержание сахара в крови свыше 16,6 ммоль/л (300 мг%), что обусловлено недостатком инсулина. В крови накапливаются продукты неполного окисления жиров: ацетоуксусной, бета-оксимасляной кислот и ацетона. При лабораторном исследовании выявляются гликозурия и ацетонурия, снижение щелочных резервов и рН крови. Нередко отмечают высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышенное содержание остаточного азота и снижение уровня хлоридов в крови. Диагноз устанавливают на основании клинических симптомов и данных лабораторного исследования (сахар в моче, гипергликемия).

Для выведения больной из коматозного состояния показано немедленное введение инсулина внутривенно (до 60 ЕД) и одновременно подкожно (до 50 ЕД). Внутривенно вводят также 20 мл 40% раствора глюкозы. Введение инсулина повторяют через 2—3 ч (20—40 ЕД) под контролем содержания сахара в крови. Другие лекарственные препараты назначают по показаниям.

При передозировке инсулина или недостаточном приеме пищи возникает гипогликемия, которая проявляется слабостью, беспокойством, дрожью, бледностью кожных покровов и слизистых оболочек, усиленной потливостью и, наконец, потерей сознания. Наблюдается тахикардия. Артериальное давление нормальное или повышенное. Глазные яблоки твердые, зрачки расширены. Сухожильные рефлексы живые. Содержание глюкозы в

крови понижено. Щелочные резервы и рН крови в норме. Кетоновых тел в моче нет. Для того чтобы вывести больную из этого состояния, необходимо дать сахар внутрь или внутривенно ввести глюкозу.

При возникновении комы больные нуждаются в стационарном лечении не только для выведения их из этого состояния, но и для подбора соответствующих доз инсулина.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ТЕХНИКА НЕКОТОРЫХ ТИПИЧНЫХ ОПЕРАЦИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ГИНЕКОЛОГИИ

Ниже описывается техника отдельных гинекологических операций, которые чаще всего бывают необходимы при оказании неотложной помощи.

Надвлагалищная ампутация матки без придатков. Брюшную полость вскрывают послойно продольным срединным или поперечным надлобковым разрезом. Если имеются спайки, то их предварительно разделяют острым и тупым путем. Матку захватывают острыми щипцами и выводят в рану. В некоторых случаях следует предварительно рассечь натянутые круглые связки, чтобы облегчить последующее выведение в рану матки, увеличенной и деформированной опухолью.

После выведения опухоли в рану с обеих сторон непосредственно у ребра матки накладывают прямые зажимы, одновременно захватывающие круглые связки, трубы и собственные связки яичников. Концы зажимов, расположенные у самых ребер матки, не должны заходить ниже границы пузырно-маточной складки брюшины, чтобы не захватить стенку мочевого пузыря. При больших размерах миомы и резких деформациях матки круглые связки могут располагаться на значительном расстоянии от маточных труб и собственных связок яичников. В подобных случаях приходится накладывать отдельные зажимы на круглые связки и придатки непосредственно у стенки матки. Параллельно этим зажимам с промежутком 1—1,5 см накладывают другие зажимы на круглые маточные связки, собственные связки яичников и маточные трубы. Эти образования между зажимами рассекают ножницами. Рассекать нужно только до конца зажима, а затем ткань можно надрезать на протяжении 0,5—1 см у конца зажима перпендикулярно его длиннику, что способствует лучшему наложению лигатуры. Между культами круглых связок и придатков матки иногда остаются небольшие участки брюшины. Обычно их перерезают ножницами без предварительного лигирования.

Затем на пересеченные круглые связки матки накладывают лигатуру, при этом с иглу с нитью проводят через ткань у нижнего края круглых связок. Концы нити берут в зажимы, чтобы в дальнейшем при перитонизации использовать их в качестве держалок. Культы придатков матки лигируют путем обшивания; концы ниток сразу же коротко обрезают, так как потягивание за лигатуры при последующих манипуляциях может привести к выскальзыванию культы из лигатуры и кровотечению.

После отсечения круглых связок и придатков матки передний листок широкой связки и брюшину пузырно-маточного пространства у переходной складки приподнимают пинцетом, подтягивая за лигатуры культы круглых связок, отслаивают сомкнутыми ножницами от подлежащих тканей по линии предполагаемого разреза и рассекают ножницами.

Брюшину следует рассекать, отступая книзу от места ее плотного прикрепления к телу матки как раз в том месте, где под ней имеется рыхлый слой жировой клетчатки, расположенной между мочевым пузырем и шейкой матки. Обычно брюшина у переходной складки легко отслаивается от подлежащих тканей и имеет вид тонкого просвечивающего листка. Край разреза брюшины вместе с мочевым пузырем осторожно смещают книзу с помощью марлевого тупфера, зажато в корнцанг.

Матку оттягивают в левую сторону и на маточные сосуды справа на уровне внутреннего зева накладывают кровоостанавливающий зажим перпендикулярно ребру матки так, чтобы его концы кавались последнего. Затем таким же образом накладывают зажим на сосудистый пучок справа.

Следующим этапом операции является отсечение тела матки от шейки. Позади матки для предохранения от попадания в брюшную полость выделений из нее вводят большую марлевую салфетку. Матку оттягивают к лону и начинают ее отсечение выше места отхождения крестцово-маточных связок. Разрез задней стенки матки производят скальпелем в косом направлении с наклоном в сторону шеечного канала. Затем матку оттягивают вверх и назад, рассекая переднюю стенку несколько выше культей сосудистых пучков. Разрез проводят также в косом направлении с наклоном лезвия скальпеля книзу по направлению шеечного канала. Культю шейки захватывают пулевыми щипцами и смазывают спиртовым раствором йода. На края культы шейки матки накладывают 3—4 отдельных шва, строго следя за тем, чтобы не прошить стенку мочевого пузыря, ее следует защищать с помощью широкого зеркала. На концы лигатур, используя их в качестве держалок, накладывают зажимы.

После отсечения тела матки на сосудистые пучки накладывают лигатуры. Лигатуры проводят через ткани шейки матки у самого ребра; сосудистый пучок во время завязывания их плотно прилегает к шейке матки.

Перитонизацию культей производят следующим образом. Непрерывный кетгутный шов проводят справа через край заднего листка широкой связки, через брюшину маточной трубы, собственной связки яичника и круглой связки, а затем через край переднего листка широкой связки. При затягивании этого шва культы погружают под брюшину. Той же лигатурой сшивают листки широкой связки. Затем край пузырной складки брюшины подшивают к задней поверхности стенки шейки. При этом коротко срезают один за другим швы, наложенные на культю шейки матки. Во время прокалывания брюшинного покрова мочевого пузыря необходимо следить, чтобы не прошить его стенку, так как это может привести к образованию свища. Таким же образом шов продолжают на левую сторону, погружая культы круглой связки и левых придатков матки (рис. 1—6).

Удаление субмукозной миомы матки влагалищным путем. Шейку матки обнажают в зеркалах и,

захватив ее пулевыми щипцами, низводят ко входу во влагалище. Шеечный канал расширяют дилататорами Гегара до № 10.

В области переднего свода влагалища на месте его прикрепления к шейке матки производят поперечный разрез стенки влагалища, который имеет слегка дугообразную форму, и с помощью двух добавочных разрезов, перпендикулярных ему, превращают в лоскутный или языкообразный разрез.

Нижний край разреза захватывают двумя зубчатыми зажимами и приподнимают языкообразный лоскут; при этом становятся видны волокна пузырно-влагалищной перегородки, которые рассекают концами изогнутых ножниц у самой шейки матки, чтобы не поранить мочевого пузыря. Затем с помощью марлевого тупфера или пальцем, обернутым марлевой салфеткой, мочевой пузырь осторожно отделяют от шейки матки и подъемником оттягивают несколько выше внутреннего маточного зева. Обнажившуюся пузырно-маточную складку брюшины также отодви-

1 Описание техники типичных операций и рисунки заимствованы из книги Л. С. Персианинова «Оперативная гинекология» (М., 1970) -

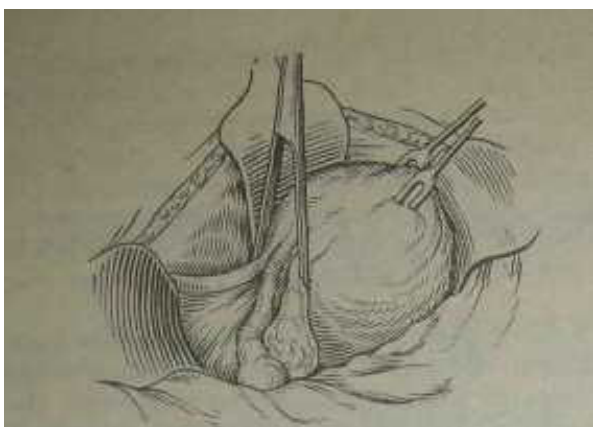


Рис. 1. Надвлагалищная ампутация матки. Наложение зажима у ребра матки на круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника.

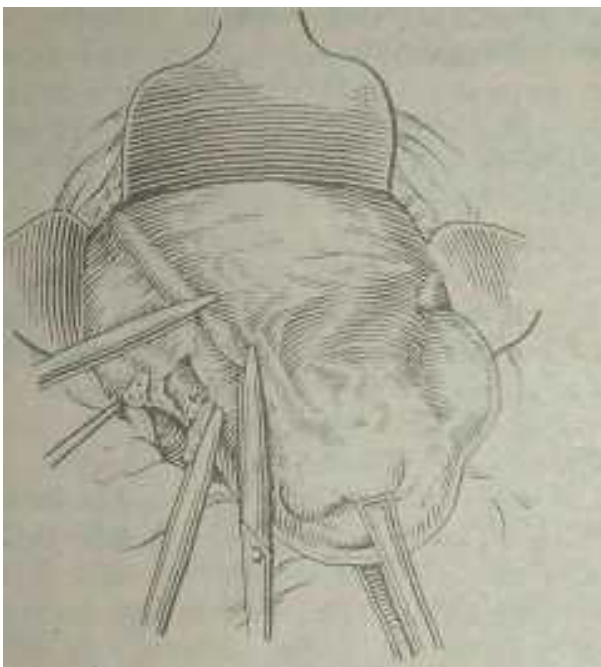


Рис. 2. Надвлагалищная ампутация матки. Тело матки отсечено от придатков. Наложены зажимы на круглую связку.

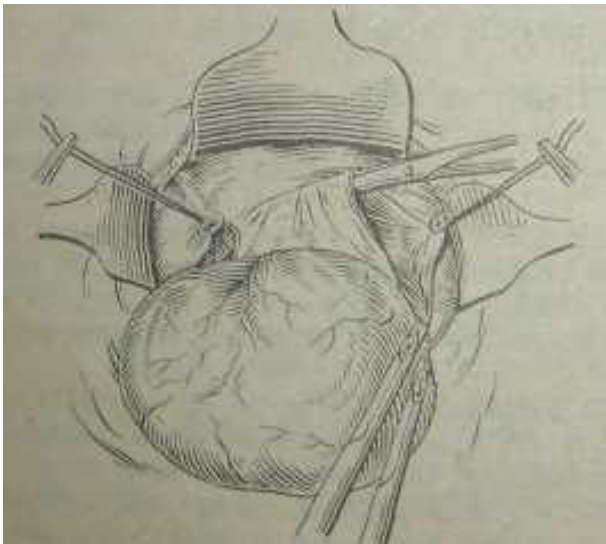


Рис. 3. Надвлагалищная ампутация матки. Брюшина в области пузырно-маточной складки отслаивается сомкнутыми ножницами. Круглые связки пересечены и перевязаны.

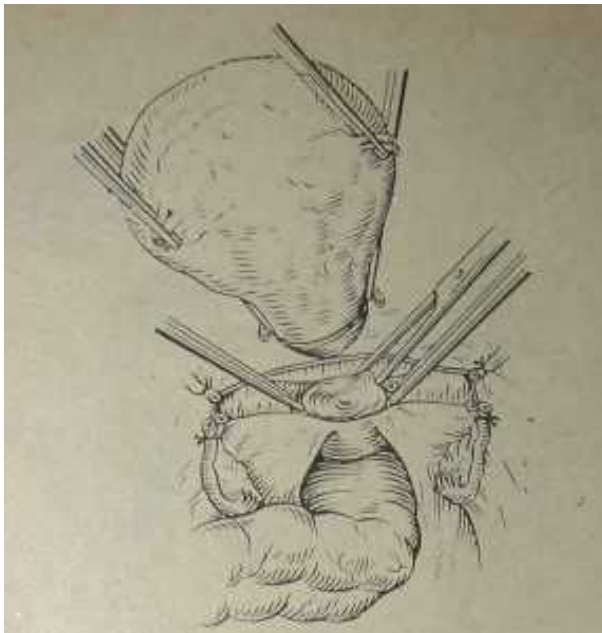


Рис. 4. Надвлагалищная ампутация матки. Тело матки клиновидно отсечено от шейки.

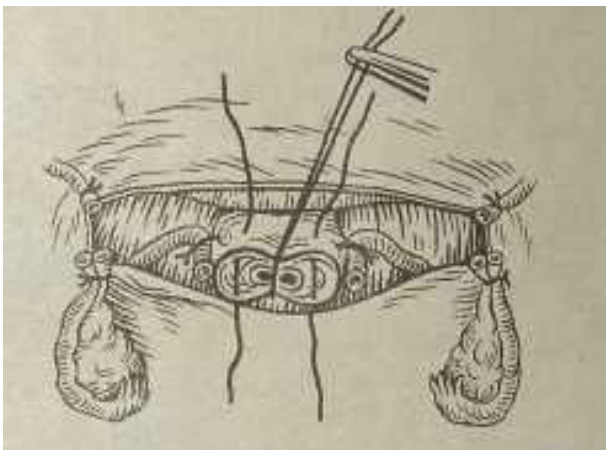


Рис. 5. Наложение швов на маточные сосуды и шейку матки.

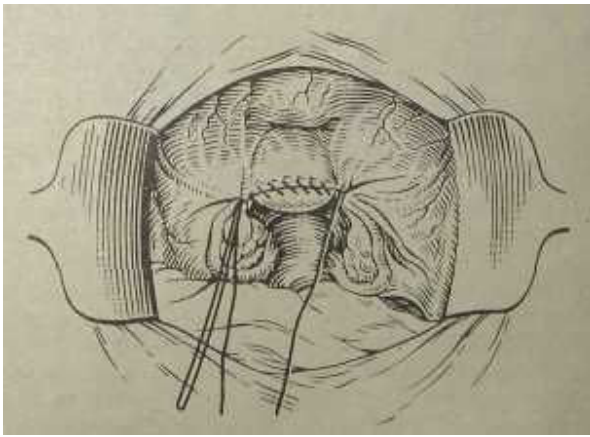


Рис. 6. Перитонизация культи шейки матки и придатков.

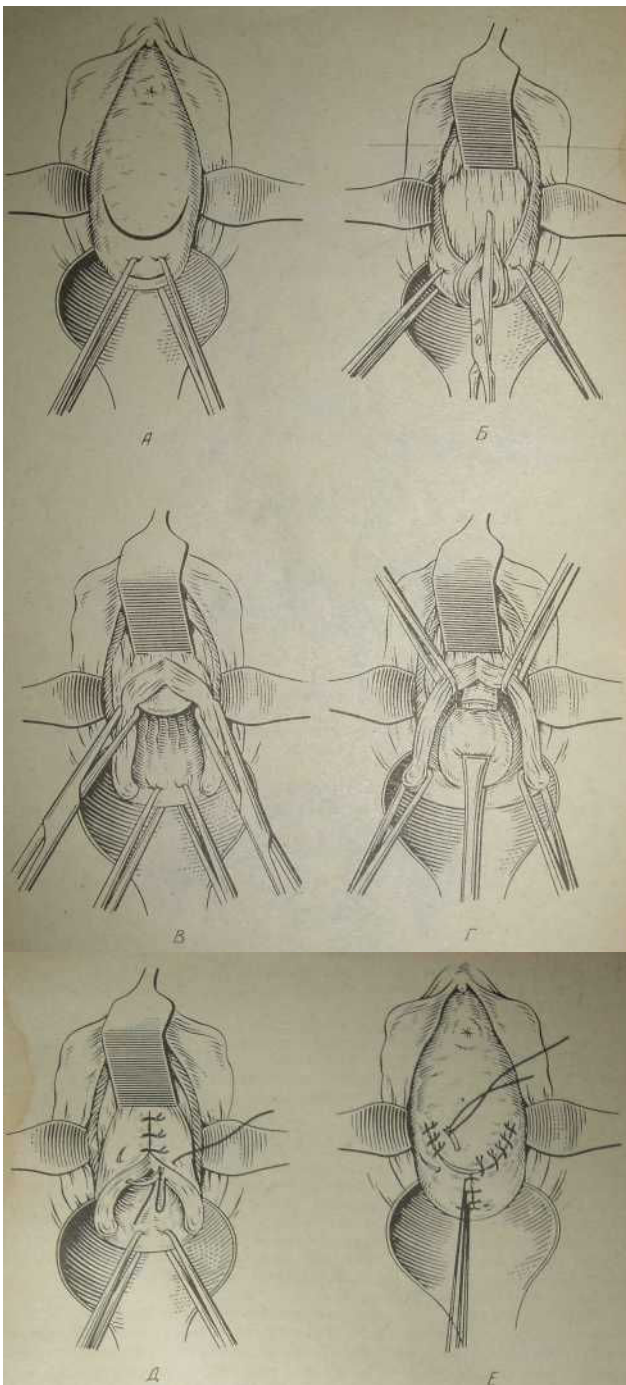


Рис. 7. Удаление субмукозной миомы матки влагалищным путем. А — разрез передней стенки влагалища; Б — отсепаровка мочевого пузыря от шейки матки и рассечение шейки матки; В — шейка матки

рассечена, виден нижний полюс миоматозного узла; Г — узел отсекается от ножки; Д — зашивание разреза передней стенки шейки матки; Е — зашивание разреза стенки влагалища.

гают кверху. Переднюю стенку шейки матки, начиная от наружного маточного зева, разрезают прямыми ножницами по средней линии, одновременно рассекая внутренний зев. Разрез продлевают несколько выше внутреннего зева, что позволяет ввести в полость матки два пальца. Операцию проводят внебрюшинно, а если случайно при отсепаровке мочевого пузыря была вскрыта брюшная полость в области пузырьно-маточного пространства, то необходимо сразу зашить отверстие тонким кетгутом.

На ножку субмукозного узла миомы накладывают зажим, ее отсекают и перевязывают. На разрез шейки матки накладывают отдельные кетгутовые швы. В шов захватывают всю толщу шейки матки, за исключением слизистой оболочки шеечного канала. Важно правильно наложить первый шов в верхнем углу разреза. Если же край разреза не виден, накладывают отдельный шов на видимую часть разреза, а затем, потягивая за этот шов шейку матки книзу, зашивают верхний угол разреза.

После зашивания разреза шейки матки накладывают отдельные кетгутовые швы или непрерывный шов на лоскутный разрез влагалища. Для оттока крови, которая может скопиться между шейкой матки и мочевым пузырем, целесообразно на 1—2 дня ввести в нижний край разреза резиновую или марлевую полоску (рис. 7).

Операция по поводу разрыва маточной трубы при беременности. При вскрытии брюшины в брюшной полости может оказаться большое количество крови. Не следует терять время на ее удаление. Рукой, введенной в брюшную полость, находят и захватывают матку. Выводят в рану матку, а затем придатки. При малых сроках беременности, когда обычно встречается разрыв трубы, она часто настолько мало увеличена, что на ощупь этого можно и не определить. При больших сроках беременности маточная труба вместе с яичником определяется в виде мягковатой опухоли большей или меньшей величины.

Наиболее часто разрыв встречается в истмической части трубы, которая представляется увеличенной. На стенке маточной трубы чаще всего имеется небольшое отверстие, из которого выступают ворсинки хорона. Иногда утолщение трубы не превышает размеров горошины, отверстие в ее стенке ничтожно, и только при внимательном осмотре можно утвердить указанные изменения.

Осмотрев маточную трубу и убедившись в том, что имела беременность на трубу у самого угла матки накладывают зажим Кохера, захватывая и небольшой участок брыжейки трубы. Необходимо следить, чтобы концом зажима не захватить собственную связку яичника. Следующий зажим накладывают на мезосальпинкс у ампулярного конца маточной трубы параллельно ей.

Мезосальпинкс надсекают до конца зажима, а затем на оставшуюся часть накладывают еще 1—2 зажима и удаляют трубу. Захватывать в один зажим весь мезосальпинкс нецелесообразно, так как при наложении лигатуры средний участок захваченного в зажим мезосальпинкса может выскользнуть или нежная брыжейка трубы прорезывается. Это создает ненадежный гемостаз, который может не сопровождаться кровотечением в момент операции из-за низкого артериального давления, а проявиться после окончания операции. Зажимы заменяют лигатурами. Особенно тщательно следует накладывать лигатуры на маточный конец трубы, так как они могут легко соскользнуть.

Следует обратить внимание на тщательность перитонизации культи маточной трубы, используя с этой целью круглую связку матки. Захваченную у маточного конца круглую связку подшивают над культей трубы к углу матки. Следующими стежками непрерывного кетгутового шва круглую связку соединяют с маткой, собственной связкой яичника и остатками брыжейки трубы, (рис. 8).

Частичная резекция яичника. После вскрытия брюшной полости небольшим, чаще всего поперечным надлобковым разрезом яичник вместе с кистой извлекают в рану. Марлевыми салфетками отгораживают кисту от брюшной полости. На границе между кистой- и сохранившейся тканью яичника скальпелем производят неглубокий полулунный разрез и, захватив осторожно мягким зажимом края яичниковой ткани, концами изогнутых сомкнутых ножниц или рукояткой скальпеля осторожно, чтобы не повредить тонкую капсулу, отделяют кисту от ткани яичника. Обычно я киста легко вылушивается и остается соединенной мостиком ткани на стороне, противоположной разрезу. Тщательно сохраняя здоровую ткань яичника, пересекают ножницами оставшийся тонкий мостик.

После удаления кисты производят гемостаз и накладывают отдельные швы на раневую поверхность яичника.

Удаление придатков матки. Зажимы накладывают сначала на ворон-котазовую связку, затем по направлению к углу матки захватывают верхний отдел широкой связки вместе с маточной трубой и собственной связкой яичника. Связки пересекают и перевязывают. Рекомендуется иссечь интерстициальный отдел трубы. На рану угла матки накладывают швы и производят перитонизацию с помощью круглой или широкой связки (рис. 9).

При перекруте ножки опухоли яичника следует наложить зажим выше места перекрута, а затем уже раскрутить ее и отсечь. Если ножка опухоли тонкая, можно рассечь ее между двумя зажимами, не раскручивая после наложения первого зажима (рис. 10).

Аппендэктомия. Тщательно обкладывают операционное поле марлевыми салфетками. Пальцами или анатомическим пинцетом извлекают слепую кишку. Если червеобразный отросток не виден, то следует отыскать место впадения подвздошной кишки в слепую у окончания которой снизу находится основание отростка.

Червеобразный отросток выводят в рану, поддерживая пальцами. Брыжейку прокалывают у ее основания

и перевязывают, следя за тем,

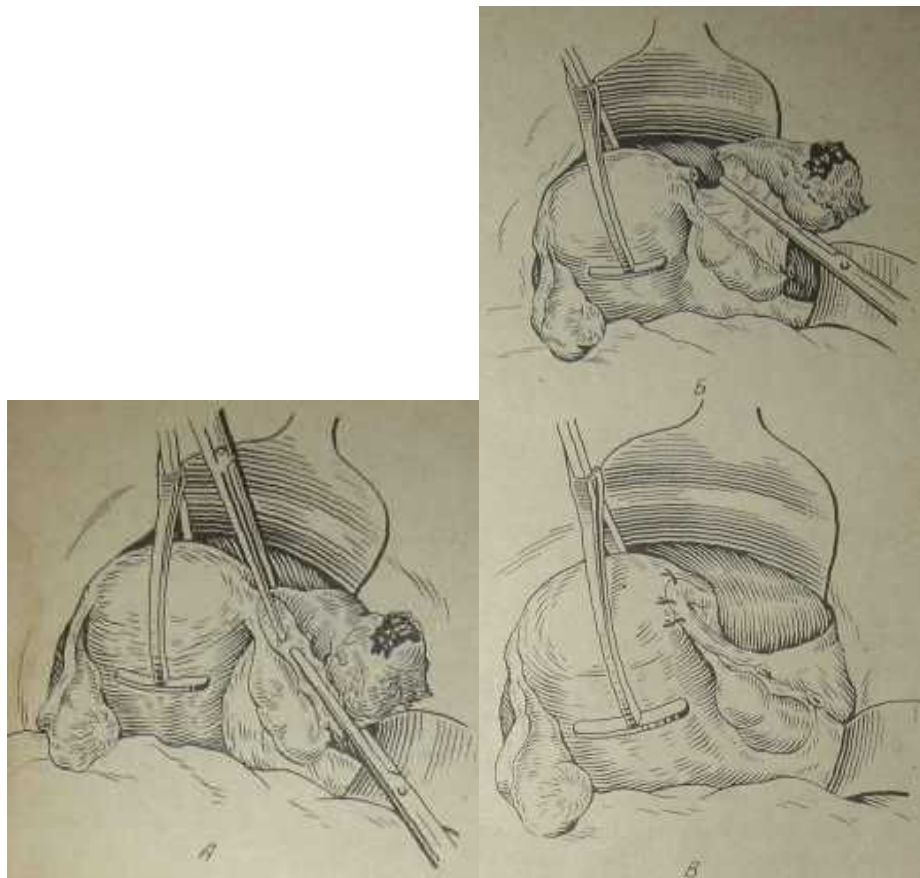


Рис. 8. Операция при разрыве беременной трубы.

А — наложены зажимы на брыжейку трубы; Б — труба отсекается от брыжейки; В — произведена перито-низация с помощью круглой связки.

чтобы в лигатуру попала артерия, питающая червеобразный отросток. Можно наложить зажимы на брыжейку, затем рассечь ее и перевязать подобно тому, как эту манипуляцию производят с мезосальпинксом при удалении маточной трубы.

При наложении зажимов необходимо следить, чтобы не захватить стенку слепой или подвздошной кишки.

У основания червеобразного отростка на расстоянии около 2 см от него накладывают кисетный шов из тонкого шелка или капрона, прокалывая лишь серозно-мышечный слой стенки слепой кишки. Шов завязывают, но не стягивают в узел. Отросток у основания раздавливают крепким зажимом, перевязывают этот участок и концы нити коротко обрезают. Несколько выше места перевязки на червеобразный отросток накладывают второй зажим. Червеобразный отросток между наложенной лигатурой и зажимом отсекают ножом и удаляют.

Культю отростка смазывают 5% спиртовым раствором йода. Ассистент, который держит слепую кишку, анатомическим пинцетом погружает культю отростка, а хирург затягивает кисетный шов. Поверх кисетного шва дополнительно накладывают Z-образный шов.

Техническая погрешность при аппендэктомии чаще всего заключается в плохом лигировании сосудов брыжейки, что сопровождается кровотечением как во время, так и после операции. Гематомы могут легко инфицироваться и вызвать тяжелые осложнения. Исходя из этого,

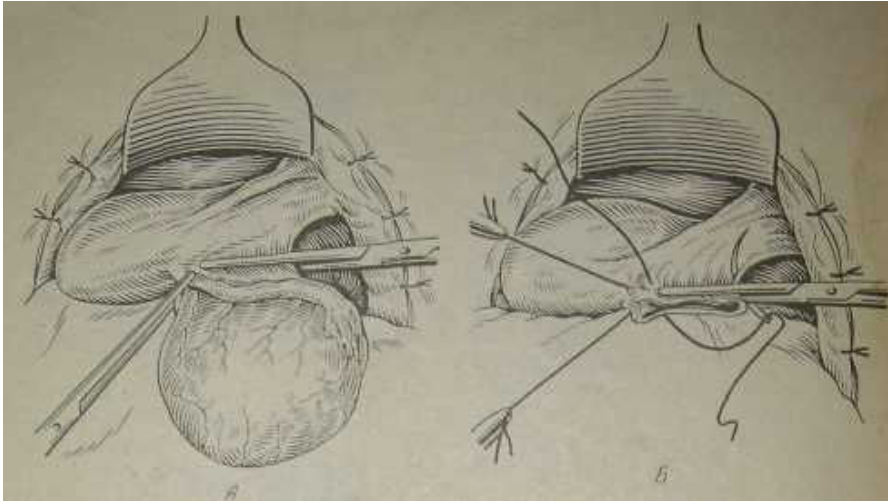


Рис. 9. Удаление придатков матки.

А — наложение зажима на ножку опухоли; Б — наложение швов на культю трубы, собственную связку яичника.

необходимо тщательно лигировать сосуды брыжейки аппендикса (рис. 11).

Кишечный шов. При ранении брюшинного покрова кишки накладывают серосерозный или серозно-мышечный шов из тонкого шелка или капрона. При вскрытии просвета кишки мелкие отверстия зашивают кистетным швом из кетгута через все слои кишки и над ним накладывают Z-образный шов из тонкого шелка или капрона.

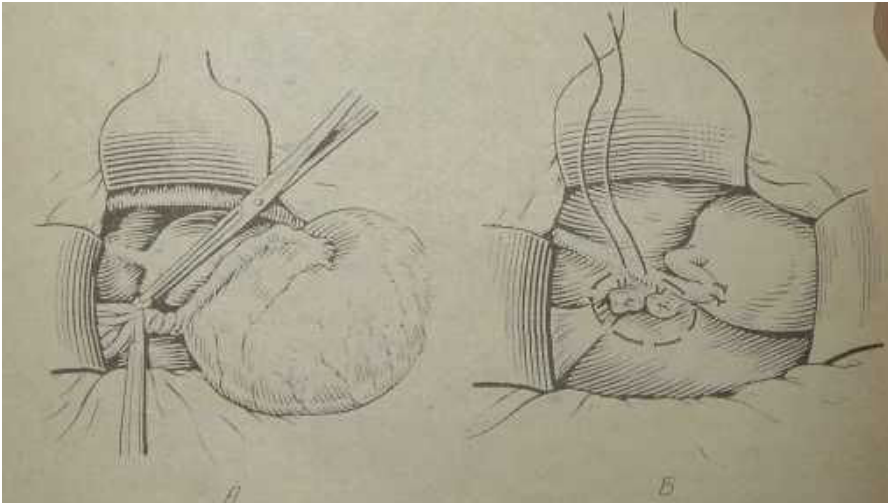


Рис. 10. Удаление опухоли яичника при перекручивании ее ножки.

А — зажимы наложены на перекрученную ножку; Б — перитонизация ушитой культи кистетным швом, проведенным через круглую связку и задний листок широкой связки.

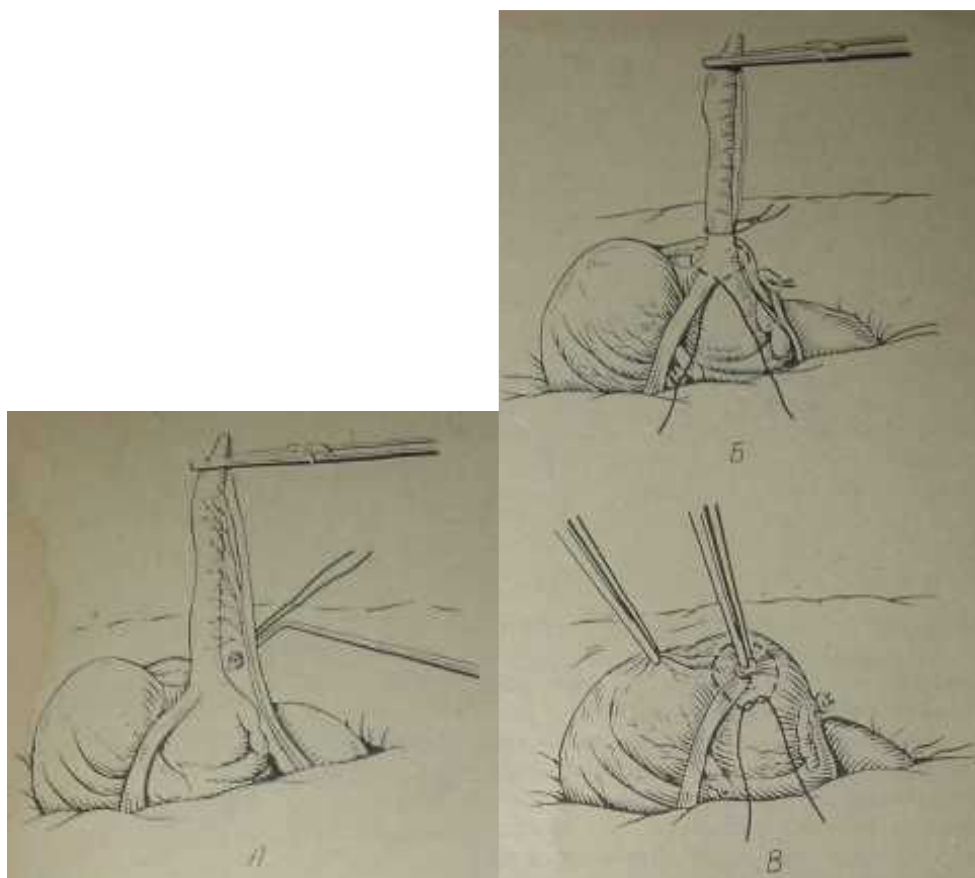


Рис 11. Аппендэктомия.

А — лигирование сосудов брыжейки отростка; Б — брыжейка рассечена, червеобразный отросток перевязан после раздавливания его зажимом; В — погружение культи отростка кисетным швом.

При значительных размерах дефекта тонкой кишки, когда он проникает в ее полость, швы накладывают в два этапа: сначала непрерывный кетгутовый шов через все слои стенки кишки, а затем шелковые или капроновые швы на серозно-мышечный слой.

Зашивание кишки необходимо производить так, чтобы продольная рана превращалась в поперечную и не вызывала сужения кишечной трубки. При обширных повреждениях кишечника производят его резекцию.

Зашивание раны мочевого пузыря. При повреждении мочевого пузыря, возникшем во время операции, зашивают раневое отверстие со стороны брюшной полости или через влагалище в зависимости от характера повреждения и от того, произошло ли ранение мочевого пузыря при чревосечении или при влагалищной операции.

Прежде всего необходимо установить характер, форму и размеры повреждения, а также его топографическое отношение к устьям мочеточников, чтобы при наложении швов не закрыть последние.

Важным моментом при зашивании повреждения мочевого пузыря является точное сопоставление краев раны. При непроникающем ранении мочевого пузыря на его мышечную стенку накладывают несколько кетгутовых швов, не прокалывая слизистую оболочку. Проникающую рану зашивают путем наложения отдельных швов тонкими нитями кетгута. Перед наложением швов края раны по ее углам захватывают мягкими зажимами и раневое отверстие осторожно растягивают в виде поперечной щели. Первые швы с обеих сторон накладывают на стенку мочевого

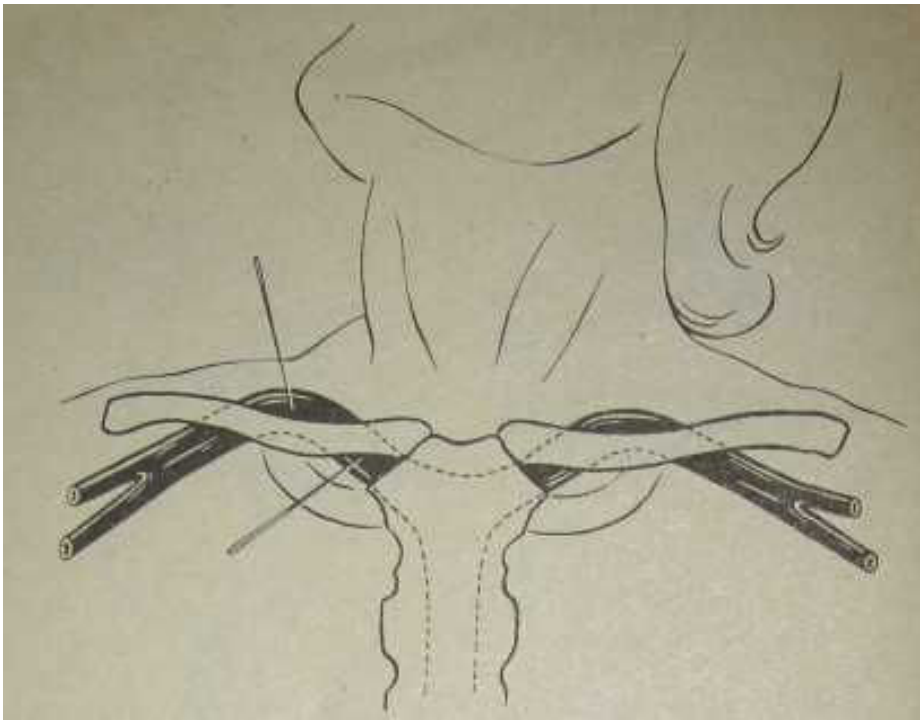


Рис. 12. Пункция подключичной вены.

пузыря, отступая 0,5—1 см от края раны, и после снятия зажимов используют их как держалки.

Первый ряд швов накладывают на мышечную оболочку мочевого пузыря, не прокалывая его слизистую оболочку. Второй ряд узловатых швов располагают над первым так, чтобы они были в промежутках между швами первого этажа. Если по топографическим особенностям линию швов можно прикрыть брюшиной пузырно-маточного пространства или переднего листка широкой связки, то это следует сделать, прикрепляя брюшину к стенке мочевого пузыря кетгутowymi швами. После зашивания раны мочевой пузырь наполняют стерильным изотоническим раствором хлорида натрия, подкрашенным метиленовым синим, или раствором фурацилина (1:5000), чтобы проверить, хорошо ли зашито раневое отверстие.

Пункция подключичной вены. Большая находится в положении на спине. Под лопатки подкладывают валик. Руки вытянуты вдоль туловища. Пальпаторно на поверхности I ребра определяют место перехода хряща в кость. Здесь по верхнему краю ребра производят пункцию иглой большого диаметра, длиной 5—7 см, надетой на шприц. Поршень шприца следует несколько оттянуть, чтобы создать в нем отрицательное давление. Иглу направляют в сторону пригрудинного конца ключицы. Направление иглы внутрь и кзади.

После прокола вены иглой через просвет последней вводят полиэтиленовую струну, затем иглу удаляют и по струне вводят катетер на глубину 8—10 см. Катетер соединяют с иглой, а иглу — с системой для переливания крови и других жидкостей. Во избежание тромбообразования следует 2 раза в день промывать катетер раствором гепарина (рис. 12).

Экстирпация матки

Перед началом операции влагалище и шейку матки обрабатывают спиртом. Во влагалище вводят тампон, конец которого выводят из влагалища и берут на зажим (тампон удаляется перед вскрытием влагалища во время операции). В мочевом пузыре на время операции лучше оставить постоянный катетер.

Операцию начинают так же, как и надвлагалищную ампутацию матки без придатков или с придатками.

При оставлении придатков матки накладывают отдельные зажимы на круглую связку, маточную трубу и собственную связку яичника. Связки рассекают и лигируют. При удалении придатков зажимы накладывают на воронкотазовую и круглую связки. После наложения зажимов на ребра матки рассекают листки широких связок. Затем дугообразно рассекают от одной круглой связки до другой брюшину пузырно-маточного углубления у переходной складки. Мочевой пузырь отделяют от шейки матки и отодвигают его до области переднего влагалищного свода. Для этого пинцетом приподнимают край разреза пузырно-маточной складки вместе со стенкой мочевого пузыря, концами изогнутых ножниц подсекают волокна клетчатки непосредственно у шейки матки и маленьким плотным тупфером, зажатым в корнцанг, смещают мочевой пузырь книзу от шейки матки и переднего свода влагалища. Затем оттягивают матку влево и выделяют по возможности из клетчатки сосудистый пучок по направлению к ребру матки, предварительно рассекая задний листок широкой связки до уровня внутреннего зева. На сосудистые пучки накладывают зажимы. Контрклемму накладывают на сосуды значительно выше по ребру матки.

Сосудистый пучок рассекают и лигируют, концы лигатур срезают. Захватывание и лигирование

сосудистого пучка происходит легко, если мочевой пузырь хорошо отсепарован от шейки матки и задний листок рассечен у ребра матки до уровня внутреннего зева. Этот момент операции важен, так как позволяет предотвратить травму мочеточника, который перекрещивается с маточной артерией в основании широкой связки. После лигирования и перерезки маточных сосудов матку оттягивают к лону и на крестцово-маточные связки у места их отхождения накладывают зажимы в перпендикулярном к матке направлении (чтобы не захватить мочеточник). Крестцово-маточные связки пересекают и лигируют. При необходимости пересекают и лигируют окологреческую клетчатку ближе к шейке матки.

Убедившись в достаточном выделении шейки матки (тампон удаляют из влагалища), матку оттягивают вверх, а отсепарованный мочевой пузырь отодвигают зеркалом вниз, обнажая стенку влагалища в области переднего свода.

Передний влагалищный свод захватывают зажимом и вскрывают ножницами или скальпелем. Во влагалище вводят марлевый тампон, смоченный спиртом (тампон удаляют на операционном столе после окончания операции). Затем отсекают шейку матки от влагалищных сводов, начиная от первоначального отверстия. Край разреза влагалищных сводов захватывают длинными зажимами. Переднюю стенку влагалища сшивают с листком пузырно-маточной складки отдельными швами. Заднюю стенку влагалища обшивают, соединяя ее с брюшиной прямокишечно-маточного углубления. При наложении швов на влагалище следует обращать особое внимание на хороший гемостаз в области боковых стенок влагалища, так как именно там проходят влагалищные ветви маточной артерии.

Перитонизация культей связок может производиться либо отдельными швами в виде кисетных швов с обеих сторон, при этом влагалище остается открытым. Это создает как бы естественный дренаж, что важно в отношении профилактики инфекции.

При необходимости производится дренирование брюшной полости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оперативные вмешательства, проводимые по неотложным показаниям, нередко представляют значительные трудности, так как отсутствует необходимая предоперационная подготовка, часто нет возможности провести полноценное обследование перед операцией. Кроме того, после операций, проводимых по срочным показаниям, как правило, возникает большее число осложнений, чем после плановых вмешательств, поэтому валено добиваться уменьшения числа больных, которым требуется неотложная помощь.

Профилактика неотложных гинекологических заболеваний многопланова. Большое значение имеет своевременное решение вопросов, связанных с регуляцией рождаемости. Если бы контрацепция осуществлялась повсеместно, то значительно снизилось бы число больных, у которых возникают острые ситуации, связанные с беременностью: аборт, воспалительные заболевания придатков матки, внематочная беременность и др.

В настоящее время распространение эффективных методов предохранения от беременности имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Не менее важно оздоровление женского населения, начиная с раннего детства. Детские инфекции создают неблагоприятный преморбидный фон и нарушают правильное развитие девочек в периоде менархе, что в дальнейшем вызывает ряд заболеваний уже в репродуктивном возрасте женщин, нередко приводящих к возникновению состояний, требующих оказания неотложной помощи. В связи с этим чрезвычайно важно предотвращение детских инфекций и полноценное лечение девочек в раннем и подростковом возрасте, а также лечение нарушений менструальной функции в пубертатном возрасте.

Следует применять немедикаментозные методы терапии, которым в настоящее время придают большое значение врачи, занимающиеся вопросами детской гинекологии. Использование этих методов предохраняет больных от возникновения в дальнейшем различных аллергических реакций, которые, как известно, могут принимать различные формы вплоть до аллергического шока.

Необходимо проводить полноценную терапию больных воспалительными заболеваниями придатков матки, которые, как известно, вызывают патологические изменения в организме женщины: нарушение гормонального гомеостаза, изменение функций ряда органов и систем, развитие абсцессов в области придатков матки или воспаление тазовой брюшины (эти состояния требуют оказания неотложной помощи). При неполноценном лечении воспаления придатков матки в половых органах остается ряд патологических изменений, которые впоследствии могут стать причиной трубной беременности, способствовать возникновению гиперпластических процессов и опухолей, а также ряда экстрагенитальных заболеваний. Воспаление придатков матки почти всегда сопровождается нарушениями функции яичников, которые, в свою очередь, приводят к ряду патологических состояний, нуждающихся в срочном лечении.

При ряде заболеваний лечение еще не дает желаемых результатов. К ним, в частности, относится эндометриоз. Продолжаются исследования с целью совершенствования профилактики, диагностики и терапии этого тяжелого заболевания, которое приводит к возникновению состояний, требующих неотложной помощи. Часто такие состояния являются следствием несвоевременно начатого лечения. Несвоевременные операции по поводу опухолей яичников также приводят к ряду осложнений, вследствие чего больные нуждаются в неотложной помощи.

Неотложную помощь при гинекологических заболеваниях следует совершенствовать в двух направлениях: по пути профилактики возникновения этих заболеваний и улучшения методов диагностики и терапии состояний, требующих неотложной помощи. В настоящее время ведется большая работа по улучшению материально-технической базы лечебно-профилактических и лечебных учреждений. Научно-технический прогресс в области медицины способствует улучшению диагностики и терапии таких больных.

Более широкое распространение эндоскопических методов исследования, ультразвуковой диагностики, радиоизотопного сканирования, компьютерной томографии,

криотерапевтических и микрохирургических методов, а также внедрение в медицину лазерной техники и использование сшивающих аппаратов должны обеспечить качественные изменения в диагностике и лечении ряда патологических состояний женских половых органов.

Врачи-гинекологи должны уделять большое внимание вопросам реабилитации после гинекологических заболеваний. Проведение реабилитационных мероприятий у женщин репродуктивного возраста следует считать полноценным, если удастся восстановить не только трудоспособность, но и нарушенную репродуктивную функцию. Восстановление этой функции приводит к нормализации функций различных органов и систем организма. Реабилитационные мероприятия следует проводить с применением современных немедикаментозных методов терапии (физиотерапия, иглорефлексотерапия, бальнеолечение), которые приобретают особое значение, поскольку у большой группы больных возникают аллергические реакции на ряд медикаментозных препаратов.

В настоящее время органами здравоохранения проводится подготовка к диспансеризации всего населения. Под диспансерным наблюдением находятся работники промышленных предприятий, женщины с миомами матки, с хроническими воспалительными процессами в придатках матки, с заболеваниями шейки матки, а также ряд других групп населения.

Значительную помощь при выявлении групп риска у женщин с гинекологическими заболеваниями и проведении всеобщей диспансеризации должна оказать компьютерная техника, что значительно облегчит осуществление этого важнейшего общегосударственного мероприятия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Акжигитов Г. Н.* Острый панкреатит. — М.: Медицина, 1974.
- Александров М. С., Шинкарева Л. Ф.* Внематочная беременность. — М.: Медгиз, 1961.
- Бодяжина В. И.* Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. — М.: Медицина, 1978.
- Бохман Я. В.* Рак тела матки. — Кишинев:, Штиинца, 1972.
- Вихляева Е. М., Василевская Л. Н.* Миома матки. — М.: Медицина, 1981.
- Вольнский З. М., Крылов А. А.* Диагностика и лечение неотложных состояний в практике терапевта. — Л.: Медицина, 1971.
- Гинекологическая эндокринология/Под ред. К. Н. Жмакина.* — М.: Медицина, 1982.
- Гуртовой Б. Л., Серов В. Н., Макацария А. Д.* Гнойной-септические заболевания в акушерстве. — М.: Медицина, 1982.
- Давыдов С. Н., Хромов Б. М., Шейко В. З.* Атлас гинекологических операций. — Л.: Медицина, 1973.
- Дехтярь Е. Г.* Острый аппендицит у женщины. — М.: Медицина, 1971.
- Кобозева Н. В., Кузнецова М. Н., Гуркин Ю. А.* Гинекология детей и подростков. — Л.: Медицина, 1981.
- Краевская И. С.* Рак яичника, — М.: Медицина, 1978.
- Лекарственная болезнь (Поражения в связи с применением фармако-терапевтических средств в лечебных дозах)/Под ред. Г. Маждракова, П. Попхристова.* — София: Медицина и физкультура, 1973.
- Нелюбович Я. И.* Острые заболевания органов брюшной полости. — М.: Медгиз, 1961.
- Нечаева И. Д.* Лечение опухолей яичников. — Л.: Медицина, 1972.
- Персианинов Л. С.* Оперативная гинекология. — М.: Медицина, 1971.
- Расстригин Н. Н.* Анестезия и реанимация в акушерстве и гинекологии. — М.: Медицина, 1978.
- Селезнева Н. Д., Железное Б. И.* Доброкачественные опухоли яичников. — М.: Медицина, 1982.
- Симонян К. С.* Спаечная болезнь. — М.: Медицина, 1966.
- Симонян К. С.* Перитонит. — М.: Медицина, 1971.
- Справочник по переливанию крови и кровезаменителей /Под ред. О. К. Гаврилова.* — М.: Медицина, 1982.
- Эндоскопия в гинекологии /Под ред. Г. М. Савельевой.* — М.: Медицина, 1983.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава I. Принципы диагностики и лечения гинекологических заболеваний, требующих неотложной помощи	4
Анамнез	7
Болевой синдром	8
Кровотечение	9
Тошнота, рвота, диспепсические явления	10
Дизурические явления	10
Осмотр больной	11
Общие принципы терапии при неотложных состояниях	13
Глава II. Неотложная терапия при опухолях и опухолевидных образованиях половых органов. Дифференциация их от экстрагенитальных заболеваний	22
Миома матки	22
Злокачественные новообразования матки	28
Опухоли и опухолевидные образования яичников	35
Воспалительные заболевания женских половых органов	44
Аппендицит	48
Острая непроходимость кишечника	52
Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки	54
Тромбоз сосудов брыжейки кишечника	54
Спаечная болезнь	55
Опухоли кишечника и брыжейки	56
Острый панкреатит	56
Почечная колика	58
Дистопированная почка	58
Дистопированная селезенка	59
Глава III. Кровотечения	62
Внематочная беременность	62
Апоплексия яичника	75
Аборт	78
Осложнения после введения внутриматочных средств контрацепции	83
Травмы наружных половых органов и влагалища	84
Дисфункциональные маточные кровотечения	85
Глава IV. Гинекологические заболевания детей и подростков, требующие неотложной помощи	88
Опухоли	88
Воспалительные заболевания половых органов	94
Аномалии развития влагалища и матки	95
Кровотечения	99
Повреждение половых органов. Инородные тела во влагалище	102
Глава V. Осложнения после оперативных вмешательств, требующие оказания неотложной помощи	103
Кровотечения	103
Перфорация матки	106
Послеоперационный парез кишечника	108
Эвентрация	109
Осложнения со стороны мочевыводящих путей	109
Осложнения, связанные с развитием гнойной инфекции	110
Перитонит	114

Инородное тело в брюшной полости -----	120
Тромбоэмболические осложнения -----	122
Г л а в а V I . Дополнительные методы исследования -----	124
Пункция через задний свод влагалища -----	124
Рентгенологические методы исследования -----	125
Ультразвуковое исследование -----	129
Эндоскопические методы исследования -----	131
Кибернетические методы исследования с использованием ЭВМ -----	137
Г л а в а V I I . Постгеморрагический коллапс, шок, коматозные состояния ----	141
Постгеморрагический коллапс и шок -----	141
Осложнения после переливания крови и гемотранфузионный шок -----	147
Анафилактический шок -----	151
Бактериальный шок -----	152
Недостаточность функции надпочечников -----	155
Диабетическая кома -----	156
П р и л о ж е н и е -----	158
З а к л ю ч е н и е -----	170
С п и с о к л и т е р а т у р ы -----	173

НАТАЛЬЯ ДМИТРИЕВНА СЕЛЕЗНЕВА

Неотложная помощь в гинекологии

Зав. редакцией *А. В. Блиссеева*
Редактор *А. Л. Кирющенков*
Редактор издательства *И. В. Кирсанова*
Художественный редактор *В. Л. Фисенко*
Обложка художника *Г. Л. Чижевского*
Технический редактор *З. А. Романова*
Корректор *Л. Г. Воронина*
ИБ 3939

Сдано в набор 12.05.85 Подписано к печати 25.09.85 Т-0266I Формат бумаги 84 х 108/32 Бумага кн.-журн. Гарнитура Тайме, Печать офсетная Усл. печ. л. 9,24 Усл. кр.-отт. 18,48 Уч.-изд. л. 10,36 Тираж 80 000 экз. Заказ №399 Цена 50 к.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина» 103062 Москва, Петроверигский пер., 6/8

Ярославский полиграфкомбинат Союзполиграфпрома при Государственном комитете СССР по делам издательств, полиграфии и книжной торговли. 150014, Ярославль, ул. Свободы, 97.