

Острый живот

СИМПТОМЫ

- внезапное появление болей среди полного здоровья (пациентки нередко могут назвать даже час начала заболевания). Боли чаще начинаются внизу живота, постепенно усиливаясь и распространяясь по всему животу, могут быть настолько сильными, что вызывают обморок;
- тошнота, рвота;
- нарушение отхождения кишечных газов и кала (у детей чаще наблюдается диарея);
- симптомы раздражения брюшины.

Причины "острого живота"

- острые внутрибрюшные кровотечения (нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника);
- • нарушение кровообращения во внутренних половых органах (перекрут "ножки" опухолей и опухолевидных образований яичника, перекрут и/ или некроз миоматозного узла);
- • острые воспалительные заболевания внутренних половых органов с вовлечением в процесс брюшины

Внематочная беременность

- При внематочной (эктопической) беременности оплодотворенная яйцеклетка развивается вне полости матки.

Классификация внематочной беременности

- **I. Часто встречающиеся формы.**
- Часто (98,5%) – трубная локализация беременности.
- Беременность в ампулярном отделе маточной трубы (43%).
- Беременность в истмическом отделе маточной трубы (53,8%).
- Беременность в интерстициальном отделе маточной трубы (2,8%).

II. Редко встречающиеся формы

1. Яичниковая (0,1-0,2%)
 - а. интрафолликулярная
 - б. овариальная или эпиоофориальная.
2. В зачаточном роге матке (0,19%).
3. Брюшная или брюшинная (0,4%)
 - а. первичная
 - б. вторичная.
 - В добавочном роге маточной трубы. Многоплодная беременность, при которой одно плодное яйцо развивается в полости матки, а другое — в трубе или рудиментарном роге.
 - Двусторонняя внематочная беременность
 - Межсвязочная беременность.

Этиология

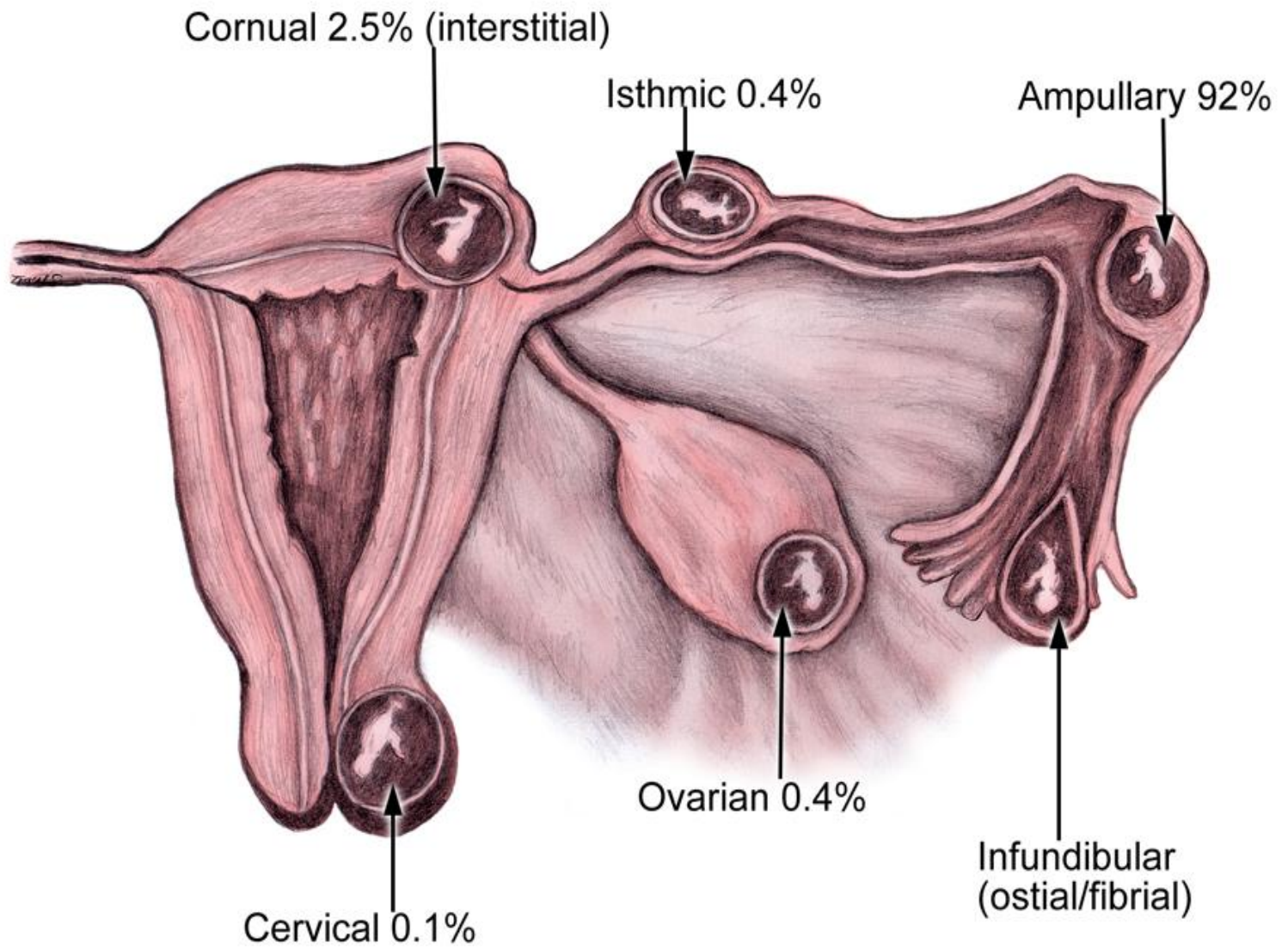
- воспалительные заболевания ЖПО.
- Оперативные вмешательства на других органах малого таза.
- Опухоли и опухолевидные образования органов малого таза, изменяющие анатомические соотношения в малом тазу.
- Отклонения в нормальном положении матки.
- Недоразвитие полового аппарата (инфантилизм).

Этиология

- Внутриматочные вмешательства
- Атрофические состояния полового аппарата при длительной лактации.
- Эндокринные расстройства и, в первую очередь, дисфункция яичников.
- Психосексуальные факторы
- Повышенная функциональная активность трофобласта.
- Нарушенная миграция яйцеклетки.

Патогенез

- Ворсины хориона, внедряясь в стенку маточной трубы и вырабатывая протеолитические ферменты, вызывают ее расплавление, истончение, а затем и разрушение со вскрытием стенок кровеносных сосудов. В результате роста и развития плодного яйца в трубе прогрессирующая трубная беременность прерывается чаще на 6-8-й недели по типу трубного аборта, когда плодное яйцо отслаивается от стенки трубы. Антиперистальтические движения трубы изгоняют кровь и элементы плодного яйца в брюшную полость. При полном трубном аборте, когда плодное яйцо целиком изгоняется в брюшную полость, оно обычно погибает, а затем подвергается обызвествлению и мумификации.



Трубный аборт

- приступообразные боли внизу живота, чаще на стороне беременности.
- Кровянистые выделения из половых путей, иногда выделяется децидуальная ткань.
- Головокружение или кратковременные обмороки (выброс из трубы небольших количеств крови в брюшную полость).
- Р.У. несколько увеличенная, мягковатой консистенции матка, одностороннее опухолевидное образование в области
- придатков, болезненное при исследовании, ограниченное в подвижности. Пастозность и болезненность заднего свода.
- В отдельных случаях кровь в маточно-прямокишечном пространстве инкапсулируется и пальпируется как плотное, умеренно болезненное образование (заматочная гематома).
- *Диагноз подтверждается пункцией* – темная жидкая

Разрыв маточной трубы

- кратковременная потеря сознания
- острая боль в животе
- общая слабость, гиподинамия
- пульс частый, АД понижено
- живот умеренно вздут, мягкий
- резкая болезненность и положительный и положительный симптом Щеткина- Блюмберга
- появляется френикус- симптом
- при перкуссии притупление звука в отлогих местах
- при осмотре шафрановый оттенок кожи на ладонях и стопах (симптом Кушталова)
- матка несколько увеличена, смещена к лону, подвижна, как бы плавает (с-м Соловьева)
- задний свод выпячивает, резко болезненный «крик Дугласа»
- при смещении шейки резкая болезненность (с-м Банки)

Прогрессирующая

- трудно поддается диагностике, т.к. заболевание протекает почти бессимптомно. Решающая роль – динамическое наблюдение, при котором отмечается постепенный рост одностороннего опухолевидного образования в придатках, тогда как величина матки не соответствует сроку беременности, сроку аменореи. Переходит в 2 или 3.

Диагностика

- Тщательное изучение анамнеза больной.
- Осмотр и специальное гинекологическое исследование.
- Биологические и серологические пробы на беременность (Уровень бета-субъединицы хорионического гонадотропина в моче (ХГ) тест на беременность)
- При нормальном течении беременности в первые 2—3 нед содержание бета-субъединицы ХГ удваивается каждые 1,2—1,5 сут, а с 3-й по 6-ю неделю — каждые 2 сут. При внематочной беременности уровень бета-субъединицы ХГ растет медленнее (очевидно, из-за ограниченных возможностей развития трофобласта). Если дата зачатия неизвестна, а диагноз сомнителен, уровень бета-субъединицы ХГ определяют повторно с интервалом 48 ч. В 85% случаев внематочной беременности концентрация бета-субъединицы ХГ увеличивается меньше чем в 2 раза.
- Гистологическое изучение соскоба слизистой оболочки матки.
- Эндоскопические методы исследования (кульдоскопия, лапароскопия).
- УЗИ (особенно трансвагинальное).
- Реография органов малого таза.
- Пункция заднего свода.

Яичниковая беременность

- Интрафолликулярная – беременность развивается в середине фолликула.
- Овариальная – яйцеклетка прививается на поверхности яичника. Беременность прерывается рано, сопровождается теми же симптомами, что и прерывание трубной беременности.
- Диагноз уточняется во время операции.
- *Тактика* – резекция яичника в месте разрыва с последующим гистологическим исследованием иссеченной ткани.

Межсвязочная

- Первичная - плодное яйцо при трубной беременности развивается не в сторону брюшной полости, а в сторону широкой связки, листки которой при этом расслаиваются.
- Вторичная – разрывается стенка маточной трубы, плодное яйцо попадает в пространство между листками широкой связки, прикрепляется там и продолжает развиваться.
- Клиника
- низкорасположенная, неподвижная, мягковатая «флюктуирующая» опухоль, выпячивающая боковой свод
- при разрыве – клиника внутреннего кровотечения.
- *Тактика* – удаление плодоемкости с соответствующей маточной трубой и перитонизация листками широкой связки.

Брюшная

- Первичная – привитие оплодотворенной яйцеклетки на брюшине, сальнике и других органах.
- Вторичная - формируется как исход трубной, если плодное яйцо целиком изгоняется из трубы и вторично прививается в брюшной полости.
- Клиника
- протекает как трубная и заканчивается разрывом капсулы плодоемности с обильным внутренним кровотечением, шоком.
- Окончательный диагноз ставится во время операции.

Лечение

- Лапаротомия.
- Остановка кровотечения – наложить зажимы на мезосальпинкс и маточный угол трубы.
- Лечение шока и выполнение кровопотери – реинфузия крови. Вычерпывают кровь, ту которая изливается из края раны, процеживают через 6-8 слоев марли, смоченной 4% раствором цитрата натрия (10 мл на 200 мл крови). От момента разрыва до чревосечения должно пройти не более 12 часов.
- Ведение послеоперационного периода.
- Реабилитация репродуктивной функции.

Органосохраняющие операции

- трубное «кесарево сечение» на трубе с последующей стоматопластикой.
- Удаление пораженной части трубы с плодовым яйцом и сшивание трубы конец в конец или в угол матки.
- Резекция ампулярного отдела с последующей стоматопластикой.

Условия органосохраняющей операции

- возраст до 35 лет
- не должно быть обширного разрыва, кровотечения, некроза, нодозного сальпингита
- отсутствие значительной кровопотери.

Консервативные методы лечения

- При наличии прогрессирующей внематочной беременности небольшого срока успешно применяется метотрексат.
- Осложнением применения метотрексата является острое массивное кровотечение из места локализации беременности через 1-2 недели после отмены препарата.

Аппopleксия яичника

- Это патологическое кровотечение в ткань яичника и кровотечение из него в брюшную полость (1-3%).

Экзогенные

- травма
- поднятие тяжести
- бурный coitus
- верховая езда
- клизма
- влагалищное исследование и т.д.

Эндогенные

- неправильное положение матки, спаечные процессы, опухолевидные образования, механически сдавливающие сосуды нарушающие кровоток в яичнике.
- заболевания крови (гипопластическая анемия, тромбопенический геморрагический диатез)
- эндокринные расстройства.

Патогенез

- Яичник (его белочная оболочка) не рвется, а кровоточащее отверстие в нем образуется на месте бывшего овуляционного отверстия, не сразу, а постепенно. Кровь, достигнув места наименьшего сопротивления, разрушает новообразованную ткань на месте овуляционного отверстия и изливается в брюшную полость.
- Гематома кистозной полости, расположенная вблизи от поверхности яичника, может лопнуть, разорвав белочную оболочку.
- Кортикальный и мозговой слои, имеющие рыхлую строю, пропитываясь кровью увеличиваются в объеме. Белочная оболочка, лишенная эластических элементов и сосудов и не склонная к растяжению, рвется под давлением, образуя щель.
- Размеры отверстия от точечных до размеров длины яичника (от 0,5 до 2,5 см)

Клиника

- Характерно острое начало заболевания, внезапное развитие приступа. Большинство авторов указывают, что клиника апоплексии не имеет определенной картины и развивается под видом других острых заболеваний брюшной полости, главным образом внепочечной беременности и аппендицита.
- Различают 3 основные клинические формы А. Я.:
- Болевая или псевдоаппендикулярная. Характерен болевой синдром.
- Анемическая – ведущий симптом – внутреннее кровотечение.
- Смешанная.

1 группа – больные с легкой формой апоплексии.

- приступ болей кратковременный
- незначительная тошнота
- отсутствие признаков шока
- умеренная или легкая болезненность при пальпации в н/отделах живота
- отсутствие или незначительная выраженность перитонеальных явлений.

2 группа – больные апоплексией средней тяжести

- **сильная длительная боль**
- **шок 1 степени**
- **тошнота, иногда рвота**
- **перитонеальные явления выражены
нерезко**

3 группа – больные с тяжелой формой апоплексии.

- **постоянная, резкая боль в н/отделах живота**
- **шок 2, 3 ст**
- **коллапс**
- **снижение температуры тела**
- **тошнота, рвота**
- **выраженные перитонеальные явления**
- **френикус – симптом**
- **анемия**

Диагностика

- те же методы, что и при внематочной беременности.
- *Температурный феномен Яковлевой* – при яичниковых кровоизлияниях температура в прямой кишке не выше, чем в подмышечной впадине, при аппендиците выше.

Лечение

- 1 группа больных при удовлетворительном состоянии – имеется тенденция к самоизлечению. Должна быть уверенная диагностика и правильная оценка состояния больных.

Эту группу возможно лечить консервативно.

- постельный режим
- возвышенное положение
- холод на низ живота
- гемостатическая терапия
- обезболивание.
- После исчезновения острых явлений – проводится рассасывающая терапия. При ухудшении состояния – чревосечение.
- 2 и 3 группы больных подлежат оперативному лечению. Объем – резекция яичника.

Перекрут ножки

- Перекрут ножки опухоли яичника часто наблюдается при подвижных опухолях, которые имеют длинную ножку и небольшие размеры.

Факторы способствующие перекруту

- перерастяжение и дряблость передней брюшной стенки
- быстрое изменение топографических взаимоотношений в брюшной полости при следующих обстоятельствах:
беременности, родах, послеродовом периоде, внезапном изменении брюшного давления при сильном физическом напряжении.

Патогенез

- При перекручивании ножки опухоли вначале сдавливаются тонкостенные вены, наблюдается стаз крови в них, при сохранении артериального кровообращения. При этом происходит венозная застой, опухоль увеличивается в размерах, происходит кровоизлияние в капсулу опухоли с последующим некрозом стенки опухоли, разрыв, кровотечение в брюшную полость и явления перитонита.

Клиника

- наличие в анамнезе опухоли
- боль внизу живота с резким характером, иррадирует в ногу, поясницу, тошнота, рвота
- живот вздут, задержка газов, стула
- повышение температуры
- бледность, тахикардия
- (+) симптомы раздражения брюшины
- P.V.- шаровидная опухоль, тугоэластичная, малоподвижная, быстро увеличивается. Если опухоль небольшая, то в одном из сводов находят ее перекрученную ножку.

Лечение

- Операция – лапароскопия, лапаротомия.
- Вход в брюшину с большой осторожностью, потому что опухоль или кишка могут быть припаяны к париетальной брюшине.
- Проводить пункцию опухоли с целью ее уменьшения не следует, т.к. содержимое опухоли может быть уже инфицированным.
- Раскручивать ножку опухоли не следует, т.к. возможна эмболия при отрыве частей тромба.
- На ножку опухоли выше перекрута накладываются зажимы и между ними ножка пересекается и опухоль удаляется.

Анатомическая ножка опухоли

- растянутая воронко-тазовая, собственная связки яичника, задний листок широкой связки яичника. В ножке опухоли проходят сосуды, питающие опухоль (яичниковая артерия и ее анастомоз с маточной), лимфатические сосуды и нервы.

Хирургическая ножка опухоли

- образование, которое приходится пересекать во время удаления опухоли. В хирургическую ножку входит также и труба. Иногда сальник.

Данный осмотра и обследования больной	Внематочная беременность		Нарушенная маточная беременность	Апоплексия яичника	Острый аппендицит	Острое воспаление придатков матки
	Разрыв трубы	Трубный аборт				
Возраст	Репродуктивный			Чаще репродуктивный	Любой	Чаще репродуктивный
Жалобы	Внезапные резкие боли в нижних отделах живота, которые иррадиируют в подключичную область. Обморочное состояние, тошнота, рвота	Схваткообразные боли внизу живота, чаще односторонние.	Схваткообразные боли внизу живота	Острые боли внизу живота. Обморочные состояния, позывы на дефекацию	Боли вначале локализуются в подложечной области, затем передаются на правую подвздошную область. Однократная рвота, иногда жидкий стул	Постоянные ноющие боли, усиливающиеся внизу живота
Температура тела	Нормальная	Нормальная или субфебрильная	Нормальная, субфебрильная, в случае присоединения инфекции - высокая	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная или умеренно повышенная	Субфебрильная или повышенная
Гинекологические заболевания, болевые приступы в анамнезе	Воспаление придатков матки, бесплодие	Воспаление придатков матки, бесплодие	Иногда указания на криминальные вмешательства	Отсутствуют	Могли быть ранее аналогичные приступы	При хроническом процессе указания на периодически повторяющиеся

Признаки беременности	имеются			Отсутствуют		
Данные влагалищного исследования	Матка слегка увеличена, легко смещается, плавает в свободной жидкости. Уплотнение или выпячивание заднего свода, резкая болезненность	Матка слегка увеличена, размягчена. В области придатков определяется опухолевидное, мягковатое, болезненное образование	Наружный зев приоткрыт, матка увеличена соответственно сроку беременности	Может определяться болезненный яичник	Патологические изменения отсутствуют	Утолщенные болезненные придатки матки, часто в спайках
Результаты исследования крови	Снижение содержания гемоглобина и эритроцитов, умеренный лейкоцитоз		Может быть снижено содержание гемоглобина и эритроцитов	Снижение содержания гемоглобина и эритроцитов	Нарастающий лейкоцитоз	Лейкоцитоз
Результаты теста на беременность	Положительные, если прерывание произошло более 2 недель назад, то отрицательные		Положительные	Отрицательные		
Результаты гистологического исследования	Децидуальная реакция без элементов хориона		Остатки плодного яйца	Морфологические изменения соответствуют фазе менструального цикла		Часто морфологическая картина эндометрита

Защитное напряжение мышц брюшной стенки	Выражено с пораженной стороны		Отсутствует	Слабо выражены	Выражено в правой подвздошной области	Может быть на стороне поражения
Симптомы раздражения брюшины	Выражены	Слабо выражены	Не выявляются	Слабо положительные	Положительные, характерные для аппендицита	Слабо положительные с пораженной стороны
Свободная жидкость в брюшной полости	Всегда обнаруживается кровь	Может быть кровь	Не обнаруживается	В отлогих частях живота определяются кровь	Не обнаруживается. В запущенной стадии выпот за счет перитонита	Не обнаруживается
Кровянистые выделения из половых путей	Скудные, темного цвета		Могут быть	Отсутствуют		Могут быть вследствие дисфункции яичников и сопутствующего эндометрита
Перенесенные операции	По поводу трубной беременности		Не было	При указании на аппендэктомию легче заподозрить аппоплексию яичника	Не было	
Менструальный цикл	Задержка или изменение характера последней менструации		Задержка менструации	Чаще в середине менструального цикла	Не связан с менструальным циклом. Нарушен за счет дисфункции яичника	