


# Дифференциальная диагностика и неотложная помощь при синдроме кровотечения в акушерстве и гинекологии



Специальность Лечебное дело

## СТРУКТУРА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

**КРОВОТЕЧЕНИЕ**

**ГЕСТОЗ**

**СЕПСИС**

**ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ**

**ЭМБОЛИЯ ОКОЛОПЛОДНЫМИ  
ВОДАМИ**

**Экономически  
слаборазвитые страны**

**Экономически  
высокоразвитые страны**

# *Группы высокого риска по кровотечению в акушерстве*

- **Врожденные и приобретенные дефекты системы гемостаза**
- **гестоз**
- **предлежание плаценты**
- **аутоиммунные нарушения**
- **миома, аномалии развития матки**
- **антенатальная гибель плода**
- **варикозное расширение вен, гемангиомы внутренних половых органов**
- **многоплодие, многоводие**

# ***Кровотечения***

**Гипотония причина умеренного кровотечения**

**Отслойка плаценты**

**Предлежание плаценты**

**Эмболия и кровотечения**

**58%**  
**среди**  
**умерших**

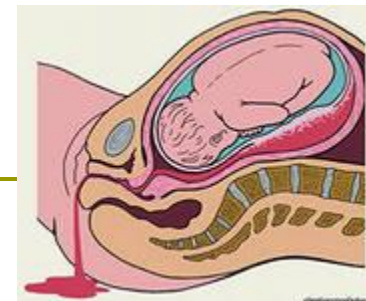
**Послешоковые кровотечения**

**Врожденные нарушения гемостаза**

**Внутриматочная эмболия**

**Гипотония вследствие указанны**х** причин**

## ОСОБЕННОСТИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ



- **внезапность**
- **массивность**
- **страдание плода (срочное родоразрешение до стойкой стабилизации гемодинамических показателей)**
- **особенности макро- и микроциркуляции у беременных женщин приводят к быстрому истощению компенсаторно-защитных механизмов**
- **акушерские кровотечения, в отличие от хирургических, не являются потенциально останавливаемыми, пока не удалена матка**

# *Тяжесть гиповолемии*

Дефицит ОЦК	Реакции организма
10%	Практически нет
15%	Умеренные реологические расстройства
20-25%*	Снижение сердечного выброса, порочный реологический круг

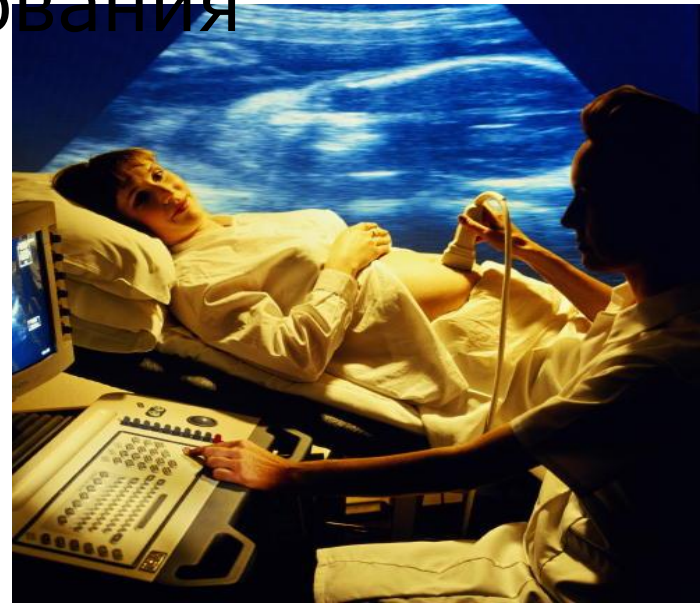
**\*у акушерских больных дефицит ОЦК на 20-25% при адекватной ИТТ может привести к развитию ДВС-синдрома**



# Диагностика предлежания плаценты

---

- Клиническая картина – кровотечение
- Оценка акушерско-гинекологического анамнеза – наличие ОАА
  - Результаты наружного и внутреннего акушерского обследования
- УЗИ - наиболее объективный и безопасный метод



# Дифференциальная диагностика

---

❖ Все вышеперечисленные  
возможные причины кровотечений  
во время беременности







---

***КРОВОТЕЧЕНИЯ В  
ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ  
ПОСЛЕРОДОВОМ  
ПЕРИОДАХ***



**Объем физиологической  
кровопотери в родах составляет  
не более 500 мл (или 0,5% от  
массы тела).**

---



# Компоненты помощи при «активном подходе»

---

- профилактическое назначение окситоцина (10 ед. в/м ) в течении первой минуты после рождения головки или после рождения первого плечика,
- перевязка и пересечение пуповины к концу 1-ой минуты,
- контролируемые потягивания за пуповину,
- давление над лоном (предотвращение выворота м



# Доза окситоцина 10 ЕД в \м

---

Применяется т.к.:

- проведены рандомизированные исследования именно этой дозы
- и именно этого способа введения



Степень дефицита ОЦК отражает **шоковый индекс Альговера** (отношение ЧСС к величине систолического АД), однако он не информативен у больных с гипертензивным синдромом

<b>Индекс Альговера</b>	<b>Объем кровопотери (в % ОЦК)</b>
<b>0,8 и менее</b>	<b>10</b>
<b>0,9 – 1,2</b>	<b>20</b>
<b>1,3-1,4</b>	<b>30</b>
<b>1,5 и более</b>	<b>40</b>



# Последовательность мероприятий при кровотечении в раннем послеродовом периоде



## I этап (до 600 мл)

### Манипуляции:

- внутривенный катетер (2)
- кислород
- мониторинг жизненных функций (АД, пульс, сатурация, дыхание, диурез)
- катетеризация мочевого пузыря

### Определение

#### причины:

- нарушение свертывающей системы
- гипо- и атония матки
- задержка частей плаценты или сгустков
- травмы родовых путей, разрыв матки

### Исследования:

- клинический анализ крови
- гемостазиограмма
- определение группы крови и индивидуальной совместимости
- метод Ли-Уайта

Вызывать дополнительную акушерку, второго акушера/хирурга, трансфузиолога, анестезиолога, лаборанта, дополнительного члена дежурной бригады, При массивном кровотечении – информировать администрацию. Развернуть операционную (10 минут). Врач на доставку, подготовку и переливание крови.

### Мероприятия:

- ручное обследование полости матки
- утеротоники

# Острый живот в гинекологической практике



Лекция

# Определение острого живота

---

- В работе врача акушера-гинеколога постоянно присутствует необходимость решать вопросы неотложного, то есть экстренного характера. К ним относятся такие состояния, когда их клиническое проявление относится к категории **"острого живота"**.
- Этот, больше хирургический, термин обозначает критическую ситуацию в брюшной полости, когда только экстренное, преимущественно оперативное, вмешательство позволяет спасти жизнь больного.



## Осложнения, относящиеся в гинекологической практике к категории “острого живота”.

---

- **Первая группа.** Заболевания, сопровождающие острым внутренним кровотечением (внематочная беременность, апоплексия яичника, перфорация матки, травмы гениталий).
- **Вторая группа.** Заболевания, сопровождающие острым нарушением кровообращения внутренних половых органов (перекрут ножки опухоли яичника, перекрут ножки субсерозного узла, тромбоз сосудов и некроз миоматозного узла).
- **Третья группа.** Заболевания, характеризующиеся развитием острого воспалительного процесса внутренних половых органов (нагноение воспалительных опухолей внутренних половых органов, может быть их перфорация; параметрит; пельвиоперитонит специфической или неспецифической этиологии; разлитой перитонит).

# Классификация ВБ

---

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

# Внематочная беременность

---

- Наиболее частой локализацией внематочной беременности является:
  1. фаллопиева труба (99,5%),
  2. реже – яичник,
  3. еще реже – рудиментарный рог матки или органы брюшной полости (брюшная беременность).



# Клиническая классификация ВБ

---

- Различают **прогрессирующую** и **прервавшуюся** трубную беременность.
- Прерывание ВБ – по типу **трубного аборта**
- Прерывание ВБ – по типу **разрыва маточной трубы.**

## *Этиология и патогенез ВБ*

---

- Существует две теории возникновения внематочной беременности, в частности трубной беременности – это овулогенная теория и теория нарушения перемещения оплодотворенной яйцеклетки.

# Этиология внематочной беременности

---

- А. Инфекция органов малого таза. Хронический сальпингит - частая находка (30-50%) при эктопической беременности. Часто внематочная беременность возникает у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.
- Б. Сужение маточной трубы
  - 1. Врожденные дефекты маточной трубы (например, дивертикулы и карманы).
  - 2. Доброкачественные опухоли или кисты трубы.
  - 3. Фибромиомы матки в области трубного угла.
  - 4. Эндометриоз труб.
  - 5. Околотрубные спайки, возникающие вторично при аппендиците или после операций на органах малого таза и/или брюшной полости.
  - 6. Хирургические вмешательства на маточных трубах. Частота эктопической беременности выше после пластических операций на маточных трубах по поводу воспалительных заболеваний или восстановления их проходимости после перевязки.

# Факторы, способствующие нарушению перемещения оплодотворенной яйцеклетки :

## □ **Миграция оплодотворённой яйцеклетки.**

1. У большинства женщин жёлтое тело обнаруживают в яичнике на стороне, противоположной локализации эктопической беременности.
2. При внешней миграции (например, из правого яичника в левую маточную трубу через брюшную полость или наоборот) бластоциста успевает настолько увеличиться, что не проходит через узкий перешеек трубы.
3. Оплодотворённая яйцеклетка может также пройти через матку (внутренняя миграция) и попасть в противоположную трубу.
4. ВМС. Часто эктопическая беременность возникает при использовании ВМС.
5. Беременности, полученные путем экстракорпорального оплодотворения.

## Факторы, способствующие нарушению перемещения оплодотворенной яйцеклетки :

---

- Воспалительные процессы органов малого таза;
- Неправильности развития половой системы;
- Эндометриоз;
- Туберкулез маточных труб;
- Опухоли яичников и труб;
- Чрезмерные психо-эмоциональные состояния, заболевания, стрессы.



# Особенности анамнеза у больных с ВБ

---

- Заболеванию часто предшествуют задержка менструации, или имеют место самые различные нарушения менструального цикла (ациклические кровотечения, более обильные или скудные, более продолжительные или короткие по сравнению с обычными менструации и т.д.).
- Часто удается выяснить, что имелись субъективные признаки беременности.
- Часто в анамнезе предшествующие аборты, перенесенные ВЗПМ

# Клиника ВБ по типу разрыва трубы

---

- Заболевание начинается внезапно, среди полного здоровья, возникают приступы схваткообразных болей с локализацией в подвздошной области (справа или слева).
- Боли часто иррадируют в область прямой кишки или ключицы (френикус – симптом).
- Вскоре у таких больных может появиться тошнота или рвота, прогрессирующая слабость, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах, развиться обморочное состояние, потеря сознания.

# Клиника ВБ по типу разрыва трубы

---

- При осмотре врачом отмечаются признаки малокровия и симптомы геморрагического шока (бледность кожных покровов и видимых слизистых, частый слабый пульс, холодный пот, артериальная гипотония, учащенное дыхание)
- Температура нормальная или субфебрильная.
- Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, симптомы раздражения брюшины, в частности Щеткина – Блюмберга, положительные.
- При перкуссии в некоторых случаях можно определить наличие свободной жидкости в брюшной полости.

# Данные гинекологического осмотра

---

- синюшность слизистой влагалища и вагинальной порции шейки матки,
- наличие мажущих кровянистых выделений,
- тело матки чаще несколько увеличено в размерах, размягчено, при смещении руками врача резко болезненно,
- в одном из боковых сводов в области придатков матки (на стороне трубной беременности) часто определяется нечетких контуров образование, которое многими врачами определяется словом "тестоватость",

# Данные гинекологического осмотра

---

- иногда (редко) можно пальпировать утолщенную, колбасовидной формы трубу,
- пальпация сводов болезненная, задний свод за счет излившейся крови укорочен, уплощен, напряжен, а иногда и выбухает,
- если внутреннее кровотечение было обильным, при пальпации заднего свода отмечается резкая болезненность (“крик Дугласова пространства”).



## *Клиника нарушенной внематочной*

### *беременности по типу трубного аборта*

---

- Имеет менее острый и манифестирующий характер, часто сопровождается “пестрой” симптоматикой.
- У меньшей части больных наблюдаются признаки острого внутреннего кровотечения, чаще же симптомы эти настолько скудны, что выявить заболевание довольно трудно.
- Определение внематочной беременности в таких случаях представляет сложную задачу и без использования современных инструментальных методов диагностики нередко бывает ошибочным, либо не своевременным.

# Влагалищное исследование при ВВ прервавшейся по типу трубного аборта

---

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



# Диагностика ВБ

---

- Анамнез
- Клиника
- Данные гинекологического статуса
- Лабораторные тесты на беременность
- УЗИ
- Пункция заднего свода
- Лапаротомия
- Диагностическое выскабливание полости матки ?



# Лабораторные тесты для диагностики внематочной беременности

---

- ❑ Определение уровня ХГТ. Проба на определение в сыворотке крови  $\beta$ -субъединицы ХГТ положительна во всех случаях эктопической беременности, в то время как проба на ХГТ в моче положительна только в 50% случаев.
- ❑ а) Скорость нарастания ХГТ в крови помогает дифференцировать нормальную и патологическую (эктопическую или неразвивающуюся) беременность; при нормальной беременности уровень ХГТ в крови удваивается каждые 2 дня.

# Лабораторные тесты для диагностики внематочной беременности

---

- б) При пороговом уровне ХГТ 6000 мМЕ/мл маточную беременность выявляют при УЗИ. Если в полости матки нет эмбриона, можно предположить эктопическую беременность.
- в) Стандартная проба мочи на беременность бывает отрицательной в 50% случаев эктопической беременности. Необходимо помнить, что нередко в случаях прерывания эктопической беременности на основании кровотечения и болей ошибочно диагностируют угрожающий аборт.

# Ультразвуковая диагностика ВБ



**Рис. 1. Признаки внематочной беременности справа от матки.**

# Ультразвуковая диагностика ВБ

---



**Рис.2. Признаки внематочной беременности справа от матки (виден желточный мешок).**

# Ультразвуковая диагностика ВБ



**Рис.3. Косвенный признак внематочной беременности (свободная жидкость в брюшной полости-правая подвздошная область)**

# Ультразвуковая диагностика ВБ



**Рис.4. Признак внематочной беременности (зародышевая сумка расположена вне матки, у ее правого ребра)**

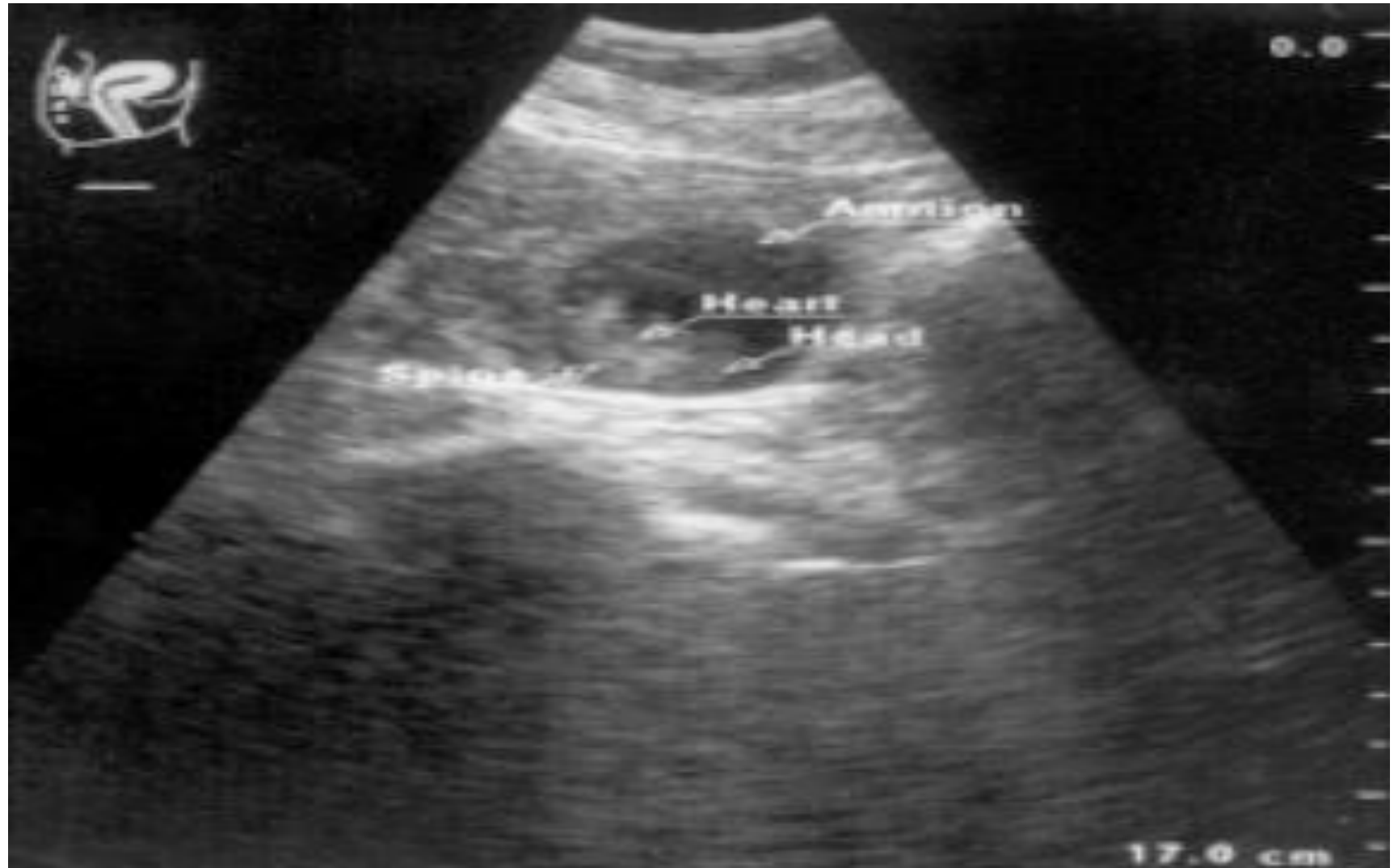
# Ультразвуковая диагностика ВБ

---



# Ультразвуковая диагностика ВБ

---





# Лапароскопия и кульдоскопия в диагностике ВБ

---

- Лапароскопия и кульдоскопия дают возможность осмотра маточных труб и яичников, если диагноз вызывает сомнение. Риск, связанный с выполнением лапароскопии, гораздо меньше, чем риск серьёзных последствий при недиагностированной эктопической беременности.
- Противопоказаниями для лапароскопии (по мнению Грязновой) являются перенесённый перитонит, рубцовые изменения передней брюшной стенки, метеоризм, тяжёлые неврозы и заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации.

# Гистологическое исследование эндометрия при ВБ

---

- При выскабливании полости матки по поводу патологического кровотечения (например, при подозрении на самопроизвольный аборт), полученная децидуальная ткань без ворсин хориона в образцах эндометрия указывает на эктопическую беременность.
- Дополнительно при изучении мазков можно выявить феномен Ариас-Стелла - атипичные клетки в эндометрии с набуханием, вакуолизацией протоплазмы, гиперхромазией, гипертрофией ядер с фрагментацией, появляющиеся в ответ на гормональные изменения при беременности.

# Кульдоцентез (пункция прямокишечно-маточного углубления)

---

- ❑ Кульдоцентез проводят для выявления свободной крови в брюшной полости при жалобах на острую боль в низу живота в сочетании с патологическим кровотечением, обмороком или шоком.
- ❑ а) Иглу №18 вводят через задний свод влагалища в прямокишечно-маточное углубление.
- ❑ б) При пункции прямокишечно-маточного углубления необходимо получить жидкость.
- ❑ в) Нормально содержимое шприца - 3-5 мл прозрачной жидкости желтоватого цвета. При наличии крови в брюшной полости получают тёмную жидкую кровь.
- ❑ Содержимого в шприце может не быть при спайках или при организации сгустков крови, что не снимает диагноза внематочной беременности.

# Дифференциальная диагностика ВБ и ХВГМ

<b>Признак</b>	<b>Внематочная беременность по типу трубного аборта</b>	<b>Хроническое воспаления придатков матки.</b>
Матка	Незначительно увеличена, размягчена	Не увеличена, плотная
Наружный зев шейки матки	Закрит	Открыт (или при-открыт)
Пальпация придатков	Опухоль в ампулярной или истмической части трубы, труба утолщена и болезненна при пальпации	Опухоль широко отходит от угла матки, труба в едином конгломерате, болезненном при пальпации
Яичник	Как правило, определяется отдельно от трубы	Отдельно от трубы не определяется
Подвижность матки	Обычно сохраняется	Ограничена (или матка неподвижна) из-за массивного спаечного процесса
Изменения в крови	Характерные для анемического процесса	Характерные для воспалительного процесса

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

<b>Трубный выкидыш</b>	<b>Неполный маточный аборт</b>	<b>Воспаление придатков матки</b>	<b>Апоплексия яичника</b>	<b>Острый аппендицит</b>
На 3-5 неделе бер	На 6-10 нед	Задержки нет	На 12-15 день мц	Задержки нет
Боли внезапно, приступом, обморок, коллапс, рвота, шок	Боли нарастают схваткообр., повторяются над лоном	Постепенно постоянно	Разной выраженности боли, иррадиируют в задний проход и в ногу	Усиливающиеся в эпигастрии, затем в подвздошной области, рвота, тошнота
Температура нормальная	нормальная	повышена	нормальная	повышена
<b>Френикус-симптом - наблюдается</b>	отсутствует	отсутствует	Может быть	отсутствует
Напряжение мышц передней брюшной стенки имеется	отсутствует	имеется	Положительны на стороне поражения	выраженное

<b>Трубный выкидыш</b>	<b>Неполный маточный аборт</b>	<b>Воспаление придатков матки</b>	<b>Апоплексия яичника</b>	<b>Острый аппендицит</b>
<b>Явления раздражения брюшины имеются</b>	<b>отсутствует</b>	<b>отсутствует</b>	<b>Положительны на стороне поражения</b>	<b>имеются</b>
<b>Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный</b>	<b>отрицательный</b>	<b>отрицательный</b>	<b>отрицательный</b>	<b>положительный</b>
<b>PV болезненно</b>	<b>безболезненно</b>	<b>болезненно</b>	<b>болезненно</b>	<b>безболезненно</b>
<b>Матка не соответ сроку бер</b>	<b>Соответ сроку берем</b>	<b>Матка не увеличена</b>	<b>Матка не увеличена</b>	<b>Матка не увеличена</b>

<b>Трубный выкидыш</b>	<b>Неполный маточный аборт</b>	<b>Воспаление придатков матки</b>	<b>Апоплексия яичника</b>	<b>Острый аппендицит</b>
<b>Труба увеличена</b>	<b>Придатки не увеличены</b>	<b>Увеличение придатков</b>	<b>Резко болезненна</b>	<b>Придатки не увеличены</b>
<b>симптом Промптова положительный</b>	<b>отрицательный</b>	<b>отрицательный</b>	<b>резко положительный</b>	<b>Слабо пол</b>
<b>симптом "крик Дугласа" положительный</b>	<b>отрицательный</b>	<b>отрицательный</b>	<b>отрицательный</b>	<b>резко положительный</b>
<b>Выделения темные кровянистые умеренные</b>	<b>Обильное кровотечение ярко красное со сгустками</b>	<b>отсутствуют</b>	<b>отсутствуют</b>	<b>отсутствуют</b>

<b>Трубный выкидыш</b>	<b>Неполный маточный аборт</b>	<b>Воспаление придатков матки</b>	<b>Апоплексия яичника</b>	<b>Острый аппендицит</b>
<b>Пункция заднего свода свободная кровь</b>	<b>отсутствует</b>	<b>Серозная жидкость</b>	<b>Может быть свободная кровь</b>	<b>Серозная жидкость</b>
<b>Иммунологические реакции на беременность положительные</b>	<b>положительные</b>	<b>отрицательные</b>	<b>отрицательные</b>	<b>отрицательные</b>
<b>Признаки интоксикации отсутствуют</b>	<b>отсутствуют</b>	<b>имеются</b>	<b>отсутствуют</b>	<b>имеются</b>
<b>Анализ крови не изменен</b>	<b>Анализ крови не изменен</b>	<b>Умеренный лейкоцитоз, повышенная СОЭ</b>	<b>Анализ крови не изменен</b>	<b>Выраженный лейкоцитоз, повышенная СОЭ</b>



# Лапароскопия при ВБ

---



# Лапароскопия при ВБ

---



# Дифференциальная диагностика внематочной беременности и самопроизвольного выкидыша

Признак	Внематочная беременность	Самопроизвольный выкидыш
Матка	Увеличение матки не соответствует сроку задержки месячных. Форма матки – грушевидная.	Увеличение матки соответствует сроку задержки месячных. Форма матки - шаровидная
Наружный зев шейки матки	Закрит	Открыт (или приоткрыт)
Кровотечение	Незначительное наружное кровотечение, кровь – темного цвета, после приступа боли.	Чаще обильное наружное кровотечение, кровь – ярко-красного цвета, возникает одновременно с приступом боли
Анемия	Выраженность анемии не соответствует степени наружного кровотечения	Выраженность анемии соответствует степени наружного кровотечения

# Дифференциальная диагностика внематочной беременности и самопроизвольного выкидыша

Признак	Внематочная беременность	Самопроизвольный выкидыш
Боли	Преимущественная локализация в одной из паховых областей, вначале тянущего, затем схваткообразного характера	Преимущественная локализация внизу живота – посредине, схваткообразного характера
Выделения	Отхождение децидуальных оболочек “слепок” матки	Отхождение элементов плодного яйца
На введение утеротонических средств	Кровотечение не прекращается, либо усиливается .	Кровотечение уменьшается, либо временно прекращается.

# Дифференциальная диагностика внематочной беременности и хронического воспаления придатков матки.

Признак	Внематочная беременность по типу трубного аборта	Хроническое воспаления придатков матки.
Время задержки менструации	Наиболее часто между 4-й и 6-й неделями задержки месячных	Регулярность менструального цикла не нарушена
Матка	Незначительно увеличена, размягчена	Не увеличена, плотная
Пальпация придатков	Опухоль в ампулярной или истмической части трубы, труба утолщена и болезненна при пальпации	Воспалительная опухоль широко отходит от угла матки, труба в едином конгло-мерате, болезненном при пальпации
Яичник	Как правило, определяется отдельно от трубы	Отдельно от трубы не определяется
Подвижность матки	Обычно сохраняется	Ограничена (или матка неподвижна) из-за массивного спаечного процесса
Изменения в крови	Характерные для анемического процесса	Характерные для воспалительного процесса

# Комплексный подход лечения внематочной беременности

---

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

# Апоплексия яичника

---

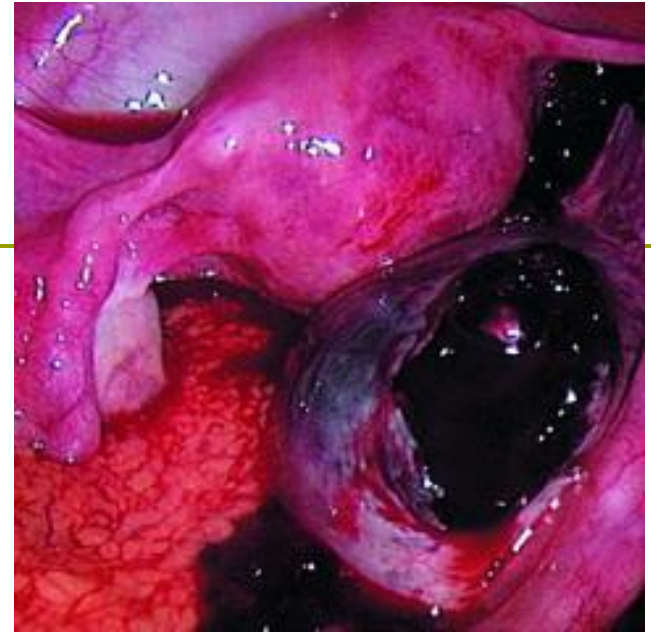
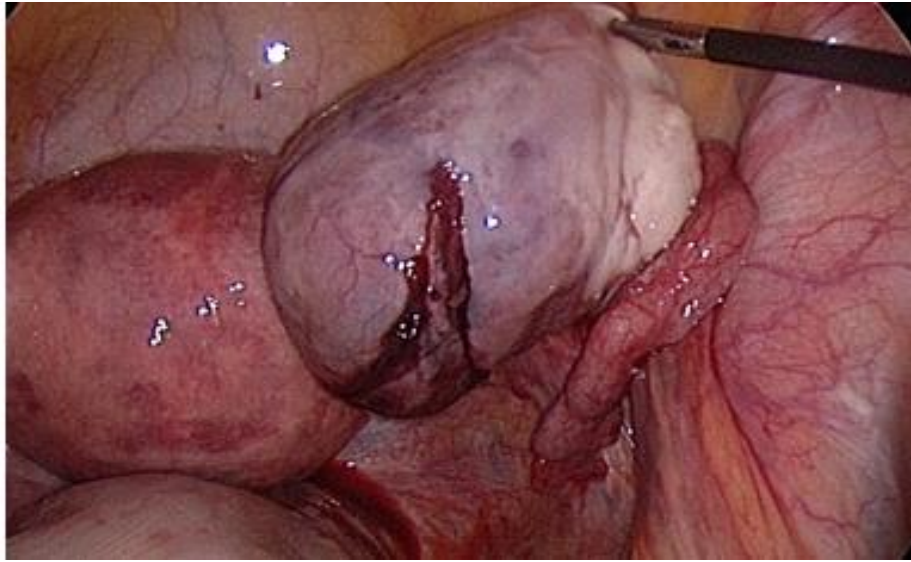
- Апоплексия яичника – это острое заболевание, при котором происходит разрыв зрелого яичника или желтого тела в результате чего из разорвавшегося кровяного сосуда возникает внутрибрюшное кровотечение.

# Классификация апоплексии яичника

---

- **легкая форма апоплексии яичника** (иногда называют “болевой” формой) – приступ боли кратковременный; локализация боли внизу живота, в паху или над лоном; отмечается тошнота; перитониальные явления и явления геморрагического шока отсутствуют;
- **апоплексии яичника средней степени тяжести** – сильная боль в нижней части живота; бледность кожных покровов, общая слабость, отмечаются тошнота, рвота; могут быть обморок, геморрагический шок 1-й степени; перитонеальные явления не четко выражены;
- **апоплексии яичника тяжелая** – постоянная интенсивная боль внизу живота; общая слабость, выраженная бледность кожных покровов; тошнота, рвота; резко выраженные перитонеальные явления; положительный феникус симптом; геморрагический шок 2-й или 3-й степени.





# Дифференциальная диагностика внематочной беременности и апоплексии яичника

Признак	Внематочная беременность по типу трубного аборта	Апоплексии яичника
Время начала заболевания (появления приступа)	Наиболее часто между 4-й и 6-й неделями задержки месячных	В середине менструального цикла, без предшествующей задержки месячных
Субъективные признаки беременности	Есть	Отсутствуют
Матка	Незначительно увеличена, размягчена	Не увеличена, плотная
Пальпация придатков	Опухоль в ампулярной или истмической части трубы, труба утолщена и болезненна при пальпации	Трубы не пальпируются
Яичник	Как правило, определяется отдельно от трубы, безболезненный	Чаще четко не пальпируется из-за выраженной его болезненности

# Дифференциальная диагностика

<b>Параметры</b>	<b>Апоплексия яичника</b>	<b>Внематочная беременность</b>	<b>Острый аппендицит</b>
<b>Признаки беременности</b>	отсутствуют	имеются	отсутствуют
<b>Связь с менструальным циклом</b>	В середине менструального цикла	После задержки менструации	Не связан с менструальным циклом
<b>Характеристика боли</b>	Приступообразная внизу живота, чаще односторонняя, иррадирует в rektum, НПО, крестец	Резкая, острая, схваткообразная в правой или левой паховых областях, иррадирует в подреберье, лопатку, ключицу, крестец, rektum	Внезапная сильная боль в подложечной области, возле пупка, затем локализуется в правой подвздошной области

# Дифференциальная диагностика

<b>Параметры</b>	<b>Апоплексия яичника</b>	<b>Внематочная беременность</b>	<b>Острый аппендицит</b>
<b>Наличие диспепсии</b>	Тошнота, иногда рвота	Тошнота и рвота редко	Тошнота и рвота всегда
<b>Общий осмотр</b>	Цвет кожи и температура в норме, АД и пульс в норме	Кожа бледная, температура нормальная или пониженная, пульс учащен, слабого наполнения	Гиперемия лица, лихорадка, тахикардия
<b>Пальпация живота</b>	Болезненность при пальпации нижних отделов, с-м Щеткина слабо + или отсутствует	Болезненность при пальпации в одной из паховых областей, притупление перкуторного звука	Резкая болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц живота, с-м Щеткина резко +

# Дифференциальная диагностика

<b>Параметры</b>	<b>Апоплексия яичника</b>	<b>Внематочная беременность</b>	<b>Острый аппендицит</b>
<b>Влагалищное исследование</b>	Матка не увеличена, плотная, увеличение и болезненность придатка, кровянистых выделений нет, своды свободны	Цианоз слизистой, нависание заднего свода, резкая боль при смещении ш/м, матка увеличена, одностороннее колбасовидное увеличение придатков, темные мажущие кровянистые выделения	Влагалищное исследование безболезненно, нарушений не выявляется, ректально - болезненность Дугласова пространства
<b>Пункция брюшной полости</b>	Алая кровь или серозно-красная жидкость	Кровь темная, не сворачивается	Кровь в пунктате отсутствует
<b>Общий анализ крови</b>	Изменений нет	Анемия, ускорение СОЭ	Лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ



# Лечение апоплексии яичника

- Консервативное
- Оперативное:
  - Ушивание,
  - Резекция,
  - Коагуляция



# Алгоритм неотложной помощи

---

- Тактика врача (фельдшера) скорой помощи определяется точностью постановки диагноза и оценкой степени кровопотери.
- Необходима госпитализация в стационар.
- Покой, холод на низ живота.
- При признаках внутрибрюшного кровотечения необходимо немедленное введение кровозамещающих растворов.

# Шеечная беременность

---

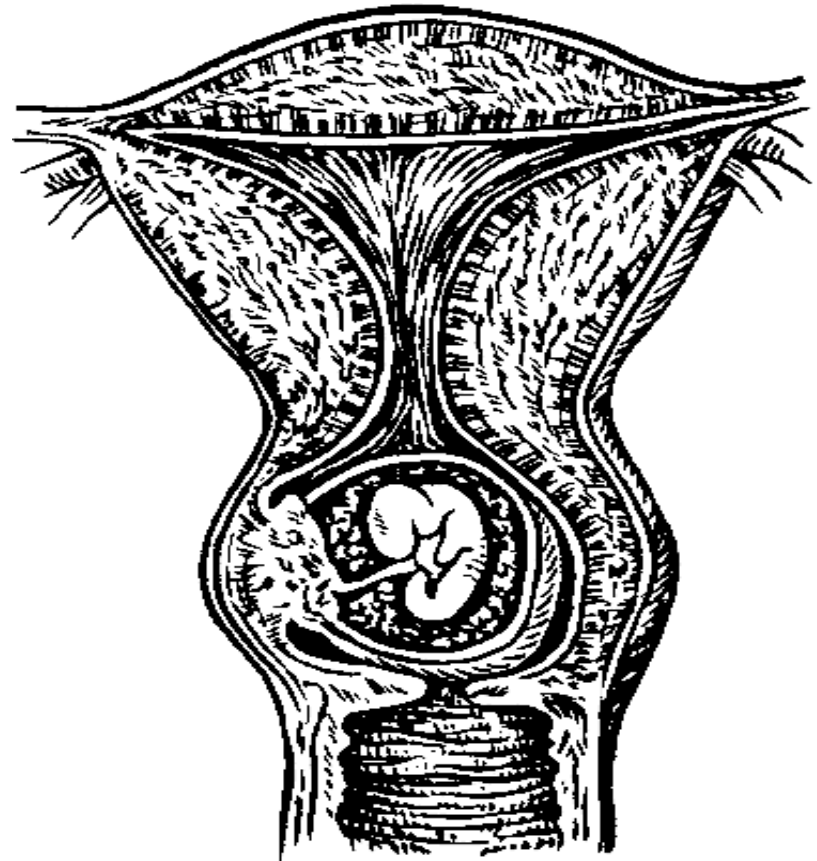
- Шеечная беременность встречается крайне редко.
- Эта локализация беременности очень опасна для жизни женщины, так как возможно развитие смертельного кровотечения.



# Шеечная беременность

---

- При ШБ плодное яйцо имплантируется в истмико-цервикальной области шейки матки и ворсины хориона нередко глубоко внедряются в мускулатуру шейки матки, прорастая даже в миометрий.



# Диагностика ШБ

---

- Клинико-анамнестические данные,
- Данные гинекологического осмотра,
- Данные эхографии,
- Тесты на беременность



# Лечение при шеечной беременности

---

- ❑ Лечение только хирургическое
- ❑ Раньше (еще 10 лет назад) – только экстирпация матки,
- ❑ Сейчас возможно выполнение гистероскопической органосохраняющей операции



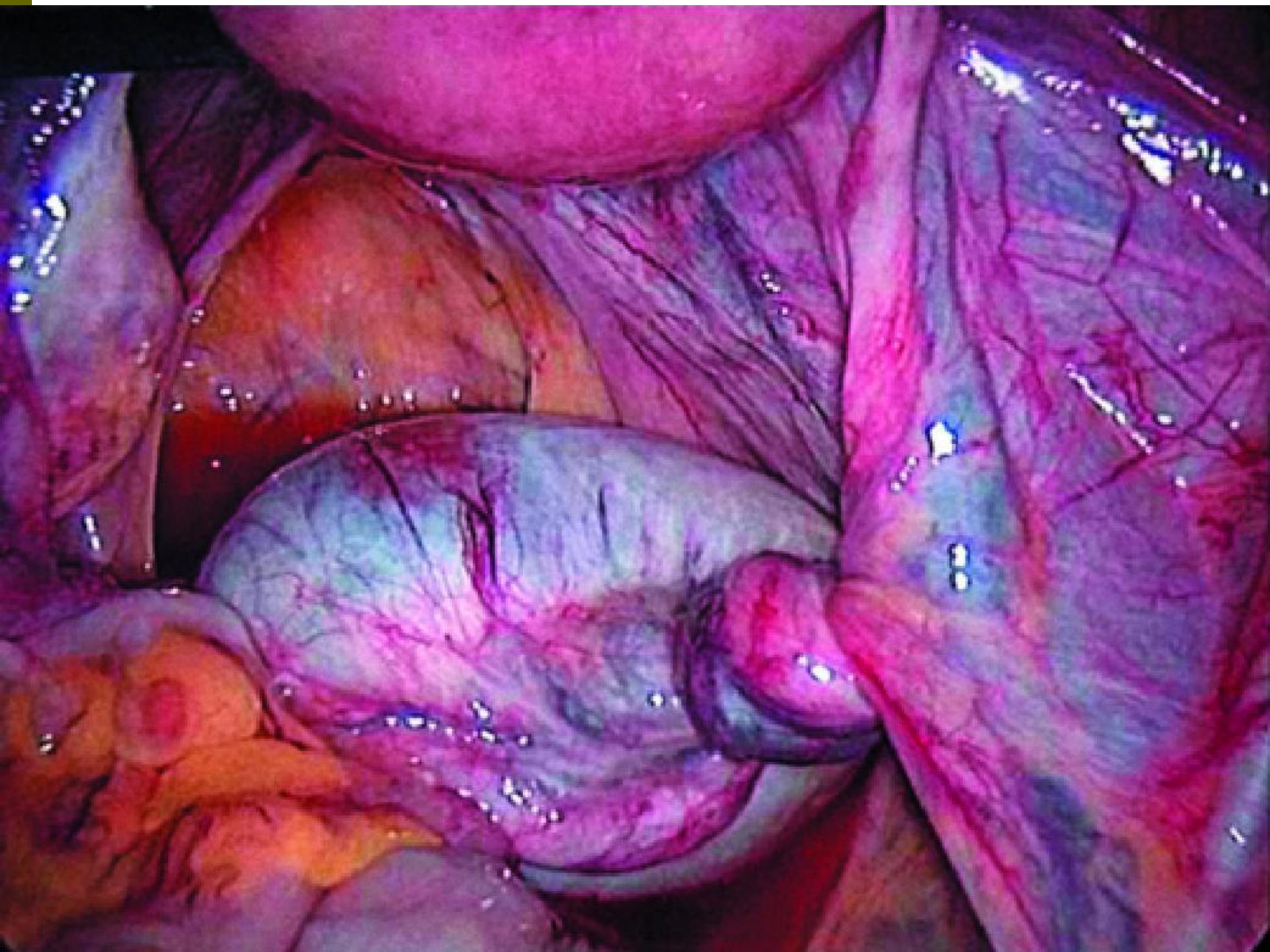
# Перекрут ножки опухоли

(у 10-20% женщин с опухолями яичников)

---

- Подвержены опухоли различной гистологической структуры, не спаянные с окружающими тканями, имеющие брыжейку или ножку.
- Чаще это кисты или кистомы яичника.
- Возникает в молодом возрасте, во время беременности и в послеродовом периоде.





▣ Перекрут может произойти остро или развиваться постепенно, при этом происходит нарушение кровоснабжения с отеком опухоли, кровоизлиянием и некрозом его паренхимы.

▣ Различают: 1. **частичный (постепенный)**  
2. **полный (внезапный) перекрут.**

# Клиническая картина

---

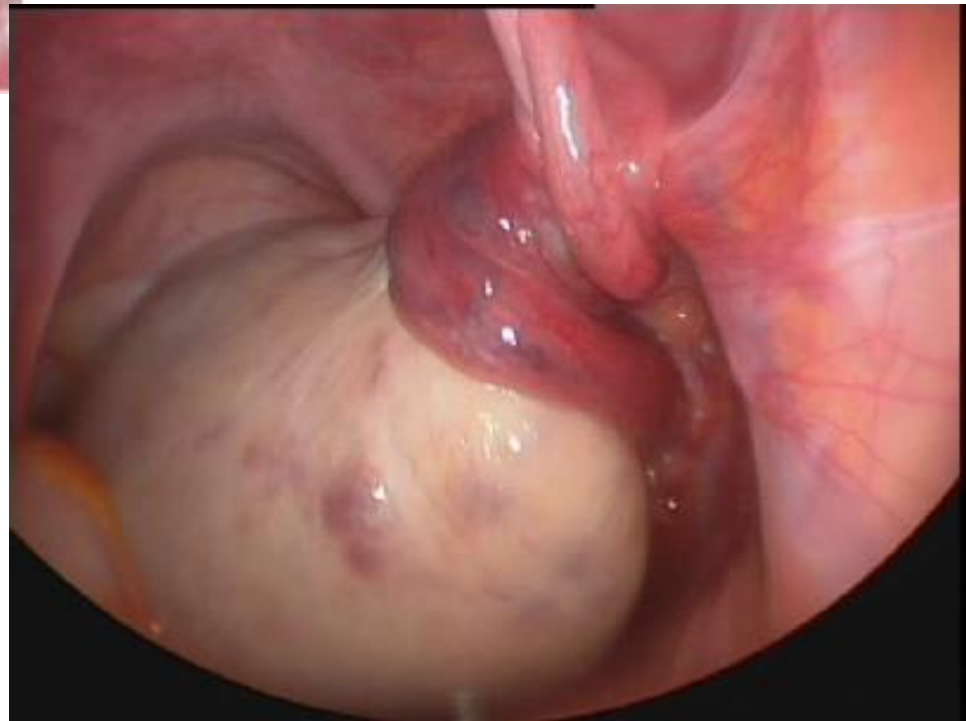
## *Частичный перекрут*

- постепенно нарастающие боли внизу живота со стороны образования;
- возможны тошнота, рвота, метеоризм;
- боли проходят самостоятельно, через некоторое время повторяются ;
- температура и анализ крови в норме.

## *Полный перекрут*

- Картина «острого живота»
- резкие боли внизу живота с иррадиацией в ноги, поясницу, вынужденное положение;
- тошнота, рвота, метеоризм, парез кишечника, запор;
- напряжение передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины;
- бледности кожи







# Дифференциальная диагностика

---

- Внематочная беременность (задержка менструации, признаки беременности)
- Апоплексия яичника (середина менструального цикла, отсутствие напряжения брюшной стенки)
- Гнойный аднексит (↑ температуры, гнойные выделения из влагалища)
- Аппендицит (локализация боли, симптом Жендринского: пальцем надавливают в точке Кюммеля (на 2 см ниже пупка справа) и, фиксируя палец, просят больную принять вертикальное положение. Усиление болей свидетельствует об остром аппендиците).

# Дифференциальная диагностика

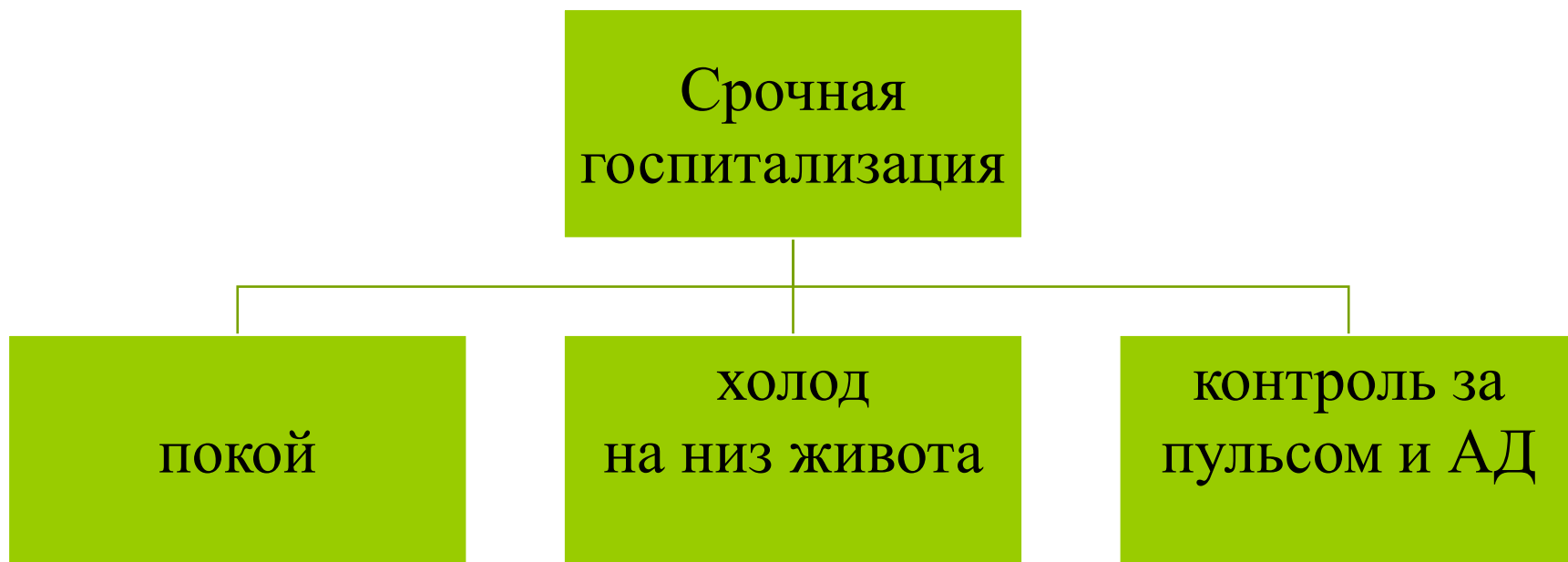
---

- Почечная колика ( дизурия, симптом Пастернацкого +, отеки)
- Острая кишечная непроходимость ( схваткообразные боли по всему животу, задержка газов и стула, сухой язык, на рентгенограмме – горизонтальные уровни жидкости в петлях кишечника)

# Алгоритм неотложной помощи

---

На догоспитальном этапе лечение не проводится.



# Литература



## Основная:

- 1. Савельева Г. М. Гинекология: учебник для мед вузов , 2007.

## Дополнительная:

- 2. Акушерство и гинекология: руководство для врачей и студентов/ Под ред. Г.М.Савельевой и Л.Г. Сичинава. – М.: ГЕОТАР- Мед, 1997.
- 3. Гинекология от десяти учителей: пер с англ./ под ред. С. Кэмпбелла, Э. Монга- 17-е изд.- М.: Медицинское информационное агенство, 2003.-328 с.
- 4. Хирш Х., Кезер О., Икле Ф. Оперативная гинекология. - М.: "Гэотар"; Медицина, 1999.
- 5. Акушерство и гинекология: клинические рекомендации 2005/ Под ред. В.И. Кулакова - М.: ГЕОТАР- Медиа 2005.
- 6. Вольф А.С. , Миттаг Ю.Э. Атлас по детской и подростковой гинекологии.- М.: ГЕОТАР- Мед, 2004.-304с.
- 7. Гинекология от пубертата до менопаузы/ Под ред. Э.К. Айламазяна- М.: ООО "МЕДпресс-информ", 2006.

## Учебно-методические пособия:

- 1. Цхай В.Б., Макаренко Т.А., Шаламова Е.Н., Ульянова И.О. Руководство для подготовки к практическим занятиям и экзамену по гинекологии с тестовыми заданиями и ситуационными задачами (для студентов 5 курса и преподавателей). – Красноярск, 2006. – 189 с