Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет имени акад. И.П.Павлова Кафедра акушерства и гинекологии

«Острый живот» в гинекологии.

ДОКЛАДЧИК: Байрамова Н.Н.

• «Острый живот» в гинекологии — синдром, развивающийся в результате острой патологии в брюшной полости и проявляющийся внезапно возникшими болями в любом отделе живота, перитонеальными симптомами и выраженными изменениями в состоянии больной.

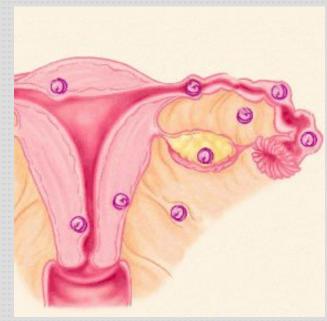
Острая боль в нижних отделах живота у женщин с выраженными перитонеальными симптомами возможна:

- при внутрибрюшном кровотечении (внематочная беременность, апоплексия яичника);
- перекруте ножки кисты яичника;
- перфорации гнойных образований придатков;
- пельвиоперитоните.

Внематочная беременность

Различается следующая внематочная беременность:

- трубная,
- яичниковая,
- шеечная,
- в рудиментарном роге,
- брюшная.



Факторы риска развития внематочной беременности:

• перенесенные ранее сальпингоофорит, эндомиометрит, аборты;

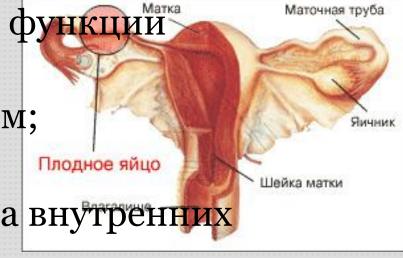
• нарушение гормональной функций яичников;

• генитальный инфантилизм;

• эндометриоз;

• перенесенные операции на внутренних половых органах;

• повышенная активность трофобласта.



• При внематочной беременности оплодотворенная яйцеклетка имплантируется и развивается вне полости матки. Беременность может развиваться или нарушаться (по типу трубного аборта и по типу разрыва маточной трубы).

 При трубном аборте плодное яйцо, не имея соответствующих условий для развития, отслаивается от стенок маточной трубы и изгоняется в брюшную полость. В связи с ритмическим сокращением маточной трубы кровь в брюшную полость поступает периодически. • При разрыве маточной трубы (при задержке менструации в среднем на 3-4 нед) в результате нарушения внематочной беременности ворсинки плодного яйца полностью разрушают тонкую стенку маточной трубы и кровь из поврежденных сосудов изливается в брюшную полость.

Симптоматика внематочной беременности:

- аменорея 4–8 нед, вероятные признаки беременности;
- положительные иммунологические реакции на беременность;
- величина матки меньше срока предполагаемой беременности;
- мажущие кровянистые выделения из половых путей;
- односторонние схваткообразные или постоянные боли;
- боли при смещении шейки матки;
- общие нарушения (ухудшение общего состояния, тошнота, диарея, метеоризм).

Разрыв маточной трубы возникает внезапно и вызывает:

• кровотечение, обычно массивное (внутрибрюшное);

• боль внизу живота, иррадиирующую в прямую кишку;

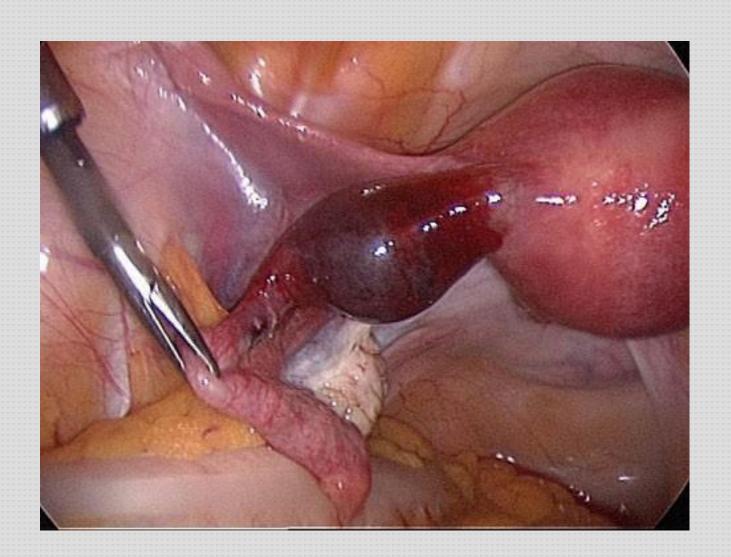
- головокружение;
- слабость;
- бледность кожных покровов;
- обморочное состояние.

Разрыв маточной трубы:

• При разрыве маточной трубы живот участвует в акте дыхания ограниченно, болезнен при пальпации и перкуссии, симптомы раздражения брюшины положительны, при перкуссии в отлогих местах живота имеется притупление.

Дифференциальная диагностика

- Дифференциальную диагностику разрыва маточной трубы проводят со следующими состояниями:
- острым панкреатитом (боли опоясывающие, интенсивные, нарушен режим питания, есть хронические заболевания органов пищеварения);
- прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки;
- острым аппендицитом;
- перекрутом ножки кисты яичника.



Нарушенная внематочная беременность Стадия перитонеального шока (разрыв трубы): Определить общее внезапные интенсивные боли в нижней части живота; состояние больной иррадиация болей в эпигастральную область (желчный. и степень пузырь, желудок); кровопотери • чувство давления на прямую кишку; • тошнота, рвота; френикус-симптом; частый слабый пульс, падение АД; перитонеальные симптомы в нижней части живота. **Уточнить** Факторы риска: пинекологический перенесенные ранее аднексит, эндомиометрит, аборты; и акушерский нарушение гормональной функции яичников; анамне) генитальный инфантилизм; эндометриоз; • перенесенные операции на внутренних половых органах Провести Острое воспаление придатнов матни; нарушение питания миоматозного узла; дифференциальну перекрут ножки опухоли яичника; ю диагностику острый аппендициг; острый холецистит; • почечная колика; другие острые хирургические заболевания Инфузионная терапия: 400 мл полионсидина или Ингаляция Терапия 400 мл полиглюкина в/в; глюкокорти нислорода и Срочная 400 мл реополитлюкина в/в; -коидами воздуха через госпитализация аппарат Ю1-3М 500 мл 5% р-ра глюкозы ПО и 3 мл 5% р-ра или пневмокомп показаниям аскорбиновой кислоты в/в

(разрыв яичника, инфаркт яичника, гематома яичника) — острое нарушение целостности яичника с кровоизлиянием в его строму и последующим кровотечением в брюшную полость.

КОД ПО МКБ10

N83.0 Геморрагическая фолликулярная киста яичника.

N83.1 Геморрагическая киста жёлтого тела.

Разрыв яичника происходит вследствие:

- застойной гиперемии;
- варикозно расширенных или склерозированных сосудов;
- склеротических изменений в строме;
- нарушений функции вегетативной и эндокринной систем.

Образуется гематома, которая вызывает резкие боли ввиду нарастания внутрияичникового давления, затем следует разрыв ткани яичника.

• внутрибрюшное кровотечение (анемическая форма апоплексии);

Влагалище

Маточная труба

Шейка матки

• болевой синдром (болевая форма);

• смешанная форма.

- Заболевание начинается остро, с внезапных болей в низу живота, преимущественно на стороне поражения.
- У подавляющего большинства больных наблюдают внезапное развитие приступа.

Ведущие симптомы:

- боли внизу живота и пояснице;
- кровянистые выделения из влагалища, обычно быстро прекращающиеся вслед за исчезновением болей;
- слабость;
- головокружение.

При апоплексии яичника во время осмотра определяются:

- при болевой форме болезненность в нижних отделах живота, симптомы раздражения брюшины выражены слабо;
- при анемической форме признаки внутрибрюшного кровотечения.

Провоцирующие моменты:

- физическое напряжение;
- половое сношение;
- травмы.

ДИАГНОСТИКА

- 1. Анамнез (жизни и гинекологический).
 - 2. Объективное обследование.
 - 3. Общий анализ крови.
 - 4. УЗИ органов малого таза.
 - 5. Определение уровня хорионического гонадотропина в крови (для исключения внематочной беременности).
 - 6. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища.
 - 7. Лапароскопия.

Необходимо дифференцировать с:

- нарушенной трубной беременностью;
- острым аппендицитом;
- перекрутом ножки кисты яичника;
- кишечной непроходимостью;
- перфоративной язвой желудка;
- острым панкреатитом;
- почечной коликой;
- пиосальпинксом.

ЛЕЧЕНИЕ

• Цель лечения: остановка кровотечения из яичника, восстановление его целостности и ликвидация последствий кровопотери.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Показание: у гемодинамически стабильных пациенток при исчезновении перитонеальных симптомов при небольшом объёме жидкости в малом тазу достаточно консервативного лечения с дальнейшим наблюдением.

Консервативная терапия включает:

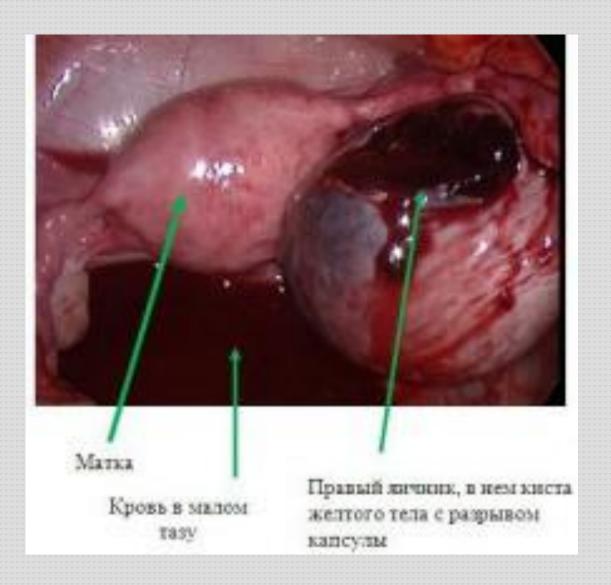
- покой,
- холод на низ живота;
- препараты гемостатического действия, спазмолитики, витамины: этамзилат 2 мл в/м 2—4 раза в сутки, дротаверин 2 мл в/м 2 раза в сутки, аскорбиновая кислота 5% 2 мл в/м 1 раз в сутки, витамин В1 1 мл в/м 1 раз через день, витамин В6 1 мл в/м 1 раз через день, витамин В12 200 мкг в/м 1 раз через день.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- осуществляют <u>лапароскопическим</u> или лапаротомным доступом;
- целесообразно проведение органосохраняющих операций, реже резекция яичника;
- аднексэктомия возможна при сочетании с другой патологией придатков (перекрутом ножки кисты, маточной трубы с выраженным нарушением кровообращения).

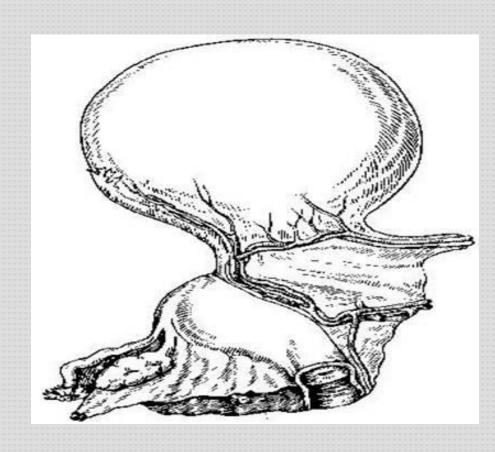
Этапы эндоскопической операции:

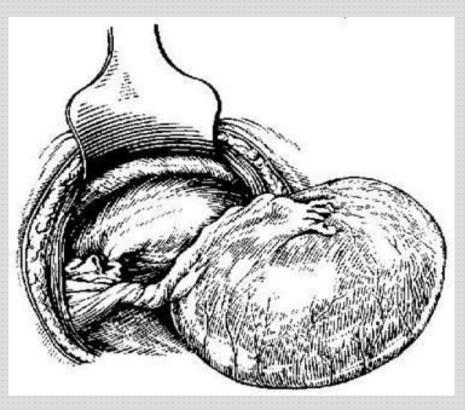
- остановка кровотечения из разрыва яичника: коагуляция, ушивание или резекция яичника;
- удаление сгустков крови из брюшной полости;
- осмотр яичника после промывания брюшной полости санирующими растворами.



- Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника это осложнение кисты или кистомы яичника.
- КОД ПО МКБ10 N83.5 Перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы.

- Анатомическая ножка кисты яичника:
- брыжейка яичника;
- собственная связка;
- подвешивающая связка яичника;
- нервы, кровеносные и лимфатические сосуды.





Хирургическая ножка кисты яичника:

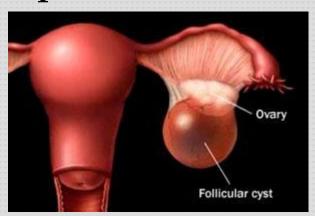
• образуется в результате перекрута ножки опухоли яичника и, помимо структур анатомической ножки, может содержать маточную трубу, сальник, петли кишечника.

Провоцирующие факторы:

- резкие изменениия положения тела;
- повышение внутрибрюшного давления в результате сильного натуживания,
- тяжелая физическая работа;
- нарушение кровоснабжения кисты.

При перекруте ножки кисты наблюдается:

- нарушение кровоснабжения;
- отек кисты;
- кровоизлияние и некроз паренхимы.



При частичном (постепенном) перекруте:

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

При полном (внезапном) перекруте:

- ножка изменяет свое положение на 360°;
- артериальный кровоток прекращается;
- в кисте яичника происходят некробиотические процессы;
- появляются перитонеальные симптомы;
- при инфицировании кисты начинается перитонит.

Перекрут ножки кисты яичника вызывает:

- боли в низу живота со стороны образования
 - постепенно нарастающие или острые;
- тошноту, рвоту, метеоризм;
- парез кишечника;
- напряжение передней брюшной стенки;
- симптомы раздражения брюшины.

• ДИАГНОСТИКА

Диагноз перекрута опухоли и опухолевидного образования яичника ставят на основании характерных жалоб больной, данных анамнеза, результатов объективного обследования и дополнительных методов (УЗИ органов малого таза, лапароскопия)

ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ

- Восстановление топографии яичника и маточной трубы при сохранённом кровоснабжении в маточной трубе и яичнике.
- Удаление придатков матки при нарушенном их кровоснабжении и подозрении на некроз тканей.

- МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
- При лечении больных с указанной патологией применяют только хирургические методы. <u>Неприемлемы немедикаментозные и консервативные медикаментозные методы лечения</u>.

Хирургическое лечение:

- выполнение деторсии (раскручивания ножки кисты и восстановление топографии яичника).
- при ретенционном яичниковом образовании производят аспирацию содержимого кисты, биопсию её стенки.
- при истинном характере опухоли яичника выполняют резекцию яичника, при параовариальной кисте проводят её энуклеацию.

Хирургическое лечение:

- при отрицательной динамике течения послеоперационного периода производят повторную лапароскопию с аднексэктомией.
- при подозрении на малигнизацию опухоли интраоперационно показано цитологическое исследование мазковотпечатков для решения вопроса об объёме оперативного вмешательства.

Провоцирующими факторами развития гнойных образований придатков являются:

- микробная инвазия;
- ослабление или изменение барьерных свойств матки и половых путей:
- - физиологическое (менструация, роды);
- – ятрогенное (аборты, внутриматочные контрацептивы, операции, гистероскопия, экстракорпоральное оплодотворение).
- Путями инфицирования придатков могут быть интраканаликулярный, восходящий, гематогенный, лимфогенный.

ГНОЙНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ТУБООВАРИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ

- Острый гнойный сальпингит это воспаление маточной трубы с её нагноением.
- Гнойный тубоовариальный абсцесс гнойное расплавление маточной трубы и яичника с образованием единой полости, окружённой пиогенной капсулой.

ГНОЙНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ТУБООВАРИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ

• СИНОНИМЫ

- Абсцесс маточной трубы, яичника, тубоовариальный абсцесс, пиосальпинкс, пиовариум, воспалительный аднекстумор.
- КОД ПО МКБ-10 N70.0 Острый сальпингит и оофорит.

ГНОЙНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ТУБООВАРИАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ

- постоянные боли в низу живота,
 преимущественно со стороны воспаления;
- ознобы, высокую лихорадку;
- слабость;
- тахикардию;
- тошноту, задержку стула, газов;
- гноевидное отделяемое из половых путей

• ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

• Стратегия лечения больных с гнойными тубоовариальными образованиями строится на органосохраняющих принципах, но с радикальным удалением основного гнойного очага инфекции с последующей многокомпонентной интенсивной терапией инфекционного процесса.

- НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- При нагноительном процессе неэффективно.
- МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- Используют с целью:
- ограничиться только консервативным противовоспалительным лечением;
- предоперационной терапии.
- Используют антибиотики, антипротозойные, антигрибковые средства; дезинтоксикационную терапию с целью инфузионной коррекции волемических и метаболических нарушений; антигистаминные препараты.

• ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- При нагноительных процессах хирургическое лечение — главный этап.
- Выбор метода хирургического пособия, доступа, объёма операции, времени в каждом конкретном случае определяется индивидуально от пункции абсцесса, лапароскопического дренирования до пангистерэктомии.

- Пельвиоперитонит (местный перитонит, отграниченный перитонит, острый тазовый перитонит у женщин) воспаление висцеральной и париетальной брюшины малого таза.
- КОД ПО МКБ-10 N73.3 Острый тазовый перитонит у женщин.

- КЛАССИФИКАЦИЯ
- По характеру экссудата различают пельвиоперитониты:
- серозный;
- фибринозный;
- гнойный (часто с развитием распространённого перитонита).

- КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА
- Начинается остро, ведущий симптом резкая боль в нижних отделах живота.
- повышение температуры тела до 38–39 °C, гиперемию лица. Возникают тахикардия, признаки общей <u>интоксикации</u> 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.

- КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА
- При гинекологическом обследовании в первые дни отмечают ригидность и болезненность заднего свода влагалища, в последующие дни выпячивание заднего свода изза скопления в нём экссудата. Небольшое количество экссудата может резорбироваться или нагнаиваться и вскрываться в прямую кишку, или в брюшную полость, создавая угрозу перитонита.
- Пельвиоперитониту всегда сопутствуют сальпингоофорит или эндометрит. Это обусловливает образование обширного воспалительного конгломерата и развитие спаечного процесса.

- симптомы раздражения тазовой брюшины при пальпации и влагалищном исследовании;
- резкая болезненность в области придатков матки и при движении за шейку матки в сочетании с острой клинической симптоматикой.

- ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
- УЗИ органов малого таза (наличие свободной жидкости в Дугласовом пространстве);
- пункцию заднего свода влагалища (серознофибринозный или гнойный экссудат);
- бактериологическое исследование пунктата;
- рентгенографию органов брюшной полости (наличие уровней жидкости в кишечнике свидетельствует о паралитической непроходимости);
- диагностическую и лечебную лапароскопию;
- бактериологическое исследование перитонеальной жидкости.

- ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
- гемоперитонеум (внематочная беременность, апоплексия яичника),
- разлитой перитонит (хирургического происхождения),
- аппендикулярный инфильтрат,
- гнойное тубоовариальное образование, параметрит.

ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

- Купирование острого воспалительного процесса в придатках матки.
- Стабилизация состояния.
- Предупреждение осложнений.

- МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- Основано на принципах комплексного лечения острого сальпингоофорита.
- Антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия (гентамицин, оксациллин, метициллин, амоксициллин+клавулановая кислота, цефалоспорины, метронидазол и др.).
- Дезинтоксикационная терапия (Полидез, Реополиглюкин, полиионные растворы, белковые препараты и др.).

- МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- Обезболивающие средства (свечи с экстрактом белладонны, метамизол натрия, диклофенак.
- Седативные средства, витамины, фолиевая кислота; антигистаминные и десенсибилизирующие средства (хлоропирамин, клемастин, глюконат кальция).
- Анаболические стероиды (нандролон, Амиглурацил).

- ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- При пельвиоперитоните с дифференциальнодиагностической целью применяют лапароскопию. Она может быть диагностической и лечебной (удаление аппендикулярного отростка или маточных труб, яичников при остром гнойном сальпингоофорите, санация и дренирование брюшной полости).

- ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
- При отсутствии эффекта от медикаментозного лечения и прогрессии воспалительного процесса необходима лапаротомия (для полной ревизии брюшной полости и органов малого таза).
- Гинекологическую операцию проводят в полном объёме, вскрывают и дренируют тазовые и межкишечные абсцессы, при необходимости удаляют аппендикулярный отросток и др.

Благодарю за внимание.