

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИКАЗ

от 01.09.2011 г. № 800

О единой тактике диагностики и лечения неотложных состояний в период беременности, родов, послеродовом периоде и неотложных состояний в гинекологии в государственных учреждениях здравоохранения города Москвы

В целях дальнейшего повышения качества оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения города Москвы, исполнения положений приказа Минздравсоцразвития России от 02.10.09 № 808н «Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи»,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Инструкцию по диагностике и лечению неотложных состояний в период беременности, родов, послеродовом периоде и неотложных состояний в гинекологии в государственных учреждениях здравоохранения города Москвы (далее - Инструкция) (Приложение).

2. Начальникам управлений здравоохранения административных округов города Москвы, руководителям государственных учреждений здравоохранения города Москвы обеспечить работу учреждений по диагностике и лечению неотложных состояний в период беременности, родов, послеродовом периоде и неотложных состояний в гинекологии в строгом соответствии с требованиями данной Инструкции.

3. Главному акушеру-гинекологу Департамента здравоохранения города Москвы М.А. Курцеру: обеспечить организационно-методический контроль исполнения требований данной инструкции при организации оказания помощи пациенткам при неотложных состояниях в период беременности, родов, послеродовом периоде и неотложных состояниях в гинекологии в государственных учреждениях здравоохранения города Москвы.

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения А.А. Корсунского.

Исполняющий обязанности руководителя ДЗ

Н.Ф. Плавун

Приложение
к приказу ДЗ города Москвы
от 01.09.11 № 800

ИНСТРУКЦИЯ
по диагностике и лечению неотложных состояний в период беременности, родов,
послеродовом периоде и неотложных состояний в гинекологии в государственных учреждениях
здравоохранения города Москвы

І. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ,
РОДОВ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

ГЕСТОЗ

Осложнение беременности, характеризующееся глубоким расстройством функции жизненно важных органов, развивающееся, как правило, после 20 недель беременности. Классическая триада симптомов гестоза: повышение АД, отеки, протеинурия.

Классификация
Водянка беременных.

Гестоз различной степени тяжести:

- легкой степени (до 7 баллов по шкале Гоеске в модификации Г.М. Савельевой);
- средней степени (8-11 баллов);
- тяжелой степени (12 баллов и более).

Преэклампсия.

Эклампсия.

Критерии тяжелого гестоза:

- систолическое АД более 160 мм рт. ст. или диастолическое АД более 110 мм рт. ст. в двух измерениях в течение 6 ч.;
- протеинурия более 5 г/сут.;
- олигурия;
- интерстициальный или альвеолярный отек легких (чаще ятрогенного происхождения);
- гепатоцеллюлярная дисфункция;
- тромбоцитопения, гемолиз, ДВС-синдром;
- задержка роста плода.

Преэклампсия - кратковременный промежуток времени, предшествующий эклампсии.

Симптомы преэклампсии: тяжесть в затылке, головная боль, нарушение зрения, тошнота, рвота, боли в эпигастральной области или правом подреберье, бессонница или сонливость, расстройство памяти, вялость или раздражительность.

Эклампсия - развитие судорожного приступа, серии судорожных приступов на фоне гестоза при отсутствии других причин, способных вызвать судорожный припадок.

Типичный симптом - приступ судорог поперечно-полосатой мускулатуры всего тела. Припадок судорог продолжается в среднем 1-2 минуты и состоит из четырех последовательно сменяющихся моментов:

1 момент - мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, век. Продолжительность 30 сек.

2 момент (самый опасный) - тонические судороги - тетанус всех мышц тела, в том числе дыхательной мускулатуры. Продолжительность 10-20 сек.

3 момент - клонические судороги. Продолжительность 30 сек. - 1,5 мин.

4 момент - разрешение припадков. Изо рта выделяется пена, окрашенная кровью, лицо постепенно розовеет. Начинает прощупываться пульс. Зрачки постепенно сужаются. После припадков следует коматозное состояние. Больная без сознания, громко дышит.

Редкая и чрезвычайно тяжелая форма эклампсии - бессудорожная, характерными симптомами являются головная боль, потемнение в глазах, слепота, высокое АД, коматозное состояние. Такая форма эклампсии часто связана с кровоизлияниями в мозг.

Осложнения гестоза

- мозговая кома;
- отек легкого как результат шокового легкого или неправильно проводимой инфузионной терапии;
- острая почечная недостаточность вследствие канальцевого и кортикального некроза, кровоизлияний;
- кровоизлияния в надпочечники и другие жизненно важные органы;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- плацентарная недостаточность, хроническая гипоксия, антенатальная гибель плода.

Диагностика

- анамнез;
- выявление характерных для гестоза симптомов: отеки, АГ, протеинурия;
- контроль массы тела, измерение АД в динамике на обеих руках, суточное мониторирование АД;
- исследование клинического анализа крови (особое внимание - количество тромбоцитов, Ht), биохимического анализа крови (в том числе содержание альбумина, креатинина, мочевины, печеночных ферментов), исследование коагуляционных свойств крови, общего анализа мочи, определение количества белка в суточной моче, суточного диуреза (спектр анализов может быть расширен по показаниям);

- КТ или ЯМТР показаны при развитии судорожного приступа ранее 20 недели беременности или через 48 часов после родов; эклампсии, резистентной к терапии магния сульфатом; наличии грубой очаговой неврологической симптоматики (гемипарез), коме;

- УЗИ, включая доплерометрическое исследование кровотока в сосудах системы «мать-плацента-плод», КТГ плода;

- консультативные осмотры терапевта, нефролога, невролога, окулиста исследование состояния глазного дна, анестезиолога-реаниматолога (по показаниям).

Дифференциальная диагностика

- гестоз с хронической артериальной гипертензией, пиелонефритом, гломерулонефритом;

- эклампсия с эпилепсией, уремией, заболеваниями головного мозга (менингит, энцефалит, опухоли мозга, тромбозы синусов твердой мозговой оболочки, разрывы аневризмы, кровоизлияния, артериовенозная мальформация, абсцессы головного мозга), тромботической тромбоцитопенической пурпурой, постпункционным синдромом, действием сильнодействующих веществ, гипонатриемией, гипокалиемией, гипергликемией.

Организационные мероприятия:

- Беременных с тяжелым гестозом, преэклампсией, эклампсией экстренно госпитализируют в ближайший акушерский стационар (преимущественно - при многопрофильной больнице), имеющий отделение интенсивной терапии и отделение для выхаживания недоношенных детей.

- Лечение тяжелого гестоза, преэклампсии и эклампсии проводится совместно с анестезиологами-реаниматологами в отделении интенсивной терапии при мониторинге за состоянием жизненно важных органов.

- При выявлении тяжелых форм гестоза (HELLP-синдром, острый жировой гепатоз беременных, эклампсия) незамедлительно информировать главного врача родильного дома или заместителя главного врача по родовспоможению ГКБ.

Лечение тяжелого гестоза

Цель лечения - предотвращение нарастания тяжести гестоза, предупреждение судорог, восстановление функций жизненно важных органов и фетоплацентарной системы, оптимальное родоразрешение.

В лечении гестоза следует придерживаться следующих положений:

- восстановление функций ЦНС с целью профилактики эклампсии;
- снятие генерализованного спазма сосудов;
- улучшение кровотока в жизненно важных органах, включая фетоплацентарную систему;
- выбор оптимального метода и срока родоразрешения;
- ведение самопроизвольных родов с эпидуральной анестезией, ранней амниотомией, укорочением II периода родов (эпизио-, перинеотомия);
- проведение профилактики кровотечения в раннем послеродовом периоде;
- лечение гестоза в послеродовом периоде.

Комплексная терапия при тяжелом гестозе и эклампсии:

1. У беременных с тяжелым гестозом и преэклампсией для профилактики эклампсии применяется сульфат магния (в/в).

Протокол применения $MgSO_4$ при тяжелом гестозе и преэклампсии:

- нагрузочная доза 4-6 г за 15-30 мин.;
- при отсутствии эффекта повторная доза 2 г за 3-5 мин.;
- поддерживающая инфузия 1-3 г/час (перфузор);
- снижение инфузии до 0,5 г/час при диурезе < 100 мл/4 часа;
- мониторинг дыхания (> 12/мин.), сухожильных рефлексов, диуреза;
- остановка инфузии при потере рефлексов и/или депрессии дыхания.

Таблица 1

ЭФФЕКТЫ МАГНЕЗИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ в зависимости уровня сульфата магния в крови

Эффекты	Уровень магния сульфата в плазме, mmol/l
Терапевтический диапазон	2,0-4,0
Чувство жара, гиперемия, двоение в глазах, смазанная речь	3,8-5,0
Потеря глубоких сухожильных рефлексов	> 5,0
Депрессия дыхания	> 6,0
Остановка дыхания	6,3-7,0
Остановка сердца	> 12,0

Передозировка MgSO₄ может быть купирована введением 1 г глюконата кальция или 300 мг хлорида кальция (в/в).

2. Антигипертензивные препараты

Спазмолитики центрального и периферического действия, бета-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов, ганглиоблокаторы и др.

При тяжелом гестозе используются препараты: нифедипин, клонидин, анаприлин.

Нифедипин применяется в дозе 10 мг per os через 20-30 мин. до достижения эффекта. Разовая доза до 30 мг. Прием препарата целесообразно повторять через 4-6 часов для поддержания желаемого уровня АД, начиная с дозы 10 мг.

Клонидин применяется в дозе до 300 мкг/сут. в/м или энтерально (при преэклампсии 100-300 мкг в/в).

3. Инфузионная терапия

Вследствие вазоспазма при гестозе у беременной уменьшается сосудистый объем, вследствие чего повышается чувствительность к нагрузке жидкостью. Необходимо воздерживаться от введения больших объемов жидкости, так как возможно развитие гипергидратации и отека легких. При тяжелом гестозе объем инфузионной терапии не должен превышать 700-900 мл (1000-1200 мл). Предпочтение отдается кристаллоидам. Темп инфузии не более 40-45 мл/ч. (максимальный 80) или 1 мл/(кг х час). В первые 2-3 дня диурез должен быть положительным (отрицательный баланс жидкости). Диуретики применяют только при отеке легких. Трансфузия альбумина возможна только при гипоальбуминемии (менее 25 г/л), преимущественно после родоразрешения.

Инфузионная нагрузка необходима при проведении эпидуральной анестезии, парентеральной антигипертензивной терапии, внутривенном введении сульфата магния, при олигурии.

Показания к досрочному родоразрешению

Гестоз тяжелой степени, преэклампсия при неэффективности интенсивной терапии в течение 2-6 часов. Указанные мероприятия, как правило, являются показанием к операции кесарево сечение.

Роды через естественные родовые пути у пациенток с гестозом тяжелой степени возможны при:

1. сроке гестации 37 недель и более;
2. удовлетворительном состоянии беременной:
 - стабилизации АД на фоне проводимой терапии (возможности контролируемого снижения АД до 150/90 мм рт. ст. и ниже);
 - уровне протеинурии не более 0,132 г/л;
 - адекватном диурезе (не менее 50 мл/час);
 - повышении уровня трансаминаз в сыворотке крови не более, чем в 2 раза от нормы;
3. удовлетворительном состоянии плода (по данным УЗИ и КТГ).

При неподготовленных родовых путях для подготовки шейки матки к родам интрацервикально вводится катетер Фолея и/или простагландиновый гель Е2 (в задний свод влагалища или интрацервикально).

При подготовленной шейке матки производится амниотомия с последующим родовозбуждением. Родовозбуждение или активация родовой деятельности с применением окситоцина (энзапрост противопоказан) возможны на фоне эпидуральной анестезии при удовлетворительном состоянии матери и плода. При ухудшении состояния матери или плода (повышение АД, появление мозговых и диспепсических симптомов, гипоксия плода) показано оперативное родоразрешение (кесарево сечение).

В первом периоде родов для обезболивания целесообразно применять эпидуральную аналгезию, предпочтительно с использованием перфузора. По показаниям проводят антигипертензивную терапию. Возможно назначение сульфата магния. Необходимо проведение неинвазивного мониторинга состояния пациентки (АД, ЧСС) и плода (КТГ).

Во втором периоде родов показано продолжение эпидуральной аналгезии, проведение перинеотомии или эпизиотомии.

В конце 2 периода и в 3 периоде родов у рожениц проводится профилактика кровотечения только окситоцином или простагландином Е2 (простенон), в/в. Применение простагландина F 2 альфа (метилэргобревин, энзапрост) противопоказано.

Перевод родильницы с тяжелым гестозом из отделения интенсивной терапии и реанимации в послеродовое отделение возможен не ранее, чем через 24 часа после родоразрешения, при условии стабилизации состояния.

В послеродовом периоде продолжают комплексную терапию гестоза. По показаниям проводят профилактику тромботических осложнений и антибактериальную терапию.

Лечение эклампсии

Цель лечения:

- купирование и профилактика последующих приступов эклампсии;
- стабилизация общего состояния, снижение АД;
- восстановление функции жизненно важных органов (сердечно-легочной, ЦНС, выделительной);
- быстрое и бережное родоразрешение.

Протокол ведения пациенток с эклампсией

- предотвращение травмирования пациентки, сохранение постельного режима;
 - поддержание проходимости дыхательных путей;
 - предотвращение аспирации желудочного содержимого: давление на перстневидный хрящ, положение на левом боку или валик под правую ягодицу (смещение матки влево);
 - неинвазивный мониторинг: АД, ЧСС, сатурация, контроль диуреза;
 - сульфат магния 4-6 г в/в в течение 5-10 мин., далее со скоростью 2 г/час;
 - бензодиазепины - диазепам 20 мг в/м или в/в;
 - барбитураты - фенobarбитал 0,2 г/сут. внутрь;
 - при отсутствии эффекта, дополнительно последовательно: MgSO₄ 2 г в/в, диазепам 10 мг в/в, тиопентал натрия 100-300 мг, миорелаксанты и ИВЛ;
 - оксигенация;
 - антигипертензивная терапия;
 - инфузионная терапия в объеме до 80 мл/час, оптимально 40-45 мл/ч. (кристаллоиды).
- Контроль проводимой инфузионной терапии проводят с помощью оценки темпа диуреза:
- менее 30 мл/ч. - олигурия;
 - 30-50 мл/ч. - сниженный диурез;
 - 50-60 мл/ч. - адекватный диурез.

При эклампсии показатель ЦВД не столь информативен, поэтому при отсутствии других показаний нет необходимости в катетеризации подключичной вены в остром периоде.

При сохраненном сознании после приступа судорог следует продолжать консервативную терапию в течение 1-4 часов с насыщением сульфата магния и наблюдением за неврологическим статусом. В эти же сроки необходимо произвести родоразрешение.

Показания к ИВЛ у пациенток с эклампсией

- некупирующийся приступ эклампсии;
- кома;
- аспирационный синдром;
- полиорганная недостаточность;
- оперативное родоразрешение и тромбоцитопения < 75-80000/куб. мм.

Если после приступа эклампсии сознание восстанавливается, то при отсутствии дыхательной недостаточности возможно проведение родоразрешения на фоне регионарной анестезии.

Эклампсия и ее осложнения являются показанием для родоразрешения путем операции кесарева сечения (доступ - нижнесрединная лапаротомия).

Если приступ эклампсии произошел во время потуг и головка плода находится в плоскости выхода из полости малого таза, показана операция наложения акушерских щипцов.

Интенсивная медикаментозная терапия эклампсии после родоразрешения

- продолжение введения сульфата магния в дозе 1-2 г в/в не менее 24 ч.;
- гипотензивная терапия при диастолическом АД более 90 мм рт. ст.;
- в/в инфузия окситоцина (10 ЕД до 2-3 ч.);
- профилактика тромбоэмболических осложнений: введение профилактических доз низкомолекулярных гепаринов начинают через 12 часов после родоразрешения и продолжают до выписки. Эластическая компрессия нижних конечностей;
- антибактериальная терапия (цефалоспорины III-IV поколения, карбапенемы - по показаниям);
- ранняя нутритивная поддержка до 2000 ккал/сут. (через назогастральный зонд с первых часов после операции);
- в зависимости от конкретной ситуации (объема интраоперационной кровопотери, степени поражения почек, печени и т.д.) программа инфузионной терапии может быть расширена за счет включения растворов 6% гидроксипропилкрахмала среднего молекулярного веса (200/05, 130/0,42) и кристаллоидов.

HELLP-СИНДРОМ

Синдром, развивающийся при гестозе, характерными признаками которого являются гемолиз, повышение уровня ферментов печени, снижение числа тромбоцитов.

Возникает в III триместре беременности.

Критерии диагностики HELLP-синдрома

- боль в эпигастрии или правом подреберье;
- истеричность склер и кожных покровов;
- гемолиз (гемолизированная кровь, гипербилирубинемия, ЛДГ > 600 ЕД/л);
- повышение уровня печеночных ферментов (от незначительного до выраженного);
- тромбоцитопения (количество тромбоцитов < 100 тыс.).

Клиническая картина проявляется агрессивным течением и стремительным нарастанием симптомов. Первоначальные проявления синдрома неспецифичны: головная боль, утомляемость, недомогание, тошнота, рвота, диффузные или локализующиеся в правом подреберье боли. Наиболее характерны желтуха, рвота с примесью крови, кровоизлияния в местах инъекций, нарастающая печеночная недостаточность, судороги, кома. Нередко наблюдается разрыв печени с кровотечением в брюшную полость. В послеродовом периоде из-за нарушения свертывающей системы крови возможно профузное маточное кровотечение.

Исследование коагуляционных свойств крови, количества клеток крови, Ht, печеночных ферментов, биохимического анализа крови.

Для раннего обнаружения субкапсулярной гематомы печени показано УЗИ брюшной полости.

Дифференциальная диагностика

Холестаз, острый жировой гепатоз.

Для холестаза характерно: повышение активности АЛТ, АСТ, ЩФ, прямого билирубина.

Для острого жирового гепатоза характерно: гипербилирубинемия за счет прямой фракции, гипопроteinемия, гипоальбуминемия, гипофибриногенемия, незначительное повышение АЛТ, АСТ.

Гемолиз (гипербилирубинемия за счет повышения уровня непрямой фракции билирубина, высокий ретикулоцитоз), повышение активности печеночных ферментов, тромбоцитопения характерны также для следующих заболеваний: системная красная волчанка, тромбоцитопеническая пурпура, гемолитический уремический синдром, вирусные инфекции, сепсис, кокаиновая наркомания.

Лечение

- интенсивная предоперационная подготовка (инфузионно-трансфузионная терапия);
- срочное абдоминальное родоразрешение;
- гемолиз и тромбоцитопения - показания для проведения плазмафереза в режиме плазмообмена с дополнительным введением СЗП;

- заместительная, гепатопротекторная и иммунодепрессантная терапия (от 10 мг дексаметазона внутривенно каждые 12 часов);
- переливание свежезамороженной плазмы (не менее 20 мл/кг массы тела);
- переливание тромбоконцентрата показано при кровотечении и уровне тромбоцитов менее 50×10^9 /л, при операции и уровне тромбоцитов менее $25-30 \times 10^9$ /л;
- введение антифибринолитиков (апротинин, амбен, транексамовая кислота);
- антибактериальная терапия.

Лечение проводят с определением через каждые 6 часов количества эритроцитов и тромбоцитов, содержания общего белка и билирубина в крови, величины тромбинового индекса, АЧТВ, времени свертывания крови, печеночных трансаминаз.

ОСТРЫЙ ЖИРОВОЙ ГЕПАТОЗ БЕРЕМЕННЫХ (ОЖГБ)

Одно из самых тяжелых, смертельно опасных осложнений беременности. Относится к редким, наиболее тяжелым формам поздних токсикозов.

Клиническая картина и диагностика

Выделяют три стадии заболевания:

Первая стадия - дожелтушная. Проявляется тошнотой, рвотой, отсутствием аппетита, слабостью, вялостью, головной болью, болями в животе, за грудиной, по ходу пищевода (особенно при прохождении пищевого комка). Реже отмечается кожный зуд, икота, отрыжка, повышение температуры тела, озноб. Характерна изжога, нарастающая до мучительной и заканчивающаяся рвотой, которая со временем приобретает характер «кофейной гущи». Патоморфологической основой данного симптома является эрозирование и изъязвление слизистой оболочки пищевода и желудка в связи с нарушениями микроциркуляции на фоне ДВС-синдрома. Также у больных отмечаются слабо выраженные классические симптомы гестоза (отеки, протеинурия, гипертензия), не коррелирующие с тяжестью общего состояния. Возможно появление геморрагического синдрома в виде кровоточивости десен, носовых кровотечений, подкожных кровоизлияний в местах инъекций.

Вторая стадия - желтушная. Характеризуется появлением желтухи, прогрессивным ухудшением состояния больной на фоне развивающейся печеночной и почечной недостаточности, нарастанием признаков ДВС-синдрома. Отмечается уменьшение размеров печени. Нередко диагностируется внутриутробная гибель плода.

Третья стадия - заключительная, развивается через несколько дней после появления желтухи. Возникает молниеносная печеночная и острая почечная недостаточность. Сознание больной обычно сохраняется вплоть до терминальной стадии болезни. На фоне тяжелого ДВС-синдрома появляются сильные маточные кровотечения, а также кровотечения из других органов и тканей. Возможны кровоизлияния в головной мозг, поджелудочную железу, что ускоряет летальный исход.

Общая продолжительность заболевания составляет от нескольких дней до нескольких недель.

При развернутой клинике заболевания ОЖГБ протекает очень ярко, с быстрым нарастанием клинических проявлений и стремительным ухудшением лабораторных показателей.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

- биохимический анализ крови: повышение уровня билирубина (преимущественно за счет прямой фракции), гипопроteinемия, повышение уровня мочевины, незначительное повышение активности аминотрансфераз (редко выше 500 ЕД/л), возможно развитие гипогликемии;
- гемостазиограмма: гипофибриногенемия, значительное снижение уровня антитромбина-3, тромбоцитопения;
- клинический анализ крови: лейкоцитоз, нарастающая анемия;
- УЗИ органов брюшной полости: повышенная эхогенность ткани печени;
- КТ органов брюшной полости: признаки снижения плотности ткани печени;
- пункционная биопсия печени: наиболее точный метод диагностики ОЖГБ (позволяет выявить инфильтрацию печеночных клеток мелкими капельками жира), однако мало приемлемый в условиях развития ДВС-синдрома и связанного с ним высокого риска кровотечения.

Дифференциальная диагностика

- Преэклампсия: характерна более выраженная триада симптомов.

- HELLP-синдром: возникает в исходе тяжелого гестоза. По клиническим и лабораторным проявлениям наиболее близок к ОЖГБ, однако снижение уровня антитромбина III не бывает столь выраженным, как при развернутой картине ОЖГБ.

- Острый холецистит, острый холангит, вирусный гепатит: характерен продромальный период, более выраженная гиперферментемия, незначительная тромбоцитопения, гемолиз - не характерен.

- Холестатический гепатоз беременных: наследственный анамнез по женской линии, протекает, как правило, доброкачественно, длительно, имеет рецидивирующий характер. В клинической картине превалирует кожный зуд. В анализе крови наблюдается невыраженная тромбоцитопения и гемолиз.

- Пищевая токсикоинфекция (дифференциальная диагностика проводится с первой стадией ОЖГБ): диспептический синдром быстро купируется на фоне проводимой терапии. Не характерна тромбоцитопения, гемолиз. Гиперферментемия выявляется редко.

- Острая респираторная вирусная инфекция.

Лечение

После кратковременной подготовки, имеющей целью коррекцию реологических, белково-электролитных расстройств, нарушений гемостаза, показано экстренное досрочное родоразрешение.

Независимо от выбранного метода родоразрешения необходимо быть готовыми к массивному кровотечению (иметь достаточный запас свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы), а также к расширению объема операции и перевязке внутренних подвздошных артерий.

После своевременного родоразрешения улучшение состояния пациентки наступает в различные сроки (от 1-2 суток до нескольких недель) в зависимости от имеющейся стадии ОЖГБ и тяжести его проявлений.

При поздней диагностике заболевания в случае антенатальной гибели плода прогноз для жизни матери существенно ухудшается.

АКУШЕРСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Акушерское кровотечение - кровотечение во время беременности, родов и послеродовом периоде.

Причины кровотечения во время беременности и родов: преждевременная отслойка нормально или низко плаценты, разрыв матки, предлежание плаценты, оболочечное прикрепление пуповины.

Причины кровотечения в III и раннем послеродовом периоде: гипотония и атония матки, дефекты плаценты, плотное прикрепление и врастание плаценты, травма родовых путей, выворот матки, нарушение свертываемости крови.

Физиологической считают кровопотерю в родах в пределах 300-500 мл или 0,5% массы тела, при кесаревом сечении - 750-1000 мл; при плановом кесаревом сечении с гистерэктомией - 1500 мл.

Таблица 2

КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ геморрагического шока в зависимости от величины кровопотери в акушерстве

Признаки	Класс кровотечения			
	1	2	3	4
Кровопотеря, мл	900	1200-1500	1800-2000	2400
%ОЦК	15	20-25	30-35	40
% массы тела	1,5	2,0-2,5	3,0-3,5	4,0
ЧСС	N	< 100	100-120	120-160
Систолическое АД, мм рт. ст.	N	> 100	80-100	< 60-80
Пульсовое АД, мм рт. ст.	> 30	< 30	< 30	Значительно снижено
Шоковый индекс	0,5-0,7	0,85-1,0	1,0-1,5	> 1,5
Заполнение капилляров, с.	< 2	> 2	> 2	

Частота дыхания	N	> 20	30-50	-
Диурез	N	снижен	олигурия	анурия
Состояние сознания	ясное	ясное	Беспокойство, возбуждение	Заторможенность, сопор
Тяжесть шока/стадия	нет	Легкий/I	Умеренный/II	Тяжелый/III

Таблица 3

Степень кровопотери

Кровопотеря	Величина кровопотери (мл)	% кровопотери от ОЦК
Компенсированная	500-1000	15
Субкомпенсированная	1000-2500	20-40
Декомпенсированная	2500 и более	40 и более

Акушерское кровотечение считается массивным при:

- кровопотере более 1500 мл;
- снижении ОЦК более 20%;
- систолическом АД менее 90 мм рт. ст.;
- ЦВД менее 5 см вод. ст.;
- снижении гемоглобина более 25%.

Угрожающим для жизни кровотечением считают:

- потерю 100% ОЦК в течение 24 часов, или 50% ОЦК за 3 часа;
- кровопотерю со скоростью 150 мл/мин., или 1,5 мл/(кг х мин.) (за время более 20 минут);
- одномоментную кровопотерю более 1500-2000 мл, или 25-35% ОЦК.

Догоспитальный этап

Экстренная госпитализация в ближайший акушерский стационар.

До прибытия бригады скорой помощи - инфузионная терапия с целью поддержания ОЦК, и стабилизации гемодинамики (по показаниям).

Контроль АД, ЧСС, ЧД.

Госпитальный этап

Диагностика

- анамнез;
- осмотр пациентки. Определение источника кровотечения. Оценка объема кровопотери (гравиметрический метод, измерение градуированной емкостью);
- мониторинг основных гемодинамических показателей в динамике (АД, ЧСС, ЧД);
- почасовая оценка диуреза;
- ультразвуковое исследование;
- необходимые лабораторные исследования у пациенток с кровопотерей:
 1. уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты;
 2. количество тромбоцитов, концентрация фибриногена, ПТИ, МНО, активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), продукты деградации фибрина/фибриногена (ПДФ), тромбоэластограмма (коагулограмма), время свертывания цельной крови по Ли-Уайт;
 3. кислотно-основное состояние, газы крови и уровень лактата в плазме - для оценки тяжести шока и тканевой гипоксии;
 4. группа крови, резус-фактор;
 5. биохимические параметры крови: общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ;
 6. электролиты плазмы: натрий, калий, хлор, кальций;
 7. клинический анализ мочи.

Оказание неотложной помощи при акушерских кровотечениях (в зависимости от объема кровопотери)

1. Компенсированная кровопотеря (не более 15% от ОЦК, до 1000 мл)

- катетеризация мочевого пузыря;
- пункция или катетеризация периферической вены;
- при нарушении отделения плаценты и выделения последа необходимо выполнить:
- определить признаки отделения плаценты;
- при положительных признаках отделения плаценты выделить послед по Креде-Лазаревичу;
- при отсутствии признаков отделения плаценты следует применить прием Креде-Лазаревича;
- при отсутствии эффекта от наружных методов выделения последа выполнить операцию

ручного отделения плаценты и выделения последа.

Ручное обследование матки проводится однократно. После удаления последа или остатков плацентарной ткани матка обычно сокращается, плотно обхватывая руку. Если тонус матки не восстанавливается, то дополнительно вводятся утеротонические препараты, производится наружно-внутренняя компрессия матки. Применяемый ранее массаж матки на кулаке в настоящее время не используется ввиду травматичности метода.

Наружно-внутренняя компрессия матки на кулаке: положение роженицы на гинекологическом кресле такое же, как и при ручном обследовании матки. Во влагалище вводят сложенную конусообразно правую руку («рука акушера»), которую располагают в переднем своде влагалища. После расположения левой руки на дне матки проводится наружно-внутренняя компрессия матки на кулаке. После того, как матка сократилась, руку выводят из влагалища;

- осмотр родовых путей, ушивание разрывов мягких тканей;
- клеммирование маточных артерий по Бакшееву, прошивание нисходящих ветвей маточной артерии на 3 и 9 часах;
- использование внутриматочного гемостатического баллона;
- инфузионно-трансфузионная терапия (кристаллоиды, утеротонические препараты, переливание аутологичной плазмы - по показаниям);
- наблюдение в палате интенсивной терапии - по показаниям.

Таблица 4

СХЕМА ВВЕДЕНИЯ утеротонических препаратов при акушерском кровотечении

Время введения	Препарат	Дозировка
Одномоментно	Окситоцин	5 ЕД (2,5 мг)
Первые 30 минут	Окситоцин + Энзапрост	10 ЕД (5 мг)
Поддерживающая доза 1-3 часа	Окситоцин + Энзапрост	10 ЕД (5 мг)

Таблица 5

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ при акушерском кровотечении

Кровопотеря/Препараты	до 1000 мл	1000-1500 мл	1500-2000 мл	более 2000 мл
Кристаллоиды	500-1000 мл	1000 мл	1000-1500 мл	2000 мл
Коллоиды	-	500-1000 мл	1000 мл	1000-1500 мл
Свежезамороженная плазма	-	-	10 мл/кг	15 мл/кг
Эритроцитная масса	-	-	-	500-750 мл

При неэффективности любого мероприятия по остановке кровотечения необходимо незамедлительно перейти к последующему этапу.

2. Субкомпенсированная кровопотеря (не более 40% от ОЦК, от 1000 мл до 2500 мл)

Организационные мероприятия:

- незамедлительное информирование главного врача родильного дома или заместителя главного врача по родовспоможению ГКБ;
- информирование главного акушера-гинеколога ДЗ г. Москвы, кураторов округов по территориальному принципу (согласно приказу № 41 от 25.01.08 ДЗ Москвы);
- заказ препаратов крови;
- вызов сосудистого хирурга, трансфузиолога;
- вызов выездной реанимационной бригады ГКБ им. С.П.Боткина.

Акушерские мероприятия:

- катетеризация центральной вены (метод выбора - катетеризация внутренней яремной вены);
- хирургическое лечение (нижнесрединная лапаротомия):
 - а) наложение гемостатических компрессионных швов на матку (матрасный шов; шов, стягивающий нижний сегмент матки; шов по В-Lynch; срединная утеротомия с прошиванием внутренней поверхности матки);
 - б) эмболизация маточных артерий (при наличии технических возможностей);
 - в) перевязка внутренних подвздошных артерий;
 - г) дренирование Дугласова пространства:
 - использование аппарата для реинфузии крови;
 - инфузионно-трансфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды,
 - утеротонические препараты, переливание СЗП, эритромазсы);
 - наблюдение в палате интенсивной терапии.

3. Декомпенсированная кровопотеря (более 40% от ОЦК, свыше 2500 мл)

Организационные мероприятия:

- незамедлительное информирование главного врача родильного дома или заместителя главного врача по родовспоможению ГКБ;
- информирование главного акушера-гинеколога ДЗ Москвы, кураторов округов по территориальному принципу (согласно приказу № 41 от 25.01.08 ДЗ Москвы);
- заказ препаратов крови;
- вызов сосудистого хирурга, трансфузиолога;
- вызов выездной реанимационной бригады ГКБ им. С.П. Боткина.

Акушерские мероприятия:

- проведение реанимационных мероприятий;
- катетеризация центральной вены;
- хирургическое лечение (нижнесрединная лапаротомия):
 - а) наложение гемостатических компрессионных швов на матку (матрасный шов; шов, стягивающий нижний сегмент матки; шов по В-Lynch; срединная утеротомия с прошиванием внутренней поверхности матки);
 - б) перевязка внутренних подвздошных артерий;
 - в) при неэффективности вышеуказанных мероприятий - экстирпация матки;
 - г) дренирование Дугласова пространства; использование аппарата для реинфузии крови;
 - инфузионно-трансфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды, утеротонические препараты, переливание СЗП, эритромазсы);
 - наблюдение в палате интенсивной терапии.

Врастание плаценты в область рубца на матке после кесарева сечения

Группы риска:

- Рубец на матке после кесарева сечения + расположение плаценты по передней стенке матки.
- Рубец на матке после кесарева сечения + предлежание плаценты с переходом на переднюю стенку матки.

Важна своевременная (дородовая) диагностика врастания плаценты

- Ультразвуковое и доплерометрическое исследование (нечеткость границ нижнего сегмента матки, гиперваскуляризация плаценты, сосудистые лакуны, регистрация кровотока в плацентарных сосудах передней стенки матки, в стенке мочевого пузыря);

- ЯМРТ.

При подозрении на вращение плаценты для подтверждения диагноза пациентки направляются на консультацию в ЦПСиР. Сроки госпитализации в отделение патологии беременности ЦПСиР или многопрофильных больниц, проведения аутоплазмодонорства и родоразрешения устанавливаются в индивидуальном порядке с учетом данных клинических и лабораторных исследований.

Врачебная тактика

При проведении планового кесарева сечения

1. Проведение предоперационной подготовки:

- катетеризация центральной вены (метод выбора - катетеризация внутренней яремной вены);
- заказ и совмещение компонентов крови;
- вызов трансфузиолога, подготовка аппарата для реинфузии крови;

2. нижнесрединная лапаротомия;

3. корпоральное кесарево сечение в дне матки (донное кесарево сечение);

4. извлечение ребенка, пересечение пуповины, погружение пуповинного остатка в рану, ушивание разреза на матке;

5. проведение эмболизации маточных артерий;

6. иссечение маточной грыжи, удаление плаценты, выполнение метропластики нижнего маточного сегмента.

При проведении экстренного кесарева сечения

(вращение плаценты диагностируется интраоперационно)

Организационные мероприятия:

- незамедлительное информирование главного врача родильного дома или заместителя главного врача по родовспоможению ГКБ;

- информирование главного акушера-гинеколога ДЗ Москвы, кураторов округов по территориальному принципу (согласно приказу № 41 от 25.01.08 ДЗ Москвы);

- заказ компонентов крови;

- вызов сосудистого хирурга, трансфузиолога.

Акушерские мероприятия:

- катетеризация центральной вены, подготовка аппарата для реинфузии крови;

- если лапаротомия выполнена поперечным разрезом - решение вопроса о расширении доступа (нижнесрединная лапаротомия);

- проведение корпорального кесарева сечения в дне матки (донное кесарево сечение);

- после извлечения ребенка и пересечения пуповины - погружение пуповинного остатка в рану, ушивание разреза на матке;

- иссечение маточной грыжи, удаление плаценты;

- выполнение метропластики нижнего маточного сегмента.

При отсутствии кровотечения возможно отсроченное удаление плаценты.

ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ (ЭОВ)

Критическое состояние, связанное с попаданием амниотической жидкости и ее компонентов в материнский кровоток с развитием тяжелой анафилактической реакции с симптомокомплексом шока смешанного генеза вплоть до остановки сердечной деятельности, острой дыхательной недостаточности и острого ДВС-синдрома.

Чаще всего эмболия околоплодными водами возникает в I или во II периоде родов, реже это происходит в последовом и раннем послеродовом периоде. Однако эмболия околоплодными водами может развиваться и во время беременности, и в послеродовом периоде. Возможные пути проникновения околоплодных вод в материнский кровоток:

- Через межворсинчатое пространство (при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты).

- Трансплацентарный (через дефекты плаценты и патологически измененные участки плаценты).

- Через сосуды любого участка матки при нарушении их целостности (разрывы матки, операция кесарева сечения).

- Трансцервикальный (через сосуды шейки при ее разрывах).

Клиническая картина и диагностика

Клиническая картина вариабельна и зависит от общего количества околоплодных вод, попавших в материнский кровоток, скорости их попадания и степени реактивности организма женщины.

- Характерно острое начало заболевания, внезапность.
- Жалобы на боль за грудиной, головную боль, озноб, возбуждение, кашель.
- Повышение температуры тела до 38,5-39,0 °С.
- Дыхание учащенное (до 20-25 в минуту), одышка. Аускультативно: дыхание жесткое, единичные рассеянные сухие хрипы, которые быстро исчезают.
- Острая сердечно-сосудистая недостаточность: цианоз лица и конечностей, тахикардия; пульс слабого наполнения, резкое снижение АД, коллапс.
- Правожелудочковая недостаточность; расширение границы сердца вправо, набухание шейных вен, повышение ЦВД, ритм галопа, акцент 2 тона над легочной артерией.
- Гипотоническое (или атоническое) маточное кровотечение.
- Кровотечение из мест пункций, петехиальные кровоизлияния.

Если околоплодные воды попадают в материнский кровоток дробно, небольшими порциями, на высоте схваток столь выраженной и внезапной клинической картины не возникает, кардиопульмональный шок не развивается, ЭОВ проявляется коагулопатическим кровотечением. ЭОВ может возникать и во время кесарева сечения, в момент извлечения плода.

Если оперативное родоразрешение проводят под регионарной анестезией, клиническая картина ЭОВ будет сходна с таковой во время родов. Кроме того, косвенным свидетельством ЭОВ может служить кратковременное снижение сатурации до 85-80%, а в тяжелых случаях - и до 70%.

При проведении кесарева сечения под эндотрахеальным наркозом проявления ЭОВ будут выражаться в снижении сатурации, появлении сухих хрипов в легких над очагом поражения и повышении давления в дыхательном контуре наркозного аппарата на вдохе до 30-35 мм вод. ст. При наличии центрального венозного доступа можно зафиксировать повышение ЦВД.

Все указанные проявления могут носить кратковременный характер. При этом ДВС-синдром возникает молниеносно, с массивным профузным кровотечением в раннем послеоперационном периоде.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

- исследование системы гемостаза: количество тромбоцитов, фибриноген, АЧТВ, время свертывания цельной крови, концентрация растворимых комплексов мономеров фибрина, содержание продуктов распада фибрина и фибриногена, показатели тромбоэластограммы и агрегации тромбоцитов, концентрация антитромбина III и плазминогена;
- ЭКГ (признаки перегрузки правых отделов сердца - отклонение электрической оси сердца вправо более 90°, увеличение размеров зубца Р во II, III стандартных отведениях более 2 мм, снижение амплитуды зубца Т в стандартных и правых грудных отведениях);
- рентгенографическое исследование легких (картина интерстициального отека легких).

В процессе лечения пациенток с ЭОВ проводят динамический контроль АД и ЦВД, почасовой продукцией мочи, определение основных показателей формулы крови, определение ОЦК, минутного объема крови, минутного объема сердца, общего периферического сопротивления, КОС крови.

Дифференциальная диагностика

ЭОВ следует дифференцировать с ТЭЛА, эклампсией, разрывом матки, ПОНРП, синдромом Мендельсона, инфарктом миокарда, септическим шоком, цереброваскулярными нарушениями, лекарственной идиосинক্রазией.

Лечение

Лечение проводят совместно с анестезиологом-реаниматологом. Основные принципы:

- восстановление функции сердечно-сосудистой и дыхательной системы;
- остановка кровотечения;
- коррекция системы гемостаза;
- адекватное возмещение кровопотери;
- нормализация функции жизненно-важных органов и систем.

После выполнения неотложных лечебных мероприятий у беременных следует провести экстренное оперативное родоразрешение путем кесарева сечения.

При длительно не купируемых дыхательных нарушениях показана ИВЛ с РЕЕР. Если лечение ЭОВ не начато в момент острого появления симптомов, то его сводят, в основном, к купированию ДВС-синдрома и его последствий.

Учитывая, что в послеродовом периоде при наличии ДВС-синдрома кровотечение из плацентарной площадки возможно даже при полностью сократившейся матке, хирургический гемостаз включает перевязку подвздошных артерий и, при отсутствии эффекта, экстирпацию матки.

РАЗРЫВ МАТКИ - нарушение целостности стенок матки.

Организационные мероприятия

- необходима экстренная госпитализация в ближайший акушерский стационар;
- незамедлительное информирование главного врача родильного дома или заместителя главного врача по родовспоможению ГКБ.

Клиническая картина и диагностика

Угрожающий разрыв матки, симптомы которого обусловлены перерастяжением нижнего сегмента матки, когда ни разрыва, ни надрывов в стенке еще не произошло:

- Частые, болезненные, постоянно усиливающиеся схватки.
- Беспокойное поведение роженицы не только во время схваток, но и между ними.
- Учащение пульса и дыхания, повышение температуры тела.
- Высокое расположение мочевого пузыря над лоном.
- Затрудненное мочеиспускание или кровь в моче в результате сдавления головкой мочевого пузыря и уретры.

- Контракционное (ретракционное) кольцо за счет перерастяжения нижнего сегмента находится на уровне пупка или выше. Матка принимает форму песочных часов. Верхняя часть матки, сильно сократившаяся, плотная, четко контурируется и располагается в области одного из подреберьев, обычно правого; нижний отдел матки имеет более широкую несколько расплывчатую форму. Круглые связки расположены ассиметрично, на разных уровнях, напряжены и болезненны. При пальпации живота в области нижнего сегмента матки определяются напряжение и резкая болезненность. Вследствие болезненности не удается определить часть плода, тело которого почти целиком располагается в перерастянном нижнем сегменте матки.

- Отек наружных половых органов, возможно ущемление и отек шейки матки (иногда она свешивается во влагалище в виде мягкой, багрово-синей лопасти).

- При влагалищном исследовании - отсутствие плодного пузыря, полное раскрытие шейки матки, не соответствующее длительности родов и степени раскрытия шейки матки (над входом в таз или малым сегментом в плоскости входа в малый таз).

Начавшийся разрыв матки, симптомы которого обусловлены гематомой, надрывом миометрия нижнего сегмента матки. К картине угрожающего разрыва матки (перерастяжения нижнего сегмента матки) присоединяются:

- Симптомы эректильной стадии болевого шока - общее возбужденное состояние, громкий крик, чувство страха, гиперемия лица, расширение зрачков, тахикардия.

- Судорожный характер схваток, появление желания тужиться при высоко стоящей головке раздражение мышцы матки, гематома, большая родовая опухоль).

- Сукровичные или кровяные выделения из половых путей, появление которых на фоне угрозы разрыва является достоверным признаком начавшегося разрыва матки.

- Острая гипоксия плода (КТГ, появление мекония в околоплодных водах) или его интранатальная гибель в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения.

Совершившийся (полный) разрыв матки сопровождается выраженной клинической картиной торпидной фазы шока и внутрибрюшного кровотечения:

- Резкая боль в животе на высоте одной из схваток.
- Прекращение родовой деятельности (основной симптом).

- Появление симптомов торпидной стадии шока в связи с внутренним кровотечением - кожные покровы роженицы бледнеют, зрачки расширяются, глаза западают, пульс учащается и слабеет, дыхание становится поверхностным, появляются тошнота, рвота, головокружение вплоть до потери сознания.

- Интранатальная гибель плода и его возможное перемещение в брюшную полость. Головка плода поднимается вверх и определяется подвижной высоко над входом в таз. При выходе плода в брюшную полость его части пальпируются непосредственно под передней брюшной стенкой, отдельно от него определяется сократившаяся матки.

- Вздутие живота, могут быть симптомы раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга).

- Кровяные выделения из половых путей.

Симптомы разрыва матки по рубцу во время беременности:

- угрожающий разрыв: симптомы обусловлены рефлекторным раздражением брюшины области расползающейся рубцовой ткани и включают в себя тошноту, рвоту, боли в эпигастриальной области, внизу живота, и/или поясничной области;

- начавшийся разрыв: гипертонус матки, возможные кровяные выделения из половых путей, признаки гипоксии плода;

- совершившийся разрыв: к клинической картине угрожающего и начавшегося разрыва присоединяются симптомы болевого и геморрагического шока.

Симптомы разрыва матки по рубцу в родах:

Угрожающий разрыв матки, симптомы: тошнота; рвота; боли в эпигастрии; нарушение сократительной деятельности матки - дискоординация или слабость родовой деятельности, особенно после излития околоплодных вод; болезненность схваток, несоответствующей их силе; беспокойное поведение роженицы в сочетании со слабой родовой деятельностью; задержкой продвижения плода при полном раскрытии шейки матки.

Начавшийся разрыв матки, симптомы: постоянное, не расслабляющееся напряжение матки (гипертонус); болезненность при пальпации в области нижнего сегмента или в области предполагаемого рубца;

Признаки гипоксии плода;

Кровяные выделения из половых путей.

Совершившийся (полный) разрыв матки - признаки геморрагического шока и антенатальная гибель плода.

Неполный разрыв матки может произойти в любом периоде родов. Его этиология может быть и механической, и гистопатической. Локализация неполных разрывов - чаще всего нижний сегмент матки или ребро, там, где брюшина неплотно соприкасается с маткой. Неполный разрыв сопровождается образованием гематомы, как правило.

Между листками широкой связки матки или предпузырно. При неполном разрыве во втором периоде родов плод может родиться живым через естественные родовые пути.

Клиническая картина неполного разрыва матки: симптомы внутреннего кровотечения в зависимости от кровопотери (бледность кожных покровов, тахикардия, гипотензия).

Боли в нижних отделах живота, крестце с иррадиацией в ногу.

В послеродовом периоде отклонение матки в сторону, противоположную разрыву.

Сбоку от нее может пальпироваться образование без четких границ и контуров.

Неполный разрыв матки клинически может проявиться в позднем послеродовом периоде. Заподозрить разрыв матки позволит гипотензия. Наряду с этим отмечают разлитую болезненность живота, парез кишечника, нарастает метеоризм.

Дифференциальная диагностика

Если разрыв матки происходит во время беременности, необходима дифференциальная диагностика с внематочной беременностью, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, преэклампсией, кишечной непроходимостью, почечной коликой, острым аппендицитом.

Лечение

Экстренное родоразрешение.

Методом выбора являются органосохраняющие операции:

- при полном разрыве матки при необходимости иссекают края разрыва, далее накладывают отдельные швы на матку;
- при неполном разрыве матки сначала опорожняют гематому, останавливают кровотечение путем лигирования поврежденных сосудов и осматривают разрыв. В зависимости от степени инфекционного риска и характера повреждения матки разрыв зашивают;
- если одновременно с разрывом матки произошел разрыв мочевого пузыря, его зашивают со стороны брюшной полости.

Система послеоперационных мероприятий включает адекватную инфузионную терапию, коррекцию гемостаза и восполнение кровопотери, антибактериальную терапию, профилактику пареза кишечника, общеукрепляющую терапию.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Классификация:

- Эндометрит во время родов (хориоамнионит).
- Послеродовый эндометрит.
- Акушерский перитонит.
- Сепсис.

ХОРИОАМНИОНИТ

Клиническая картина и диагностика

Хориоамнионит возникает на фоне длительного безводного промежутка, отмечается ухудшение состояния роженицы, повышение температуры тела, озноб, тахикардия, гнойные выделения из половых путей. В периферической крови нарастает лейкоцитоз, развивается тахикардия у плода. У некоторых рожениц выявляется болезненность матки.

Лечение

С момента установления диагноза хориоамнионита роды следует проводить по методике интенсивного родоразрешения. Во время родов или кесарева сечения следует тщательно следить за показателями гемодинамики, функцией почек, бактериологическим анализом выделений, исследовать уро- и гемокультуры. Особое внимание следует обратить на состояние системы гемостаза. С целью ускорения родоразрешения внутривенно перфузором вводят окситоцин.

Второй период родов не должен быть длительным, если он превышает 2 часа - следует применить вакуум-экстракцию или акушерские щипцы. При упорной слабости родовой деятельности и других осложнениях в родах - можно произвести кесарево сечение.

Антибиотикотерапия: полусинтетические пенициллины в сочетании с метронидазолом.

После родов или операции интенсивную терапию продолжают до стойкой нормализации температуры тела и улучшения состояния больной.

В раннем послеродовом периоде возможно акушерское кровотечение гипотонического или коагулопатического характера. Таким образом, необходимо иметь запас свежзамороженной плазмы, эритроцитарной массы.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ

Клиническая картина и диагностика

Для легкой формы заболевания характерно:

- позднее начало (на 5-12 сутки после родов);
- удовлетворительное общее состояние;
- повышение температуры тела до 38,0-38,5°C;
- в клиническом анализе крови: лейкоцитоз в пределах $9-12 \times 10^9$ /л, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы, умеренное повышение СОЭ (30-35 мм/ч).

Для тяжелой формы заболевания характерно:

- начало на 2-3 сутки;
- тахикардия, озноб, слабость;
- повышение температуры тела до 38,0-39,0 °C;

- увеличение и болезненность матки, гнойные лохии;
 - в клиническом анализе крови: снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз (от 14×10^9 до 30×10^9 , нейтрофильный сдвиг влево);
 - УЗИ органов малого таза; увеличение объема матки, особенно за счет переднезаднего размера, в полости матки - разреженные эхоструктуры без четких контуров, неправильной формы и с пониженным уровнем звукопроводимости;
 - при гистероскопии: на стенках матки рыхлые фибриновые наложения, слизистая оболочка отечная, цианотичная, с обилием кровоточащих сосудов;
- при длительности послеродового эндометрита более 9 суток на стенках матки визуализируется плотный, гладкий фибриновый налет с примесью гноя. При этом отсутствуют какие-либо внутриполостные включения.

Лечение

- Вакуум-аспирация и промывание матки растворами антисептиков под общим обезболиванием.
- При незначительном расширении полости матки возможно ограничиться расширением цервикального канала для создания оттока.
- Антибиотикотерапия - комбинация двух антибиотиков широкого спектра действия в максимальных дозах с учетом чувствительности микрофлоры. Применяют следующие схемы антибактериальной терапии:
 1. амоксициллин + клавулановая кислота по 1,2 г внутривенно 3-4 раза в сутки;
 2. цефалоспорины II-III поколения (цефуросим по 1,5 г внутривенно 3 раза в сутки, цефтриаксон по 2,0 г внутривенно 1 раз в сутки) и метронидазол по 500 мг внутривенно 3 раза в сутки;
 3. клиндамицин 900 мг внутривенно 3 раза в сутки и гентамицин 5-6 мг/кг внутривенно или внутримышечно за одно введение.
- Детоксикационная, инфузионная терапия.

АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ

Одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода, источником инфекции являются патологические процессы в матке (хориоамнионит, послеродовый эндометрит, несостоятельность швов на матке после кесарева сечения).

Клиническая картина и диагностика

Клиническая картина перитонита после кесарева сечения отличается от перитонита в хирургической практике. Акушерский перитонит имеет раннее начало после кесарева сечения, его клинические проявления стерты.

Симптомы интоксикации появляются на 2-3-й сутки: жажда, сухость во рту, слабость, вздутие живота, тахикардия, повышение температуры тела до 38°C и выше, может быть озноб.

При объективном обследовании отмечают некоторую сухость языка и, что особенно важно, выраженный парез кишечника, а также тахикардия, несоответствующая температуре. Симптомов раздражения брюшины, свойственных перитониту в хирургической практике, после кесарева сечения либо нет, либо они выражены слабо.

Анализ крови свидетельствует о лейкоцитозе и сдвиге формулы влево (увеличение числа палочкоядерных лейкоцитов).

При УЗИ визуализируются раздутые петли кишечника, заполненные гипоэхогенным содержимым, определяется гиперэхогенность кишечной стенки, снижение или отсутствие перистальтики. Нередко определяется свободная жидкость в брюшной полости между петлями кишечника, а также в латеральных каналах и в позадматочном пространстве. О неполноценности швов на матке после кесарева сечения свидетельствует неравномерная толщина стенки матки в проекции шва по данным УЗИ, жидкостные структуры, симптомы «ниши» в этой области.

При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости также выявляются признаки пареза кишечника: раздутые петли и утолщение его стенок. При динамической паретической непроходимости определяются уровни жидкости в кишечнике.

В последующем симптомы перитонита нарастают: появляются рвота, частый жидкий стул; сохраняется высокая температура тела; язык становится не только сухим, но и обложенным белым налетом; отмечается положительный симптом раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга). В крови

наблюдается выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. СОЭ повышена, но это не имеет существенного значения, так как ее повышение сопровождается беременностью и ранний послеродовой период.

Лечение

При подозрении на перитонит следует оценить состояние послеродовой матки. Если имеются симптомы эндометрита, то его интенсивно лечат.

Лечение предполагаемого перитонита после кесарева сечения начинают с инфузии жидкости, борьбы с инфекцией, парезом кишечника, метаболическими нарушениями, проводят иммунокоррекцию. Внутривенно вводят как кристаллоиды под контролем ЦВД (до 1500-2000 мл), так и коллоиды (400-500 мл). При первом же подозрении на перитонит следует использовать антибиотики широкого спектра действия.

Для лечения пареза кишечника производится декомпрессия желудка, назначают средства, усиливающие моторную деятельность кишечника: 1 мл 0,1% раствора прозерина на 60 мл гипертонического раствора хлорида натрия внутривенно. С той же целью ставят клизму с гипертоническим раствором хлорида натрия.

При неэффективности терапии и нарастании симптомов перитонита проводят чревосечение. Объем оперативного вмешательства зависит от состояния шва на ране матки, выраженности эндометрита и перитонита. При гнойном разлитом перитоните на фоне выраженного эндометрита и несостоятельности швов производят экстирпацию матки без придатков с тщательной санацией и дренированием брюшной полости. Если при чревосечении обнаруживаются полноценная матка, без дефекта в области разреза (хорошо лежат швы) и серозно-фиброзный выпот, то можно ограничиться санацией и дренированием брюшной полости и продолжать интенсивную терапию.

При выраженном парезе кишечника для декомпрессии применяется назоинтестинальная интубация.

В настоящее время при несостоятельности раны на матке после кесарева сечения и симптомах перитонита эффективно осуществляют органосохраняющие операции: иссекаются измененные края раны на матке и накладываются отдельные швы синтетическими нитями. Проводятся дренирование брюшной полости и интенсивная терапия перитонита.

Профилактика перитонита складывается из нескольких моментов. Во-первых, необходима взвешенная оценка показаний и противопоказаний к кесареву сечению. Во-вторых, операцию следует выполнять на высоком профессиональном и техническом уровне. При кесаревом сечении большое значение имеют способ ушивания раны и шовный материал. Предпочтительнее использовать синтетические нити.

СЕПСИС. СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК

Сепсис - динамический патологический процесс, который может быстро привести к терминальной стадии полиорганной недостаточности и явиться причиной инфекционно-токсического шока. Акушерский сепсис возникает вследствие попадания инфекции в матку в процессе родов или в послеродовом периоде. Определенную роль играет инфицирование остатков плацентарной ткани и сгустков крови. Распространение инфекции возможно гематогенным и лимфогенным путями. Процессу распространения инфекции способствуют: наличие хронических или острых экстрагенитальных воспалительных заболеваний во время беременности и в родах, инфицирование в период родового акта (затяжные роды, длительный безводный промежуток, родовой травматизм, задержка частей последа в матке, перитонит после кесарева сечения). Возможны и другие локализации первичного гнойно-воспалительного процесса - почки, молочные железы, абсцессы промежности, постинъекционный абсцесс.

Клиническая картина и диагностика

Диагноз сепсиса устанавливается при наличии первичного очага инфекции (эндомиометрит, мастит, пиелонефрит и др.) и не менее двух признаков синдрома системной воспалительной реакции. Сроки развития заболевания весьма вариабельны и могут составлять от нескольких часов до 7-8 суток после родоразрешения. Развивающаяся на фоне сепсиса коагулопатия - причина резкого увеличения частоты развития флеботромбозов.

Анамнез:

Необходимо обнаружить первичный очаг инфекции в послеродовом периоде.

Клиническая картина:

- повышение температуры тела;
- одышка;
- тахикардия;
- увеличение и болезненность матки;
- гнойные выделения из влагалища;
- гнойные выделения из матки;
- кровотечение.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

- количество лейкоцитов и лейкоцитарная формула (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг);
- С-реактивный белок (повышен);
- прокальцитонин (повышен).

Для оценки полиорганной недостаточности необходимо определить:

- гемоглобин, эритроциты (уменьшение);
- количество тромбоцитов, АЧТВ, МНО, фибриноген, уровень Д-димера (признаки ДВС);
- билирубин, АЛТ, АСТ, ЩФ (увеличение);
- мочевины, креатинин плазмы (увеличение);
- электролиты (электролитные нарушения);
- концентрацию глюкозы в крови (гипо- и гипергликемия);
- газы крови pO_2 , pCO_2 ;
- КОС (метаболический ацидоз);
- бактериологические исследования (посев из отделяемого матки, операционной раны, крови и мочи);
- УЗИ органов малого таза (наличие образований в малом тазу, оценка размеров матки и наличие в полости матки патологических включений);
- УЗИ органов брюшной полости;
- КТ или МРТ (выявление септического тромбофлебита тазовых вен, абсцессы малого таза, тромбоз яичниковой вены);
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки (выявление острого респираторного дистресс-синдрома).

Дифференциальная диагностика

Проводится с общими инфекционными и соматическими заболеваниями, протекающими с развитием синдрома системной воспалительной реакции.

Лечение

Проводится только в отделениях реанимации и интенсивной терапии. Основано на хирургической санации, применении антибактериальных препаратов и коррекции гомеостаза.

После удаления основного очага инфекции, при интенсивной терапии септического шока в акушерстве придерживаются принципов для лечения и сепсиса, и септического шока в целом.

При этом используют схемы антибактериальной терапии, представленные в таблице 6.

Таблица 6

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ РЕЖИМЫ

эмпирической антибактериальной терапии тяжелых бактериальных инфекций в акушерстве

Заболевание	Препараты первого ряда	Альтернативные схемы
Сепсис, септический шок	Цефалоспорины III поколения + линкосамид	Карбапенем + аминогликозид
	Фторхинолон + метронидазол	Ингибиторзащищенный пенициллин + аминогликозид

	У пациенток с внутривенным катетером добавить ванкомицин	Цефалоспорины IV поколения +/- метронидазол
--	--	---

При развитии полиорганной недостаточности используют эфферентные методы лечения (гемофильтрация, гемодиализация).

Хирургическое лечение

При сепсисе необходима санация очага инфекции. Выполнение травматичных внутриматочных вмешательств противопоказано из-за высокого риска развития инфекционно-токсического шока.

При септическом шоке показана экстирпация матки, ревизия, санация и дренирование брюшной полости.

II. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

«ОСТРЫЙ ЖИВОТ» В ГИНЕКОЛОГИИ

Собирательным термином «острый живот» обозначают сложный комплекс симптомов, в котором ведущим признаком являются внезапно возникшие боли внизу живота, постепенно усиливающиеся и распространяющиеся по всему животу, сопровождающиеся перитонеальными симптомами, тошнотой, рвотой, нарушением отхождения кишечных газов и кала и выраженными изменениями в состоянии больной. Гинекологические заболевания, протекающие с симптомокомплексом «острого живота», можно разделить на три группы:

- 1 группа - связана с внутрибрюшным кровотечением (прервавшаяся внематочная беременность, апоплексия яичника, разрыв кисты яичника, перфорация матки);

- 2 группа - заболевания, связанные с нарушением кровоснабжения в органе и его некрозом (перекрут ножки кисты или опухоли яичника, перекрут придатков матки, перекрут ножки и некроз миоматозного узла);

- 3 группа - воспалительные заболевания внутренних половых органов (пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальное воспалительное образование), при которых развивается вторичный перитонит. В эту группу также следует отнести первичный перитонит при гонорее.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с экстрагенитальными заболеваниями, протекающими с картиной «острого живота»: острый аппендицит, кишечная непроходимость, прободной перитонит, острый холецистит, панкреатит, тромбоз мезентериальных сосудов, мочекаменная болезнь, пиелонефрит, а также с заболеваниями, сопровождающимися внутрибрюшным кровотечением: разрыв селезенки, перитонит при перфорации полых органов и др. Определение точного диагноза у больных с признаками «острого живота» нередко затруднительно. Следует всегда соблюдать принцип гипердиагностики.

Догоспитальный этап

Пациенток с подозрением на одно из выше перечисленных заболеваний экстренно госпитализируют в ближайший многопрофильный стационар, имеющий в составе гинекологическое отделение. Назначение анальгетиков на догоспитальном этапе противопоказано. По жизненным показаниям проводится противошоковая терапия.

Госпитальный этап

Диагностика. Дифференциальная диагностика

Анамнез

Особое внимание уделяется характеру менструальной функции, дате последней нормальной менструации, характеру секреторной функции, методу предохранения от беременности, наличию гинекологических заболеваний, их лечению и исходу.

Выясняется история развития данного заболевания (с какого симптома началось заболевание, что способствовало развитию заболевания и пр.), жалобы больной, уточняется характер болей (постоянные, приступообразные, схваткообразные), локализации (эпигастрий, гипогастрий, разлитые боли и т.д.), иррадиация (прямая кишка, бедро, крестец, френкиус-симптом).

Боли

При перекруте ножки опухоли яичника боль может быть локальной, но область ее соответствует расположению опухоли, иногда выше пределов таза. Боли при гинекологических заболеваниях могут быть и разлитыми: при внутрибрюшном кровотечении, перитоните. Боли, связанные с заболеваниями гениталий, чаще иррадируют в прямую кишку, крестец. Постоянные боли характерны для воспалительных заболеваний, для прерывания трубной беременности приступообразные (схваткообразные) боли. Однако приступ болей, возникший в связи с трубным абортом, может длиться несколько минут, далее боли ослабевают, после чего приступ может повториться через разные промежутки времени.

Из экстрагенитальных заболеваний со схваткообразными болями протекает кишечная непроходимость, мочекаменная болезнь.

Лихорадка

Данный симптом характерен для воспалительных заболеваний гениталий, перекруте ножки опухоли яичника, некроза миоматозного узла. Обычно при сальпингите, перитоните температура тела повышается одновременно с появлением болей. При перекруте ножки опухоли или некрозе миоматозного узла температура повышается через несколько часов или дней после начала заболевания. При внематочной беременности, апоплексии яичника температура обычно нормальная.

Из экстрагенитальных заболеваний, протекающих с лихорадкой, следует отметить острый аппендицит, острый пиелонефрит.

Нарушение менструального цикла

Задержка менструации, а затем появление кровяных выделений из половых путей характерны, прежде всего, для внематочной беременности. Ациклические кровотечения также возможны при воспалительных заболеваниях придатков матки. Начало заболевания следует сопоставлять с характером менструальной функции, днем менструального цикла. Так, апоплексия яичника чаще всего бывает в середине цикла, а начало острого воспаления гонорейной этиологии имеет связь с началом менструации.

Бели

Усиление выделений из половых путей, появление неприятного запаха на фоне болей в животе и лихорадки характерно для острых воспалительных заболеваний гениталий. Нередко данный симптом возникает на фоне ВМК, сопровождающейся воспалительными осложнениями. При восходящей гонорее острому началу заболевания нередко предшествуют гнойные выделения из влагалища. При опорожняющемся пиосальпинксе могут быть повторяющиеся выделения гноя из влагалища.

Кишечные симптомы

Тошнота, рвота часто встречаются при острых болях в животе. Однократная рвота может быть и при трубном аборте, и при перекруте ножки опухоли яичника, миоматозного узла, и при аппендиците. Упорная многократная рвота чаще свидетельствует об экстрагенитальном заболевании: кишечной непроходимости, перитоните, пищевой токсикоинфекции, панкреатите. Задержка стула и газов более характерна для острой хирургической патологии, однако может быть и при перитоните гинекологического происхождения (разрыв пиосальпинкса, острый гонорейный сальпингит). При формировании абсцесса в малом тазу (пиосальпинкс, пиовар, абсцесс прямокишечно-маточного углубления) возможен жидкий стул, мучительные тенезмы.

Головокружение, коллапс

Чаще всего эти состояния сопровождают заболевания, протекающие с внутрибрюшным кровотечением и являются следствием геморрагического шока (разрыв трубы, апоплексия яичника). Следует отметить, что коллапсом может сопровождаться внезапно возникший перекрут ножки опухоли (кисты) яичника, миоматозного узла, разрыв пиосальпинкса.

Гинекологическое исследование

Осмотр наружных половых органов: наличие гнойных выделений из половых путей, опухолевидных образований наружных половых органов.

Осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал: выявление цианоза слизистых как признака беременности, выделений: темные кровяные при внематочной беременности, гнойные при воспалительных заболеваниях. Гиперемия шейки матки и гнойные выделения из цервикального канала могут быть при эндоцервиците, явившемся источником восходящей гонореи.

Бимануальное исследование

Определяют форму и консистенцию шейки матки, состояние маточного зева, ощущение болезненности при смещении. Болезненность при смещении шейки матки характерна для внематочной беременности, воспаления придатков матки, пельвиоперитонита. Заполнение прямокишечно-маточного

углубления кровью или воспалительным выпотом проявляется уплощением заднего, а иногда боковых сводов. Также через своды может определяться нижний полюс опухоли или инфильтрата. В этих случаях при картине острого живота можно думать либо о tuboовариальном образовании с микроперфорацией, либо об опухоли яичника.

Следует определить расположение, форму, размеры, консистенцию и степень подвижности матки. При трубной беременности матка размягчена, несколько увеличена, очень подвижна (симптом «плавающей матки»). При воспалении придатков, пельвиоперитоните матка не увеличена, болезненна, поскольку она может быть вовлечена в воспалительный процесс. При апоплексии яичника, перекруте ножки опухоли яичника матка не имеет никаких патологических особенностей. Увеличенная, бугристая матка выявляется при миоме матки, при этом некоторые ее узлы при пальпации могут быть резко болезненны, что свидетельствует о нарушении кровоснабжения и некрозе миоматозного узла.

При трубной беременности придатки утолщены, болезненны, и пастозны с одной стороны, без четких контуров.

При воспалительных заболеваниях придатки чаще всего утолщены и болезненны с обеих сторон, однако четко их пальпировать не удастся. Плотное, бугристое, неподвижное и болезненное образование с одной или обеих сторон от матки определяется либо при tuboовариальных образованиях, либо при истинных опухолях яичников. Иногда в области придатков пальпируется болезненный тяж, который может быть перекрутившейся ножкой кисты или опухоли яичника. Попытка смещения опухоли при этом вызывает резкую боль.

При апоплексии яичника с кровоизлиянием яичник пальпируется как резко болезненное опухолевидное образование эластичной консистенции с четкими контурами.

К ректоабдоминальному исследованию прибегают, если пациентка *virgo intacta* или в том случае, когда основные патологические образования пальпируются через задний свод.

Дополнительные методы исследования

Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ в клиническом анализе крови свойственны для воспалительных заболеваний придатков матки, перитонита, острого аппендицита. Анемия имеет место при острой кровопотере, а также у больных с длительно существующим tuboовариальным воспалительным образованием, или со злокачественной опухолью. Анализ крови или мочи на ХГЧ позволяет дифференцировать внематочную беременность от других патологических состояний.

Микроскопическое исследование влагалищных выделений позволяет выявить наличие повышенного содержания лейкоцитов, патогенную флору, что бывает при воспалении внутренних половых органов.

Ультразвуковое исследование органов малого таза позволяет выявить опухоль, кисту яичника, миому матки, tuboовариальное образование, внематочную беременность (плодное яйцо в маточной трубе или в яичнике), свободную жидкость в малом тазу и в брюшной полости.

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища позволяет выявить характер жидкого содержимого в брюшной полости (гной, серозный выпот, кровь). Если клиника внутрибрюшного кровотечения или разрыва пиосальпинкса ясна, а состояние больной требует срочного оперативного вмешательства, пункция заднего свода нецелесообразна.

Рентгенологическое исследование брюшной полости. Обзорная рентгенография брюшной полости не имеет большого значения в диагностике гинекологической патологии, однако метод ценен в дифференциальной диагностике с желчекаменной и мочекаменной болезнью (тени конкрементов), кишечной непроходимостью (горизонтальные уровни в петлях кишечника).

Лапароскопия. Достоинством лапароскопии является возможность быстрой диагностики острого аппендицита, внематочной беременности, острых воспалительных заболеваний придатков, апоплексии яичника. При воспалительных заболеваниях лапароскопия может быть лечебным мероприятием (санация и дренирование брюшной полости). При значительном внутрибрюшном кровотечении, геморрагическом шоке или разлитом перитоните лапароскопия нецелесообразна.

ВНЕМАТОЧНАЯ (ЭКТОПИЧЕСКАЯ) БЕРЕМЕННОСТЬ

Беременность, при которой оплодотворенная яйцеклетка имплантируется вне полости матки.

Классификация:

- трубная беременность (в ампулярном отделе, в истмическом отделе, в интерстициальном отделе);

- яичниковая беременность (развивающаяся на поверхности яичника, иногда интрафолликулярно);
- брюшная беременность: первичная (имплантация в брюшной полости происходит первоначально), вторичная;
- беременность в рудиментарном роге;
- интралигаментарная беременность;
- шеечная беременность;
- многоплодная беременность (одно плодное яйцо может развиваться в полости матки, другое - эктопически).

Трубная беременность

Принято различать следующие клинические формы трубной беременности:

- прогрессирующая;
- нарушенная;
- по типу трубного аборта;
- по типу разрыва маточной трубы (при задержке менструации в среднем на 3-4 нед.).

Клиническая картина и диагностика

Жалобы:

- на задержку менструации;
- на кровянистые выделения из половых путей;
- на тошноту, однократную рвоту;
- на боли внизу живота различного характера и интенсивности;
- иррадиация боли в поясничную область, крестец, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра, френкиус-симптом.

Анамнез: необходимо оценить характер менструальной функции, выяснить дату последней нормальной менструации, методы предохранения от беременности, наличие гинекологических заболеваний, их лечение и исход. Наличие в анамнезе бесплодия, осложненных родов или аборт, воспаления придатков расцениваются как факторы риска возникновения эктопической беременности.

Объективный осмотр.

Признаки беременности: задержка менструации, нагрудие молочных желез.

При прогрессирующей эктопической беременности состояние, как правило, удовлетворительное. Жалобы могут отсутствовать. Температура тела обычно нормальная.

При нарушенной эктопической беременности может отмечаться бледность кожных покровов и слизистых оболочек, частый слабый пульс, АД может быть снижено. Характерны приступообразные (схваткообразные) боли в пахово-подвздошной области с иррадиацией в прямую кишку, головокружение. Однако приступ болей, возникший в связи с трубным аборт, может длиться несколько минут, далее боли ослабевают, после чего приступ может повториться через разные промежутки времени. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный над лонным сочленением или в подвздошных областях. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный или слабо выражен. Перкуторно определяют притупление звука в отлогах местах.

Дня разрыва маточной трубы характерен приступ резких болей с иррадиацией в прямую кишку, крестец, бедро, ключицу. Головокружение, коллапс. Картина геморрагического шока: резкая бледность, вялость, адинамия, цианоз, холодный пот, пульс нитевидный, тахикардия, снижение АД.

При гинекологическом исследовании отмечаются цианоз влагалища и шейки матки, нависание сводов, темные кровяные выделения из влагалища. При бимануальном исследовании отмечается размягчение, увеличение тела матки, несоответствующее сроку беременности, чувствительность при пальпации, возможен симптом «плавающей» матки. Отмечают резкую болезненность при смещении шейки матки и пальпации заднего свода («крик Дугласа»). В 50% наблюдений пальпируют тестоватой консистенции, без четких контуров болезненное образование овоидной формы слева или справа от матки в области придатков.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

- анализ сыворотки крови на бета-ХГЧ, при котором выявляют несоответствие концентрации гормона предполагаемому сроку беременности;
- в клиническом анализе крови - анемия;

- УЗИ - отсутствие в полости матки трофобласта и обнаружение его вне полости. Беременность в маточном углу может быть заподозрена при ассиметрии матки, ассиметричной позиции плодного яйца. Неоднородные придатковые структуры и свободная жидкость в малом тазу и брюшной полости;

- пункция брюшной полости через задний свод влагалища позволяет выявить характер жидкого содержимого в брюшной полости (гной, серозный выпот, кровь). Если клиника внутрибрюшного кровотечения ясна, а состояние больной требует срочного оперативного вмешательства, пункция заднего свода нецелесообразна.

Достоверные диагностические признаки: определение плодного яйца в маточной трубе при УЗИ или диагностической лапароскопии.

Лечение

Основной метод лечения внематочной беременности - хирургический. Варианты оперативного доступа - лапароскопия или лапаротомия. Вопрос об объеме оперативного вмешательства (туботомия или тубэктомия) в каждом случае решается индивидуально. Выдавливание плодного яйца производят при его локализации в фимбриальном отделе трубы, иссечение маточного угла - при локализации плодного яйца в интерстициальном отделе трубы.

При внутрибрюшном кровотечении необходимо соблюдать следующие общие принципы лечения: у пациенток со стабильной гемодинамикой на первом этапе возможно проведение оперативного вмешательства лапароскопическим доступом высоко квалифицированными специалистами. При развитии признаков геморрагического шока показан переход на чревосечение. Объем оперативного лечения зависит от результатов интраоперационной диагностики. Разрез брюшной стенки должен быть нижнесрединным, так как именно он дает возможность хорошей ревизии органов и наименее травматичного их удаления, разрез при необходимости может быть продлен выше пупка. Поперечный надлобковый разрез недопустим при острой внутрибрюшной патологии.

ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ШОКЕ

Диагностика

- Определение источника кровотечения. Оценка объема кровопотери;
- мониторинг основных гемодинамических показателей в динамике (АД, ЧСС, ЧД);
- почасовая оценка диуреза;
- ультразвуковое исследование.

Необходимые лабораторные исследования у пациенток с кровопотерей:

- уровень гемоглобина, гематокрита, эритроциты;
- количество тромбоцитов, концентрация фибриногена, ПТИ, МНО, активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), продукты деградации фибрина/фибриногена (ПДФ), тромбоэластограмма (коагулограмма), время свертывания цельной крови по Ли-Уайт;
- кислотно-основное состояние, газы крови и уровень лактата в плазме - для оценки тяжести шока и тканевой гипоксии;
- группа крови, резус-фактор;
- биохимические параметры крови: общий белок, альбумин, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ;
- электролиты плазмы: натрий, калий, хлор, кальций;
- клинический анализ мочи.

Лечение

Основным и самым неотложным мероприятием по лечению и профилактике прогрессирования геморрагического шока следует считать поиск источника кровотечения и его ликвидацию, оптимальным способом выполнения этого служит хирургическое вмешательство.

Вторым основополагающим действием является быстрота восстановления ОЦК.

Неотложные мероприятия:

- катетеризация центральной вены;
- проведение реанимационных мероприятий;
- хирургическое лечение (нижнесрединная лапаротомия);
- дренирование Дугласова пространства;
- использование аппарата для реинфузии крови;

- инфузионно-трансфузионная терапия (кристаллоиды, коллоиды, переливание аутологичной свежезамороженной плазмы, эритромасты). Скорость инфузии определяют наиболее доступные показатели - АД, ЧСС, ЦВД и минутный диурез. При этом в случае продолжающегося кровотечения она должна опережать скорость истечения крови примерно на 20%;
- наблюдение в палате интенсивной терапии.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Апоплексия яичника (разрыв яичника, инфаркт яичника, гематома яичника) - острое нарушение целостности яичника с кровоизлиянием в его строму и последующим кровотечением в брюшную полость. Апоплексия яичника чаще возникает у женщин репродуктивного возраста, но встречается и у подростков, чаще происходит в период овуляции и в стадии васкуляризации и расцвета желтого тела. Апоплексии яичника сопутствуют внутрибрюшное кровотечение и болевой синдром. По преобладанию одного из них условно различают анемическую и болевую формы заболевания.

Клиническая картина и диагностика

Клиническая картина обусловлена характером кровотечения. При значительном внутрибрюшном кровотечении апоплексию трудно отличить от прервавшейся трубной беременности. Однако массивное кровотечение при апоплексии бывает редко, чаще всего апоплексия ограничивается кровоизлиянием в ткань яичника, и симптомы заболевания быстро купируются.

Жалобы:

- апоплексии яичника всегда сопутствует внезапный приступ боли в подвздошной области;
- боли носят постоянный характер, возможна иррадиация в прямую кишку;
- слабость, головокружение, при геморрагическом шоке - коллапс.

Анамнез: начало заболевания в середине менструального цикла. Выявление провоцирующих моментов (коитус, травма, физическое напряжение).

Объективно: характерно отсутствие признаков беременности. Температура тела обычно нормальная. Живот мягкий, при пальпации болезненный, притупления перкуторного звука как правило нет. При гинекологическом исследовании нет цианоза и кровяных выделений, своды глубокие, пальпируется увеличенный, резко болезненный яичник.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

в клиническом анализе крови у каждой четвертой больной анемия, иногда лейкоцитоз. Возможно проведение пункции брюшной полости через задний свод влагалища с целью уточнения характера жидкостного содержимого в брюшной полости. При необходимости срочного оперативного вмешательства, пункция заднего свода нецелесообразна.

Наиболее информативны в диагностике УЗИ и лапароскопия.

Лечение

При болевой форме апоплексии яичника, у пациенток со стабильной гемодинамикой при отсутствии признаков продолжающегося кровотечения возможно проведение консервативной терапии (покой, холод на низ живота, гемостатическая терапия, спазмолитики, витамины) под круглосуточным наблюдением медицинского персонала. При анемической форме - лечение хирургическое. Оперативное вмешательство у больных с апоплексией яичника осуществляют лапароскопическим или лапаротомическим доступом. Операцию выполняют максимально консервативно: гемостаз (ушивание или коагуляция яичника), реже резекция яичника. Овариоэктомия производят только при массивном кровоизлиянии в яичник, целиком поражающем его ткани. При внутрибрюшном кровотечении и развитии геморрагического шока необходимо соблюдать соответствующие общие принципы лечения.

ПЕРЕКРУТ НОЖКИ КИСТЫ (ОПУХОЛИ) ЯИЧНИКА, ПРИДАТКОВ МАТКИ

При частичном (постепенном) перекруте:

2. ножка изменяет свое положение на 90-180°;
3. артериальный ток крови сохраняется;
4. венозный отток затруднен в связи с компрессией сосудов;
5. возникают венозное полнокровие, отек стенки кисты.

При полном (внезапном) перекруте:

- ножка изменяет свое положение на 360°;
- артериальный кровоток прекращается;
- в яичниковом образовании происходят кровоизлияния, некробиотические процессы;
- появляются перитонеальные симптомы;
- при инфицировании яичникового образования начинается перитонит.

Клиническая картина и диагностика

Жалобы: на боли, возникающие внезапно, постоянного характера, без выраженной иррадиации. Боль может быть локальной, но область ее соответствует расположению опухоли, иногда выше пределов таза. С началом болевого приступа возможен коллапс, однократная рвота.

Анамнез: указания на кисту (опухоль) яичника. Начало заболевания часто связано со следующими факторами:

- резким изменением положения тела, резкими движениями;
- повышением внутрибрюшного давления в результате сильного натуживания, продолжительного кашля, тяжелой физической работы;
- нарушением кровоснабжения кисты.

Объективно:

На фоне болевого синдрома через несколько часов или дней после начала заболевания в клинической картине начинают появляться симптомы интоксикации: тахикардия, повышение температуры тела. Живот ассиметричен, напряжен, болезнен при пальпации. Над опухолью притупление перкуторного звука. При попытке сместить опухоль - резкая боль, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При двуручном исследовании матка без особенностей, сбоку и выше матки пальпируется резко болезненная опухоль, плотный тяж - ножка опухоли, также резко болезненная. Своды глубокие. Выделения светлые.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

В клиническом анализе крови - лейкоцитоз. При ультразвуковом исследовании в области придатков матки определяется объемное образование с признаками опухоли или кисты яичника. Наиболее точные сведения можно получить во время лапароскопии.

Лечение

Оперативное вмешательство возможно как лапароскопическим, так и лапаротомическим доступом. При ранней диагностике данной патологии возможно выполнение деторсии придатков или образования яичника. При восстановлении кровотока в придатках возможно проведение органосохраняющей операции - цистэктомии. При выраженных некротических изменениях целесообразно выполнение аднексэктомии.

НЕКРОЗ МИОМАТОЗНЫХ УЗЛОВ

Некроз миоматозных узлов наступает примерно у 7% больных миомой матки, нередко во время беременности, в послеродовом или послеабортном периоде. Может быть связан либо с перекрутом ножки миоматозного узла субсерозной локализации, либо с недостаточной васкуляризацией (нарушении питания).

Клиническая картина и диагностика

Жалобы. При перекруте ножки миоматозного узла заболевание развивается остро - возникают схваткообразные боли внизу живота, тошнота, рвота, озноб, сухость во рту, нарушается функция кишечника, возможен коллапс. При неполном прекращении кровоснабжения миоматозного узла клиническая картина более смазанная, симптомы появляются постепенно. Пациентку беспокоят тянущие боли внизу живота и пояснице, они периодически усиливаются, ослабевают или исчезают. В момент приступа болей также могут быть тошнота, озноб, повышение температуры, обычно до субфебрильных значений, через несколько часов или дней после начала заболевания, тахикардия.

Анамнез: указания на миому матки.

Объективно: могут быть бледность кожных покровов, суховатый, обложенный налетом язык. Живот вздут, напряжен, при пальпации болезнен в нижних отделах, там же определяются положительные симптомы раздражения брюшины. Гинекологическое исследование позволяет выявить увеличенную, бугристую матку, резко болезненную при пальпации в месте некроза миоматозных узлов. Иногда не удается отличить субсерозный миоматозный узел от опухоли яичника.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

в периферической крови выявляются лейкоцитоз, повышение СОЭ. При ультразвуковом сканировании органов малого таза определяют признаки нарушения питания в миоматозном узле (снижение и неоднородность эхографической плотности, появление жидкостных полостей в узле). Информативным методом диагностики является лапароскопия. При визуальном осмотре органов малого таза можно определить увеличенную за счет миоматозных узлов матку с перекрутом ножки и признаками некроза (отек, кровоизлияния, синюшно-багровый цвет) субсерозного узла.

Лечение

При перекруте ножки субсерозного миоматозного узла состоит в экстренной операции. Объем оперативного вмешательства зависит в основном от выраженности некротических изменений в узле, вовлечения брюшины в патологический процесс (признаки перитонита), возраста пациентки.

У девочек, женщин репродуктивного возраста, а также у беременных с некрозом миоматозного узла без явлений перитонита следует стремиться к проведению органосохраняющих операций, ограничиваясь миомэктомией.

У пациенток в пре- и постменопаузе проводится надвлагалищная ампутация или экстирпация матки.

В случае нарушения питания миоматозного узла неотложную помощь начинают с инфузионной терапии для уменьшения интоксикации и нормализации водно-электролитного баланса. Используют средства, улучшающие микроциркуляцию, спазмолитики и противовоспалительные препараты. Эффективность консервативного лечения оценивают в течение ближайших 24-48 ч.

При ухудшении состояния, неэффективности консервативной терапии или появлении признаков перитонита показана экстренная операция. Объем оперативного вмешательства определяют индивидуально в зависимости от изменений, выявленных во время операции, и возраста пациентки.

ТУБООВАРИАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ (АБСЦЕСС)

- гнойное расплавление маточной трубы и яичника с образованием единой полости, окруженной пиогенной капсулой, нередко процесс бывает двусторонним.

Клиническая картина и диагностика

Жалобы: характерны постоянные нарастающие боли внизу живота, повышение температуры, озноб, тахикардия, нередко на фоне усиления выделений из половых путей, появления неприятного запаха. При восходящей гонорее острому началу заболевания нередко предшествуют гнойные выделения из влагалища. При опорожняющемся пиосальпинксе могут быть повторяющиеся выделения гноя из влагалища. Возможны ациклические кровотечения.

Анамнез. Заболевание обычно начинается после окончания менструации, нередко связь с инфицированием, а также с диагностической или лечебной манипуляцией (гистеросальпингография, гидротубация), с внутриматочной контрацепцией. Выясняется наличие гинекологических заболеваний, их лечение и исход.

Объективно: язык сухой, обложенный. Живот вздут, напряжен, болезненный, отмечается положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании из цервикального канала чаще всего бывают гнойные или гнойно-сукровичные выделения. Гиперемия шейки матки и гнойные выделения из цервикального канала могут быть при эндоцервиците, явившемся источником восходящей гонореи. Смещения шейки матки болезненны. Матка болезненна, не увеличена, иногда четко не пальпируется. Придатки с одной или обеих сторон утолщены, резко болезненны, может определяться плотное, бугристое, неподвижное и болезненное образование с одной или обеих сторон от матки. Иногда резкая болезненность и напряжение брюшной стенки не дают возможности четко оценить состояние придатков.

При перфорации пиосальпинкса на фоне вышеописанной клинической картины возникает рвота, сильные режущие боли, коллапс. Возможен жидкий стул, мучительные тенезмы. При влагалищном исследовании появляется нависание заднего свода.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

в анализе крови лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ, уровня С-реактивного белка, диспротеинемия. Анализ мочи может показать повышение белка, лейкоцитурию, бактериурию, что связано с поражением уретры и мочевого пузыря. Микроскопическое исследование влагалищных

выделений позволяет выявить наличие повышенного содержания лейкоцитов, патогенную флору. Микробиологическое исследование дает более точные результаты при исследовании содержимого маточных труб и брюшной полости, полученного при лапароскопии, лапаротомии или пункции заднего свода влагалища. Ультразвуковое исследование органов малого таза позволяет выявить tuboовариальное образование, свободную жидкость в малом тазу. Наиболее информативна в диагностике острого сальпингоофорита лапароскопия.

Лечение

Медикаментозным лечением следует ограничиться только в случаях диагностических трудностей между гнойным и острым воспалительным процессом без нагноения или в предоперационном периоде (антибактериальные препараты широкого спектра действия, антипротозойные, антигрибковые средства; противовоспалительные, антигистаминные препараты; дезинтоксикационная терапия с целью инфузионной коррекции волевических и метаболических нарушений). При верифицированном диагнозе гнойного tuboовариального образования лечение должно быть комплексным. Выбор времени и метода хирургического пособия, доступа и объема оперативного вмешательства в каждом конкретном случае определяется индивидуально - от пункции абсцесса, лапароскопического дренирования до пангистерэктомии.

При пиосальпинксе необходимо удалить маточную трубу, при остром сальпингите с перитонитом у молодых женщин достаточно проведения санации брюшной полости и ее дренирования через дополнительные отверстия в брюшной стенке или с помощью кольпотомии.

При tuboовариальном абсцессе объем операции варьирует от удаления придатков матки с одной стороны до экстирпации матки с придатками с обязательным дренированием брюшной полости.

При осумкованных гнойных tuboовариальных образованиях и их осложнениях адекватное хирургическое лечение возможно как лапароскопическим, так и лапаротомическим доступом. Возможность радикального удаления гнойно-некротических тканей и выполнение щадящего объема оперативного лечения зависит от уровня квалификации хирурга.

Лечение в послеоперационном периоде заключается в продолжении антибактериальной терапии; инфузионной терапии для борьбы с гиповолемией, интоксикацией, метаболическими нарушениями, а также нормализации моторики ЖКТ, гепатотропной, иммуностимулирующей, антианемической, общеукрепляющей терапии и др.

ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ

Может быть первичным и вторичным. Первичный пельвиоперитонит возникает в результате поражения брюшины инфекционными агентами, проникшими гематогенным, лимфогенным путем или через маточные трубы (например, при гонорее). Вторичный перитонит наблюдается намного чаще и является результатом распространения воспалительного процесса с внутренних половых органов, в результате их перфорации или в результате ранения тазовых органов (перфорация во время аборта).

Для гинекологических заболеваний чаще всего характерен местный ограниченный тазовый перитонит. Однако при недостаточности механизмов защиты, при высокой вирулентности микрофлоры, при неадекватном лечении воспаление брюшины прогрессирует, и возникает диффузный перитонит.

Клиническая картина и диагностика

При тазовом перитоните на фоне предрасполагающих моментов (ВМК, внутриматочные манипуляции, заражение, инфицированный аборт) возникают постоянно усиливающиеся боли, недомогание, повышение температуры тела, озноб, тахикардия, тошнота, одышка.

Объективно: язык сухой, обложенный, газы не отходят. Отмечается задержка стула и газов или жидкий стул. Живот вздут, отстает от акта дыхательных экскурсий, напряжен, болезненный, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика кишечника вялая. Эти симптомы ограничены нижним отделом живота при ограниченном перитоните. При двуручном исследовании выявляется уплощение сводов, резко болезненные смещения шейки матки. Матка и придатки не пальпируются из-за резкой болезненности и напряжения брюшных мышц.

Лабораторные и инструментальные методы исследования:

в периферической крови выявляют лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ, уровня С-реактивного белка. При углубленном лабораторном исследовании выявляются нарушения белкового, водно-электролитного обмена, кислотно-основного состояния. Ультразвуковое исследование позволяет

уточнить состояние матки и придатков, определить свободную жидкость в малом тазу и брюшной полости. Наиболее информативным методом диагностики является лапароскопия. При пункции брюшной полости через задний свод влагалища можно аспирировать воспалительный экссудат. Проводят бактериологический анализ полученного материала.

Следует отметить тот факт, что клиническая картина при тазовом перитоните может быть стертой, симптоматика бывает менее выраженной. Эта довольно характерная особенность течения воспалительных процессов в современных условиях объясняется изменением реактивности организма, а также свойствами микрофлоры в связи с частым бесконтрольным применением пациентами антибиотиков. Особенно часто такой вариант течения пельвиоперитонита наблюдается в послеоперационном периоде, как осложнение акушерских и гинекологических операций.

Картина диффузного перитонита характеризуется дальнейшим распространением локальной симптоматики, прогрессированием метаболических нарушений и ухудшением общего состояния.

Лечение

Медикаментозное лечение основано на принципах комплексного лечения острого сальпингоофорита. При пельвиоперитоните с дифференциально-диагностической целью возможно проведение лапароскопии. При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения и прогрессировании воспалительного процесса необходимо проведение выполнения хирургического лечения путем лапаротомии. Гинекологическую операцию проводят в полном объеме, вскрывают и дренируют межишечные абсцессы.

Следует подчеркнуть необходимость ревизии области илеоцекального угла во время операции по поводу острых воспалительных заболеваний гениталий, так как последние могут сопровождаться вторичными изменениями в червеобразном отростке, иногда требующим проведения аппендэктомии. В неясных случаях необходимо вызвать в операционную смежного специалиста (хирурга, уролога) для уточнения диагноза и плана оперативного вмешательства.

Главный акушер-гинеколог ДЗ Москвы, д.м.н., профессор

М.А. Курцер