

Острый живот в гинекологии.
Этиопатогенез, клиника,
диагностика.

Неотложные состояния в гинекологии

Острый живот — клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и/или забрюшинного пространства, угрожающий жизни и требующий неотложной помощи.

Группы заболеваний внутренних женских половых органов, при которых возникает клиника острого живота:

1. Острые кровотечения из внутренних половых органов:

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

2. Острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов:

- перекрут ножки опухоли яичника;
- нарушение питания фиброматозного узла.

3. Острые гнойные заболевания внутренних половых органов с последующим развитием перитонита:

- пиосальпинкс и пиовар, гнойная tuboовариальная опухоль;
- пельвиоперитонит;
- распространенный перитонит.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Перфорация матки может быть:

Полная (повреждается вся стенка матки):

- неосложнённая (без повреждения органов малого таза и брюшной полости);
- осложнённая (с травмами кишечника, сальника, мочевого пузыря, придатков матки и других органов).

Неполная (при этом серозная оболочка матки остается неповреждённой).

ЭТИОЛОГИЯ

Причина перфорации матки — несоблюдение техники внутриматочного оперативного вмешательства. Факторами риска возникновения перфорации матки могут быть острое и хроническое воспаление матки, рубец на матке после оперативных вмешательств, частые или недавние (до 6 мес) операции на матке, в т.ч. медицинские аборты и диагностические выскабливания.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Пациенты обычно предъявляют жалобы на резкие боли в нижних отделах живота, мажущие кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры (обычно до 37,5 °С), слабость и головокружение. При значительной кровопотере отмечают снижение АД, тахикардию, бледность кожи.

Если перфорационное отверстие прикрыто каким-нибудь соседним органом малого таза или брюшной полости (например, большим сальником), клиническая картина заболевания имеет стёртые клинические симптомы.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

- **Этиология** – нарушение функции маточных труб, в результате анатомических изменений в стенке трубы или окружающих тканях и органах.
-
- **Диагностика:**
- клинически - может быть :
 - - прогрессирующая трубная беременность
 - - прервавшаяся по типу трубного аборта
 - - прервавшаяся по типу разрыва маточной трубы.
-
- **При прогрессирующей трубной беременности** происходят изменения как при обычной беременности ранних сроков.
- Наблюдаются предположительные и вероятные признаки беременности. Диагноз затруднителен и ставится предположительно, что является показанием к срочной госпитализации для комплексного обследования и динамического наблюдения.
- Нарушение менструального цикла – самый постоянный и характерный признак трубного аборта.

- **При разрыве маточной трубы** симптоматика определяется сильным внутренним кровотечением, шоком и острой анемией.
- При этом отмечается : внезапный приступ резких болей внизу живота или в подвздошной области, с иррадиацией в прямую кишку, кресте, бедро, ключицу, с кратковременной потерей сознания, головокружением. Больная вялая, адинамичная, с трудом отвечает на вопросы. При попытке поднять больную –боль усиливается, может повторно потерять сознание.
- Объективно: резкая бледность, холодный пот. Пульс частый, слабого наполнения. АД низкое.
- Живот резко вздут, щадит при дыхании. Перкуссия и пальпация резко болезненны.
- Симптоматика заболевания настолько яркая, диагностика не вызывает затруднений.
- Для уточнения диагноза используют :
 - - пункцию заднего свода влагалища;
 - - УЗИ органов малого таза;
 - - кульдо и лапароскопию.

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

- - кровоизлияние в паренхиму яичника , в связи с разрывом фолликула в период овуляции или разрывом желтого тела, сопровождающееся нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость .
- Дифференциальную диагностику проводят с сальпингофоритом и острым аппендицитом.
- При отсутствии признаков значительного кровотечения и удовлетворительном состоянии - консервативное лечение; при кровотечении выраженном – чревосечение.
- Выраженность симптоматики зависит от наличия или отсутствия внутрибрюшного кровотечения, его интенсивности.

ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ.

- сопровождается нарушением кровообращения в ней , в результате чего возникают дегенеративные изменения, некроз, разрыв стенки.
- -внезапные резкие боли в животе, холодный пот , потеря сознания.
- Диагноз ставится по клинике. В анамнезе указания на опухоли, кисты, резкие движения или травму.
- Доврачебная помощь – меры к срочной госпитализации и применение симптоматических средств.

МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

- Причины маточных кровотечений разнообразны:
- - связанные с травмой;
- - с патологическими изменениями в организме;
- - с изменениями в самой матке.
- Нередко таким больным требуется неотложная помощь .
- Доврачебная помощь- применение сокращающих средств, холод на низ живота.
- При субмукозной миоме матки –сокращающие средства противопоказаны, т.к.
- может родиться узел и усилиться кровотечение.
- При профузном маточном кровотечении, явлениях анемии - струйное и капельное введение кровезаменителей и крови.
- При шеечной беременности, раке шейки матки, подслизистой миоме - тугая тампонада влагалища, переливание кровезаменителей, крови, ингаляция кислородом. Одновременно транспортировать или вызвать врача.

Острый гнойный сальпингит — это воспаление маточной трубы с её нагноением.

Гнойный tuboовариальный абсцесс — гнойное расплавление маточной трубы и яичника с образованием единой полости,

Гнойный сальпингит и гнойные tuboовариальные образования в острой стадии воспаления имеют сходную клиническую картину и напоминают симптомы специфического процесса с нагноением (гонорея). Если причину выяснить не удаётся, то гнойный сальпингит начинается остро с повышения температуры, тахикардии, острых болей локального характера в левой или правой гипогастральной области, иррадиирующих в поясницу, прямую кишку и бедро на

Пельвиоперитонит — воспаление висцеральной и париетальной брюшины малого таза.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Пельвиоперитонит начинается остро, ведущий симптом — резкая боль в нижних отделах живота. Отмечают значительное ухудшение самочувствия, повышение температуры тела до 38–39 °С, гиперемию лица. Возникают тахикардия, признаки общей интоксикации, сухость во рту, однократная рвота, вздутие живота, симптомы раздражения брюшины ниже пупка и над лоном. Больные жалуются на болезненность при мочеиспускании и дефекации. В анализах — лейкоцитоз.

ПЕРИТОНИТ

- может быть при прорыве в брюшную полость пиосальпинкса, пиовара или нагноившейся опухоли.
- Прободению абсцесса предшествует перфоративная стадия. (резкое ухудшение состояния, повышение температуры тела, нарастание симптомов раздражения брюшины).
- Уход и обследование в этой стадии должны быть бережными, без резких движений.
- При совершившемся разрыве- острая, режущая боль по всему животу, коллапс, тошнота, рвота, живот напряжен, черты лица заостряются, дыхание частое, поверхностное. Парез кишечника, вздутие живота.
- Лечение - оперативное.
- Доврачебная помощь – создать покой больной, бережная транспортировка, симптоматическая терапия, вливание кровезаменителей.
- Операция – удаление пораженного органа, промывание и широкое дренирование брюшной полости.

Что нужно предпринять

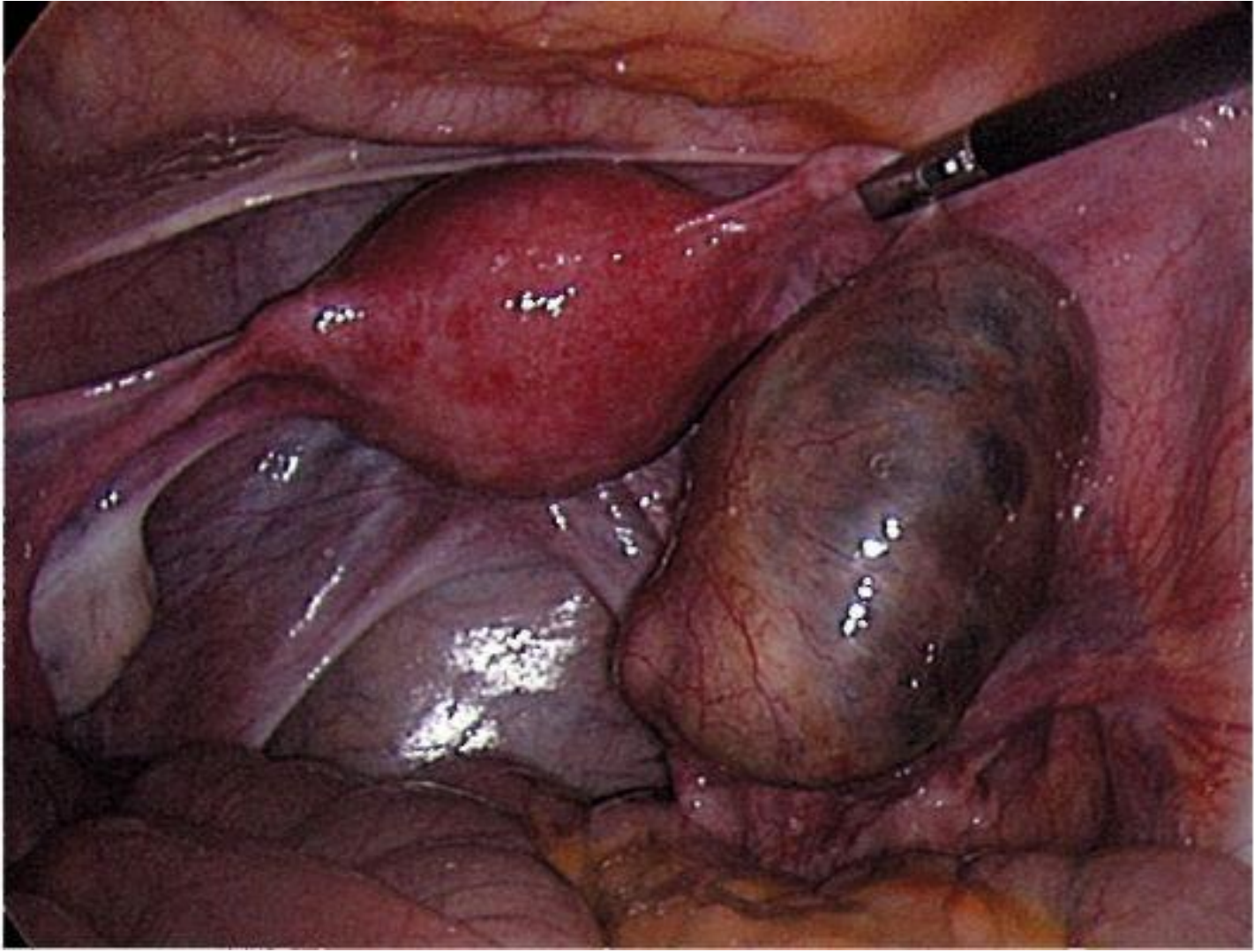
1. Больного надо уложить в постель и предложить ему принять любую удобную позу. Это поможет немного уменьшить боль, кроме того, если вдруг пациент потеряет сознание, он избежит возможных травм.
2. На живот положить холод. Это уменьшит боль и замедлит развитие воспалительного процесса. Можно использовать специальный пузырь со льдом, лед из морозильника, завернутый в полиэтиленовый пакет и полотенце, грелку с холодной водой и т.п. Холод можно держать в течение 15 минут, затем снять на 5 минут, заменив его новым и снова положить на живот. В такой последовательности повторять до исчезновения болей или до прибытия "Скорой помощи".
3. Срочно вызвать врача.

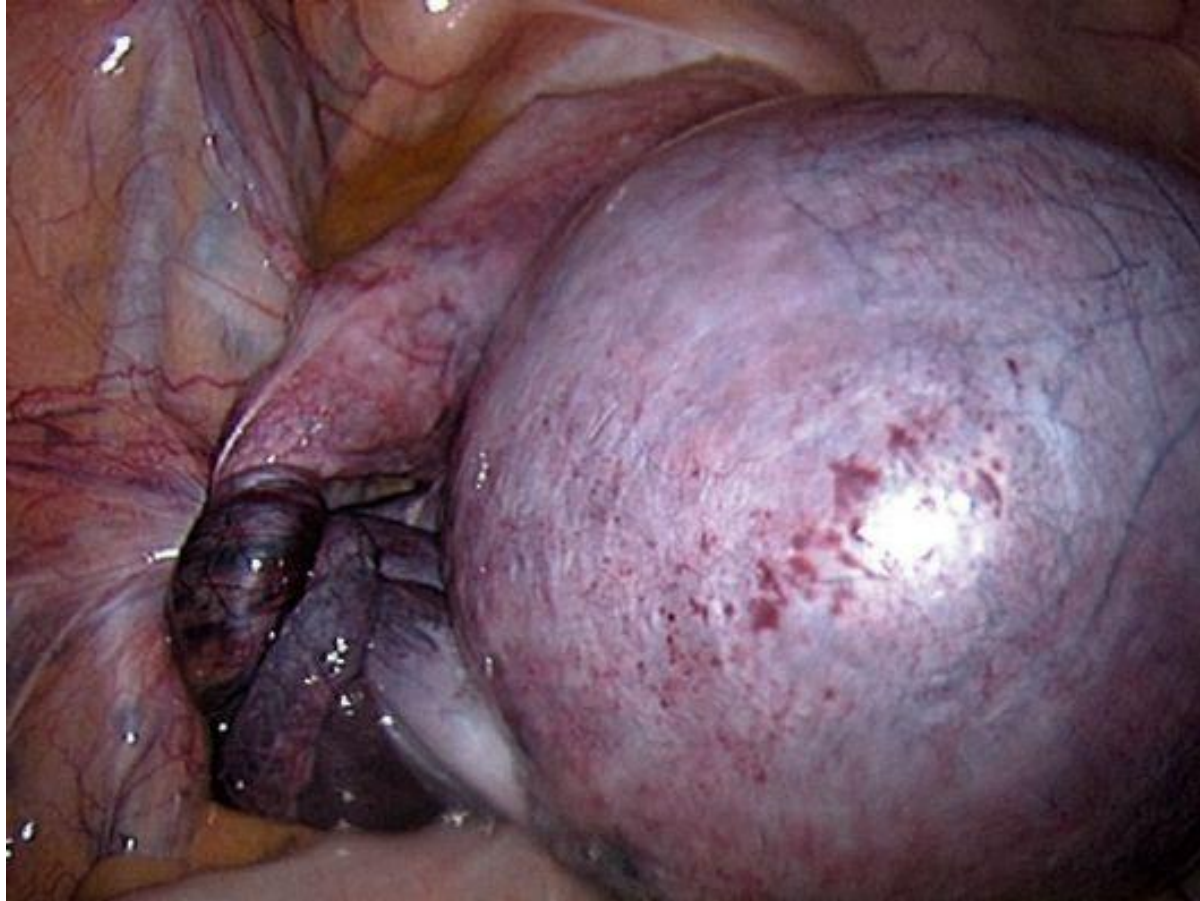
ВНИМАНИЕ!

Ни в коем случае нельзя:

1. Принимать какие-либо лекарства, алкоголь.
2. Прикладывать к больному месту грелку.
3. Делать клизму.
4. Ничего пить и есть.

При клинической картине острого живота больной должен быть экстренно госпитализирован в хирургическое отделение. До момента госпитализации запрещается применять болеутоляющие и наркотические средства, антибиотики, назначать слабительные, ставить клизму. Не следует также тратить время на уточнение диагноза до госпитализации.





Контрольные вопросы

1. Каковы причины "острого живота" в гинекологии?
2. Перечислите принципы оказания неотложной помощи при заболеваниях, сопровождающихся клинической симптоматикой "острого живота".
3. Каковы клинические проявления и методы диагностики разрыва трубы?
4. Клинические проявления и диагностика перекрута ножки объемных образований яичника.
5. Дайте определение понятия "апоплексия яичника".
6. Каковы этиология и патогенез апоплексии яичника?

Задача 1

Пациентка 26 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, головокружение, внезапно возникшие острые боли в нижних отделах живота, иррадиирующие в область прямой кишки, скудные кровянистые выделения из влагалища. Из анамнеза известно: последняя менструация была 5 недель назад. При двуручном исследовании справа от матки пальпируется образование 5 x 5 см, резко болезненное, малоподвижное, тестоватой консистенции. Отмечается болезненность и нависание заднего свода влагалища.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача 2

Больная 20 лет поступила в отделение с жалобами на резкие боли в нижних отделах живота, возникшие внезапно, после поднятия тяжести, слабость, тошноту. Из анамнеза: последняя менструация 2 недели назад. Объективно: кожные покровы бледные, чистые. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс 110 уд. в мин., ритмичен. ЧД – 26 в мин. Язык сухой. Живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, больше слева. В левой подвздошной области выражен дефанс мышц передней брюшной стенки. Перитонеальные симптомы не определяются. В отлогих местах отмечается притупление перкуторного звука.

Предполагаемый диагноз? Тактика ведения?

Задача 3

Пациентка 30 лет поступила в стационар с жалобами на тянущие боли в низу живота, гнойные выделения из половых путей, повышение температуры тела до 38,0°C. Неделю назад пациентке был произведен медицинский аборт на сроке беременности 7 недель. При двуручном исследовании тело матки увеличено до 8 недель беременности, малоподвижное, болезненное при пальпации, мягковатой консистенции. Придатки без особенностей. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика лечения?

Б-ная 30-и лет поступила в гинекологическое отделение по направлению врача ж. к., где наблюдалась по поводу кисты правого яичника размером 6х8 см. От операции отказывалась. Предъявляет жалобы на резкие боли внизу живота, появившиеся внезапно после подъема тяжести.

Состояние удовлетворительное. Пульс 85 ударов в мин. АД — 130/85 мм ртут.ст. Температура нормальная. Язык влажный, не обложен. Живот правильной формы, при дыхании щадит нижнюю половину. В правой подвздошной области слабо выраженные симптомы раздражения брюшины.

Б-ная 20 лет предъявляет жалобы на задержку очередной менструации на 10 дней. Нарушение менструальной функции отмечает впервые. Половая жизнь регулярная, от беременности не предохраняется.

При осмотре: состояние удовл-ное, АД 120/80 мм ртут. ст., пульс 72-а удара в мин., живот мягкий, безболезненный.

Гинекологический статус: шейка матки не эрозирована, несколько цианотичная, выделения слизистые. Матка несколько больше нормы, ровная, безболезненная, подвижная. Справа от матки пальпируется веретенообразное образование, слегка болезненное при пальпации. Слева без особенностей.