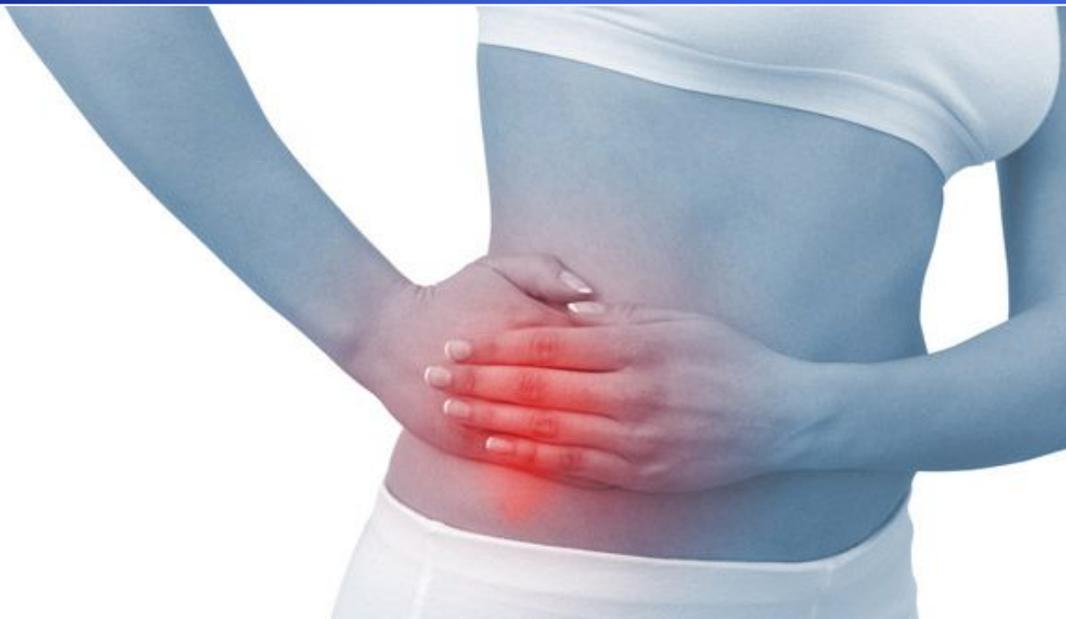


Экстрагенитальные заболевания, вызывающие клинику острого живота (острый аппендицит, мочекаменная болезнь, непроходимость)

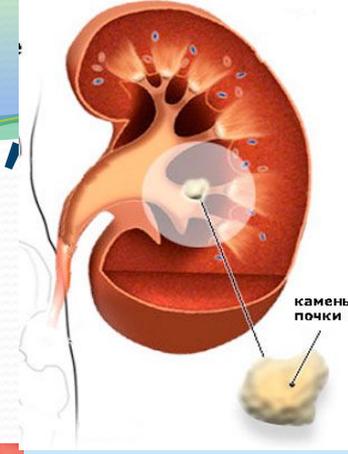


Подготовила: Колодич М.И.
студентка 5 курса ЛФ 21 группы



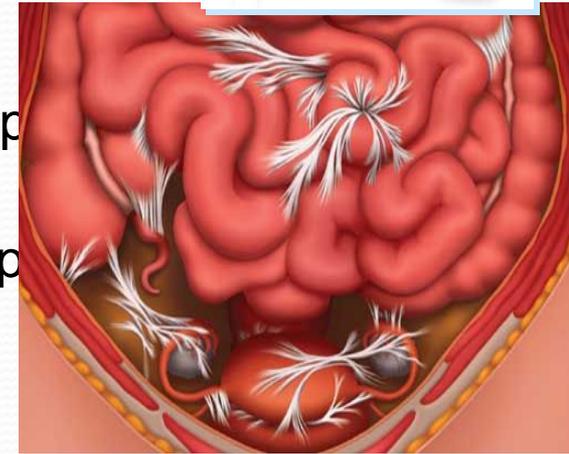
- Острый живот в гинекологии это сложный симптомокомплекс, в котором ведущими признаками являются:
 1. **Боли** в любом отделе живота.
 2. Наличие **перитонеальных** симптомов.
 3. Наличие **выраженных изменений в состоянии больной**

Экстрагенитальные заболевания, с которыми может встретиться врач при картине острого живота



ЭТО:

- ❖ Острый аппендицит, кишечная непроходимость, перитонит,
- ❖ Острый холецистит, панкреатит, тромбоз мезентерических сосудов
- ❖ Мочекаменная болезнь, пиелонефрит



!!! При данных ситуациях врач обязан решить следующие вопросы:

- -является ли заболевание острым, требуется ли помощь?
- -является ли заболевание гинекологическим или экстрагенитальным?
- -каков план обследования больной?



Гинекологические заболевания, протекающие с клиникой острого живота

- 1) заболевания, сопровождающиеся **внутрибрюшным кровотечением** (эктопическая беременность, апоплексия яичника, разрыв капсулы кисты яичника). В этой группе заболеваний нарушение общего состояния больной протекает по типу острой кровопотери
- 2) заболевания, связанные **с нарушением кровоснабжения** в органе и его некрозом (перекрут ножки кисты или опухоли яичника, перекрут ножки и некроз миоматозного узла). Общая реакция организма в этой группе заболеваний вначале выражается нарушением гемодинамики, коллапсом, а в более поздние часы заболевания — интоксикацией, обусловленной некрозом тканей
- 3) **острые воспалительные процессы** внутренних половых органов, при которых развивается перитонит (пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальное воспалительное образование). В этой

На что обратить внимание при сборе анамнеза!!!

Сбор анамнеза является первым и важным этапом обследования больной.

- Возраст пациентки может указать на невозможность какого-либо заболевания (например, внематочной беременности)
- Наличие в анамнезе аппендэктомии исключает аппендицит
- Чревосечения в прошлом могут свидетельствовать о возможности спаечной кишечной непроходимости
- «язвенный» анамнез — о прободном перитоните

Необходимо выяснить, живет ли больная половой жизнью, как она предохраняется от беременности, не пользуется ли, в частности, ВМК (использование последнего является предрасполагающим фактором для развития воспалительных заболеваний, а также эктопической беременности).

Обычно клиника острого живота имеет небольшую продолжительность, однако

важно узнать, каково было состояние и самочувствие пациентки перед тем, как

она почувствовала себя больной с какого именно симптома началось

Симптомы (жалобы), наиболее характерные для острого живота

Поскольку боли в животе — это основной признак острого живота, необходимо

уточнить их характер, локализацию, иррадиацию, связь с МЦ, физической нагрузкой и т. п.

- ❑ При перекруте ножки опухоли яичника боль может быть локальной, но область ее соответствует расположению опухоли, иногда выше пределов малого таза.
- ❑ Боли гинекологического происхождения могут быть и разлитыми: при значительном кровотечении в брюшную полость, при разлитом перитоните
- ❑ Боли часто иррадиируют в прямую кишку, крестец, при внутрибрюшном кровотечении характерен феникус-симптом (иррадиация болей в ключицу).
- ❑ Для прерывания трубной беременности (трубный аборт) характерны приступообразные боли, часто пациентки называют их схваткообразными.
- ❑ Однако приступ болей, возникший в связи с трубным абортом, может длиться несколько минут, а потом боли ослабевают или проходят совсем, после чего приступ повторяется через разные промежутки времени.
- ❑ Последние боли характерны для внематочных беременностей при

Параклиническая симптоматика

- учащение пульса
- тошнота
- рвота



Клиника острого аппендицита

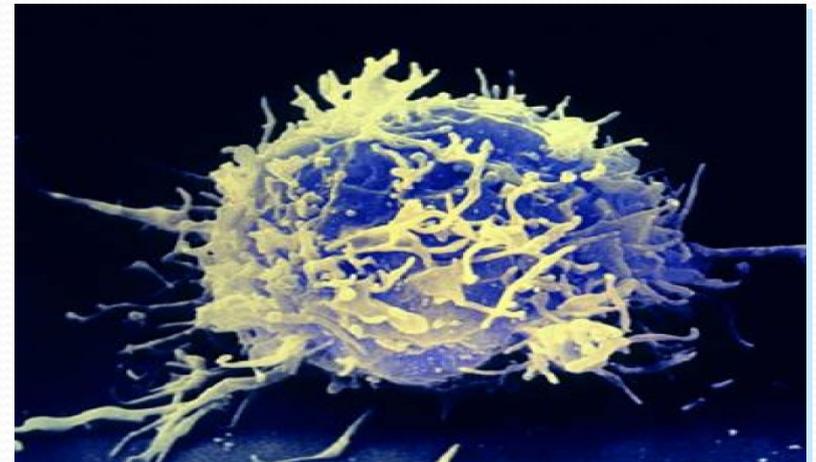
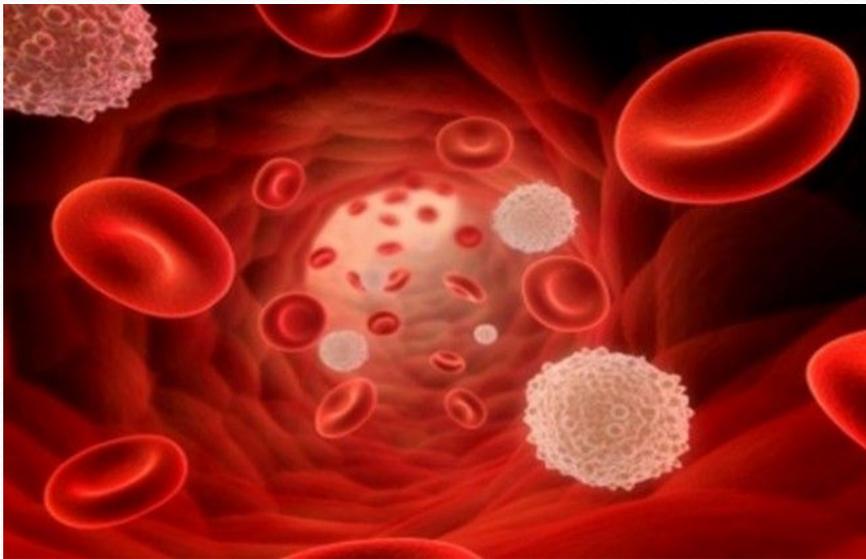
Специфическая симптоматика:

- симптом **Бартомье – Михельсона**- усиление боли в правой подвздошной области в положении на правом боку
- симптом **Грегори** - появлением болезненности в правой подвздошной области при подталкивании по левому ребру матки
- симптом **Ситковского** - выраженная болезненность при пальпации в положении на левом боку
- Симптом **Лароша** - усиление боли при приведении к животу правой нижней конечности
- кашлевой симптом **Черемского** - появление боли в правой подвздошной области при кашле

Лабораторные исследования

- лейкоцитоз более 10000 млЗ
- нейтрофильный сдвиг влево в лейкоцитарной формуле, лимфоцитопения

Имеет значение не столько сам лейкоцитоз, сколько его изменение в динамике.



Уточняющее гинекологическое исследование

Для уточнения диагноза проводится гинекологическое исследование, которое в сочетании с анамнезом и вспомогательными методами исследования помогает поставить правильный диагноз !!!



- при остром аппендиците влагалищное исследование безболезненно
- матка нормальных размеров
- своды свободны
- придатки матки обычно не увеличены
- отсутствуют кровянистые выделения из половых путей
- при пункции заднего свода влагалища удается получить серозную жидкость, но не кровь,
- иммунологические реакции на беременность отрицательные

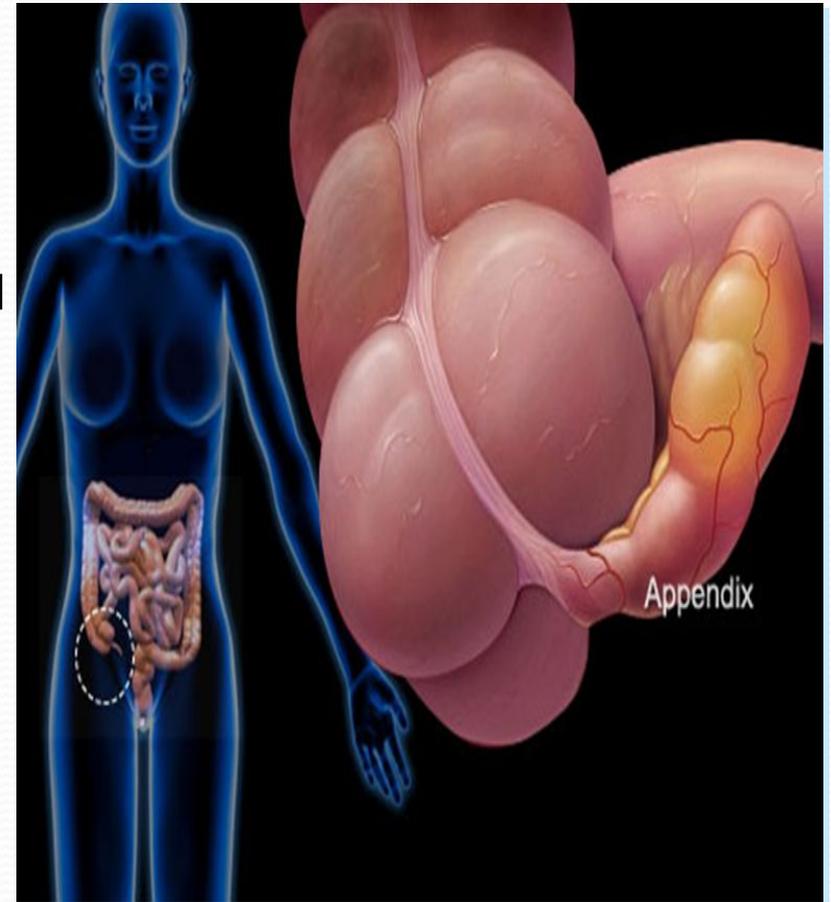
Инструментальное исследование: УЗИ

- ❖ При этом обязательно оценивают
 - состояние матки
 - тонус
 - наличие свободной жидкости в малом тазу, ее количество
 - состояние петель кишечника
 - толщину стенки
 - состояние яичников, маточных труб и других эхоструктурных образований.



Наиболее часто применяющиеся ультразвуковые методы исследования

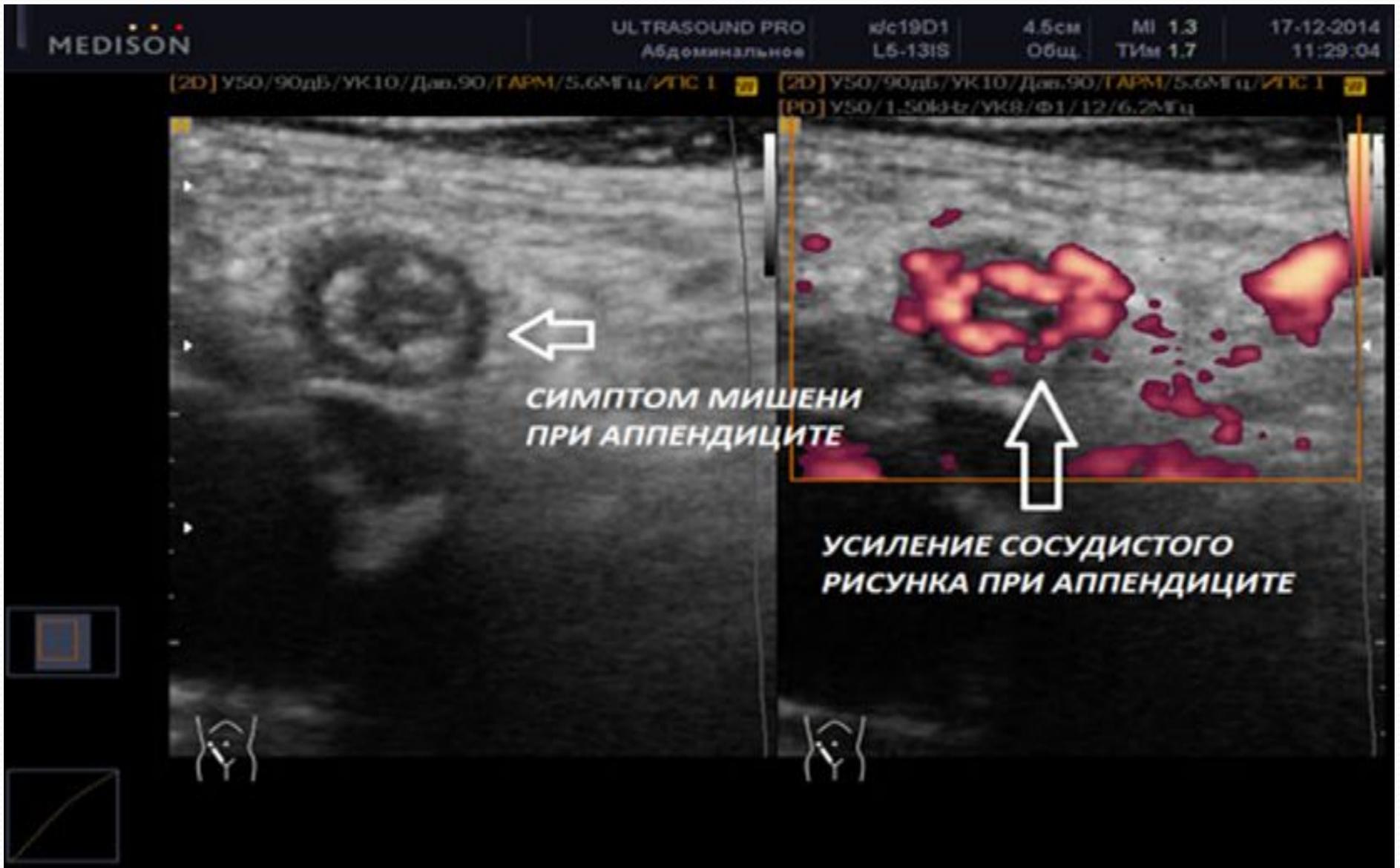
- трансабдоминальная сонография с использованием дозированной компрессии
- трансвагинальное сканирование
- доплеровское исследование кровотока



Воспаленный червеобразный отросток

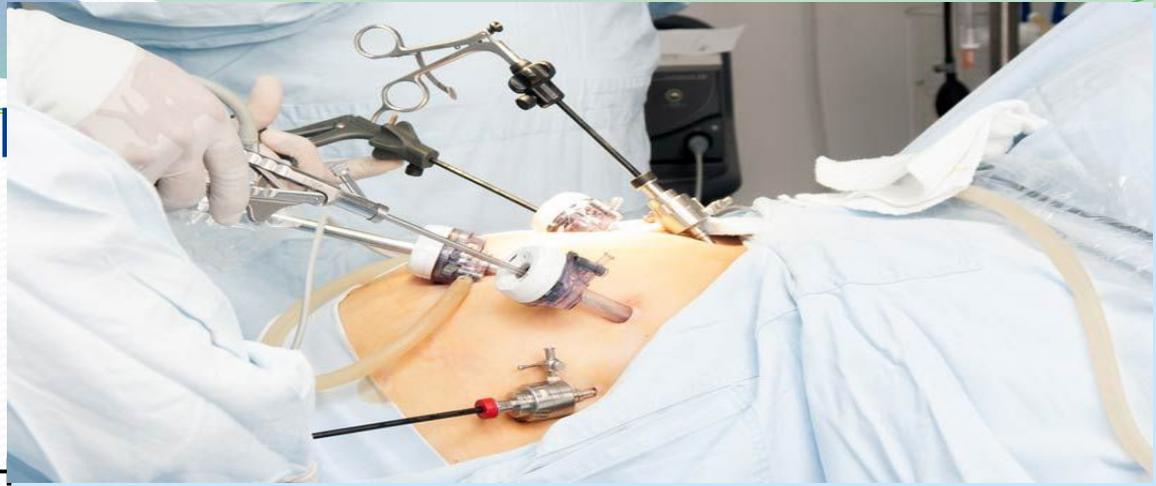


Картина аппендицита на УЗИ



Лапароскопическое исследование

Плюсы+

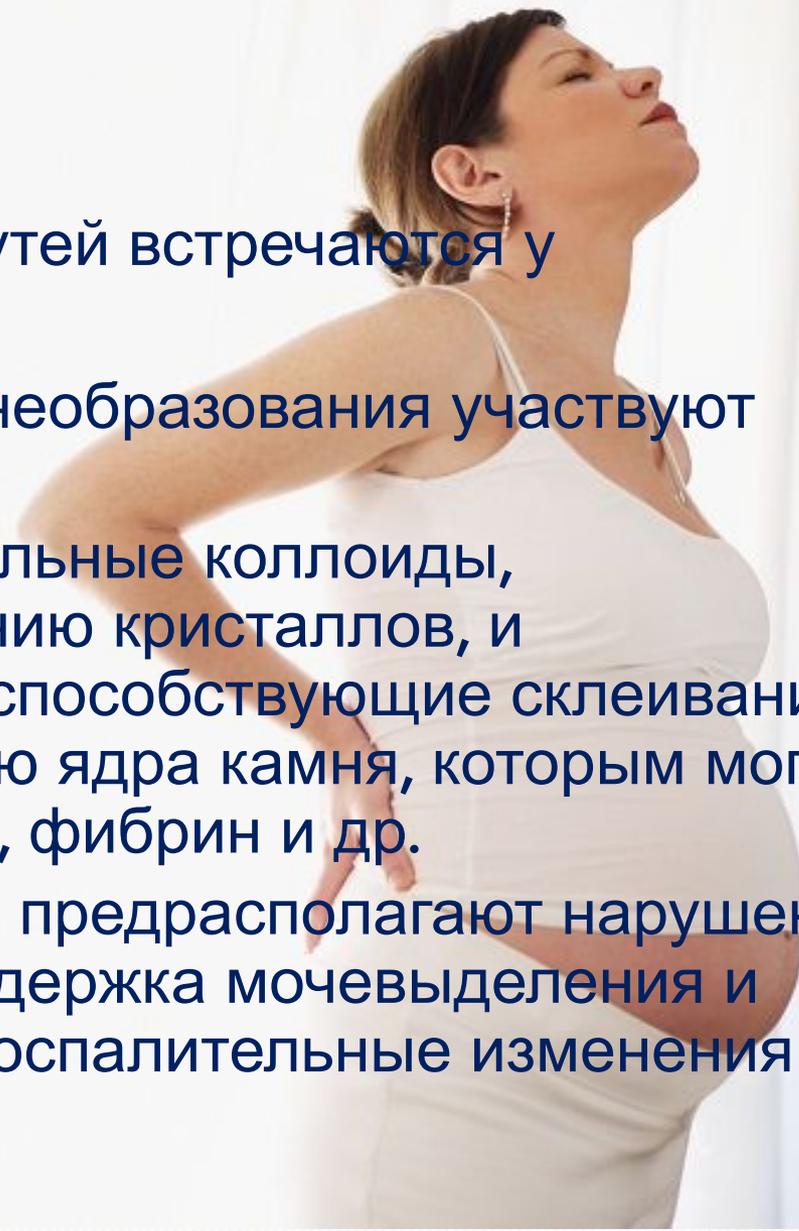


- Лапароскопическая диагностика червеобразный отросток практически в любом клиническом местоположении
- Лапароскопическим способом можно не только осмотреть брюшную полость, но и установить распространенность воспалительного процесса, а так же, при необходимости, установить дренажные трубки в любые отделы брюшной полости и малого таза
- Лапароскопия позволяет, особенно при осложненном аппендиците, выбрать адекватный операционный доступ и при наличии условий выполнить лапароскопическую аппендэктомию



МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

- ❖ Камни мочевыводящих путей встречаются у **0,1—0,12%** беременных.
- ❖ В сложном процессе камнеобразования участвуют перенасыщенные растворы солей, гидрофильные коллоиды, препятствующие выпадению кристаллов, и гидрофобные коллоиды, способствующие склеиванию кристаллов и образованию ядра камня, которым могут служить бактерии, детрит, фибрин и др.
- ❖ К формированию камней предрасполагают нарушения минерального обмена, задержка мочевыделения и особенно инфекционно-воспалительные изменения в мочеполовой системе.



Клиника

- Клинические признаки мочекаменной болезни :
- ✓ латентное течение заболевания может стать клинически отчетливым. Это связано с появлением условий, благоприятствующих миграции камня в более низко лежащие отделы мочевыводящих путей
- расширение и гипотония лоханок, мочеточников, мочевого пузыря
- частым присоединением инфекции (пиелонефрит, цистит).



Клиника

- Наиболее характерным признаком мочекаменной болезни являются приступы **ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ**
- Боли в поясничной области вызваны препятствием оттоку мочи вследствие спазма мочеточника из-за раздражения его слизистой оболочки движущимся камнем
- Боли обычно очень сильны, схваткообразного характера. Больная пытается облегчить боли изменением положения тела и «не может найти себе места»
- Боли иррадируют из поясницы вниз по ходу мочеточника, в половые губы, бедро
- Поясничные мышцы напряжены
- Симптом Пастернацкого положительный
- Лихорадка, тошнота, рвота, вздутие живота, дизурические явления (болезненное, учащенное мочеиспускание). После приступа почечной колики у некоторых больных камни самопроизвольно отходят с мочой. Крупные коралловидные камни почечных лоханок, не способные из-за величины перемещаться, вызывают тупые боли в пояснице

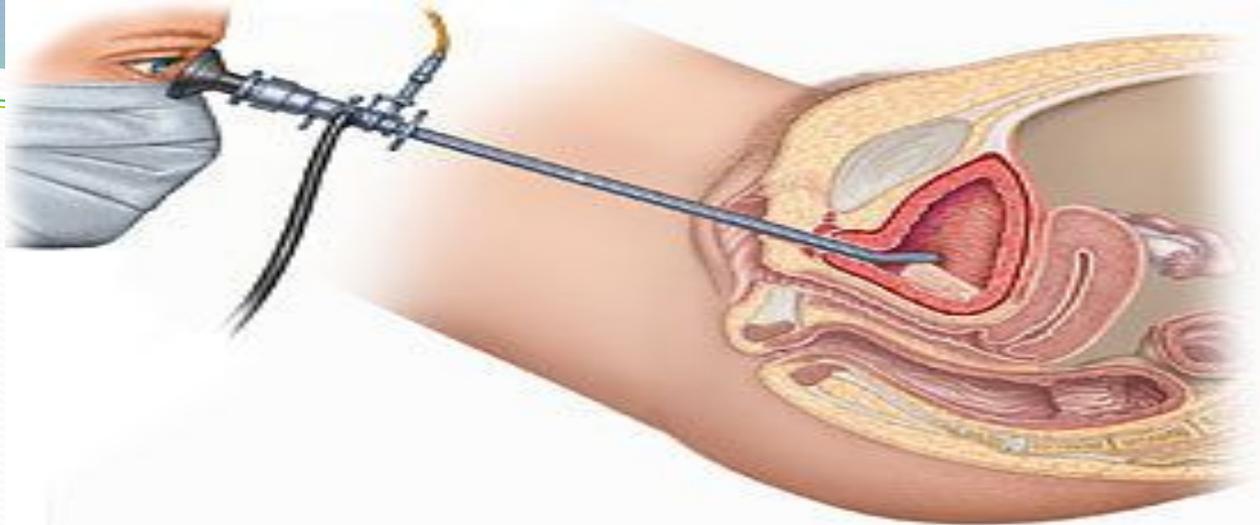
Диагностика

Важное значение имеет **анамнез**:



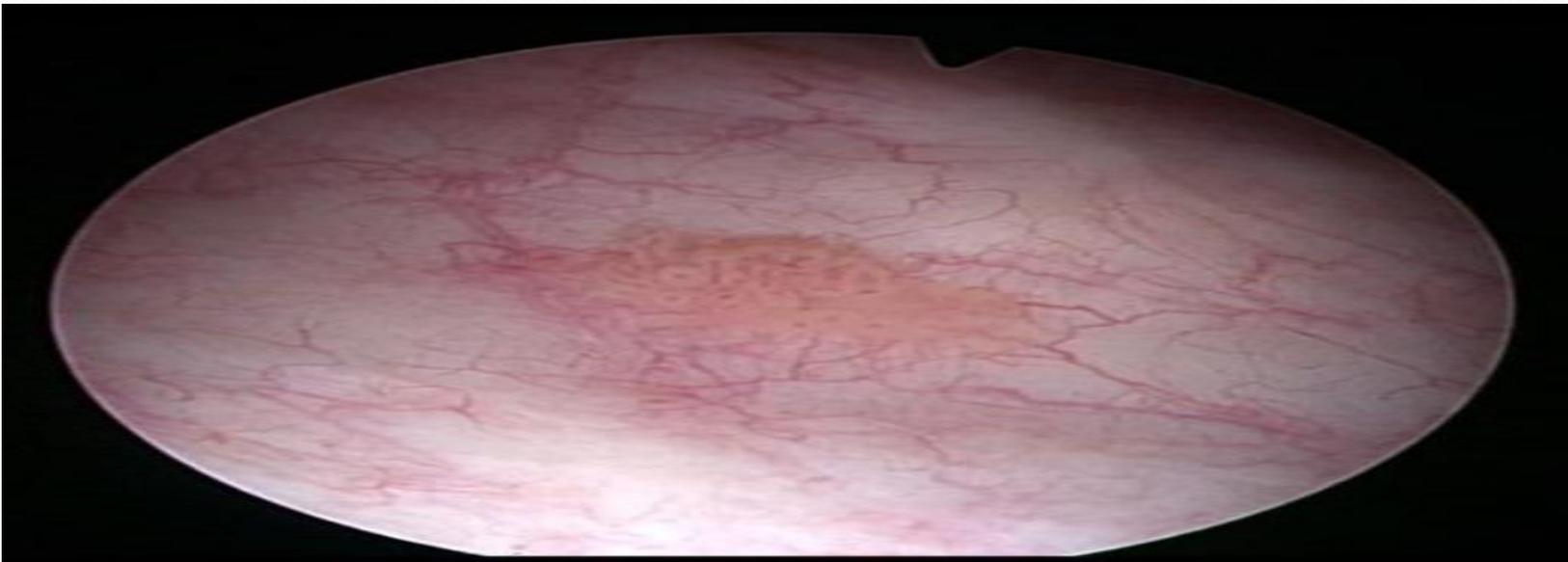
- I. Указания на приступы почечной колики, возникающие при мочеиспускании,
- II. Отхождение камней при мочеиспускании.
- III. При расположении камня в мочевом пузыре или уретре наблюдаются терминальная гематурия и нарушение мочеиспускания.
- IV. При более высоком расположении камня гематурия не связана с актом мочеиспускания.
- V. Камень, находящийся в нижнем отделе мочеточника, иногда удается пальпировать при влагалищном исследовании.

Диагностика



Цистоскопия

- С помощью цистоскопии выявляют камень мочевого пузыря и «рождающийся» камень мочеточника.
- Хромоцистоскопия позволяет установить наличие полной или частичной окклюзии мочеточника камнем.



Bladder

GE



2

4

6

● 11.2
L 1.03 cm

Лечение и профилактика

- В лечении больных мочекаменной болезнью большое значение имеет **диета**. Микроскопия осадка мочи позволяет уточнить характер нарушения минерального обмена. Это необходимо сделать, так как диета различна в зависимости от типа диатеза.
- При **мочекаменном** диатезе с мочой выделяются соли (ураты). Диета требуется с ограничением пуринов, которые содержатся в мясе. Пища должна быть преимущественно молочно-растительной. Однако бобовые, щавель, орехи противопоказаны. Следует исключить также какао, шоколад, черный чай. 2 раза в неделю рекомендуется питаться рыбой, нежирным мясом. Обильное питье снижает концентрацию уратов в моче .
- **Фосфорнокислый** диатез характеризуется появлением в моче солей кальция, а не фосфора. Из пищи в данном случае должны быть исключены продукты, содержащие кальций (яйца, молочные изделия); ограниченно употреблять картофель, зеленые овощи, бобовые. Рекомендуется есть больше мяса, крупяных изделий, сладостей, фруктов и продуктов, содержащих витамин А (печень, сливочное масло, морковь, рыбий жир). Питье ограничивается. Диета, необходимая при фосфорнокислом диатезе, мало соответствует потребностям беременной женщины, и строгое соблюдение ее может привести к гипотрофии плода.
- Диета при **щавелевокислом** диатезе не должна содержать продуктов, способствующих образованию оксалатов. Запрещаются молоко, яйца, бобовые, орехи, щавель, черный чай; не рекомендуются мясные бульоны, мозги, помидоры, картофель, какао. Можно употреблять отварное мясо и рыбу 2—3 раза в неделю, мучные и крупяные блюда, молочные продукты, жиры

Приступ почечной колики

В большинстве случаев удастся купировать **спазмолитическими** препаратами, вводимыми подкожно:

- 2% раствором папаверина гидрохлорида (2 мл), но-шпы (2 мл), 0,2% раствором платифиллина гидроартрата (1—2 мл) и баралгином (5 мл внутривенно).
- При внутримышечном введении баралгин начинает действовать только через 20—30 мин.
- Наркотические анальгетики лучше купируют почечную колику, но их применять беременным не рекомендуется. Их используют только при неэффективности указанных выше средств.
- В более легких случаях колики применяют цистенал по 20 капель на кусочек сахара под язык или ависап по 0,1 г (2 таблетки) после еды. Эти препараты можно назначать повторно до 3—4 раз в день, уменьшив дозу вдвое; они пригодны и для курсового лечения в течение 2—3 нед.



Лечение

- Тепловые ванны и грелки на область почек, применяемые при колике, во время беременности **противопоказаны !!!**
- При отсутствии эффекта от лекарственной терапии производят катетеризацию мочеточника (катетер вводят выше камня).
- Выведение мочи снимает напряжение, ликвидирует колики, нормализует лимфо- и кровообращение в почечной ткани. Когда спазм мочеточника не позволяет провести катетер мимо камня, возникают показания для хирургического вмешательства.

Оперативное вмешательство

Операция показана при:

- **анурии**, вызванной закупоркой мочеточника камнем и не поддающейся лечению
- при **септическом состоянии**, обусловленном калькулезным пиелонефритом
- при **пионефрозе**
- при часто повторяющихся приступах почечной колики, **если отсутствует тенденция к самопроизвольному отхождению камней.**

Кишечная непроходимость

Кишечная непроходимость - комплекс патологических состояний, при которых нарушается проходимость кишечника.

Острая кишечная непроходимость (ОКН) относится к самым грозным хирургическим заболеваниям органов брюшной полости, составляя **9–20 %** от всех больных с острой абдоминальной патологией.



Классификация ОКН

По морфофункциональной природе различают ОКН:

- ✓ динамическую
- ✓ механическую

Динамическая непроходимость подразделяется на

- ✓ спастическую
- ✓ паралитическую

Спастическая непроходимость развивается вследствие усиления моторной функции кишечника, вызванной воздействием лекарственных препаратов.

Паралитическая непроходимость чаще всего является результатом

- общего или местного перитонита при аппендиците
- холецистите
- панкреатите
- оперативных вмешательств
- при понижении тонуса кишечника, особенно во время

Классификация ОКН

Механическая непроходимость подразделяется на:

- ✓ обтурационную
- ✓ странгуляционную
- ✓ смешанную
- ✓ сосудистую (инфаркт кишечника) формы.

Причинами обтурационной непроходимости может быть:

- опухоль кишечника
- копростаз

Для странгуляционной непроходимости характерны завороты, перегибы кишечника.

Смешанная кишечная непроходимость предполагает сочетание странгуляции и обтурации кишечника. Причинами ее могут быть инвагинация и спаечная болезнь брюшной полости.

По уровню обструкции различают:

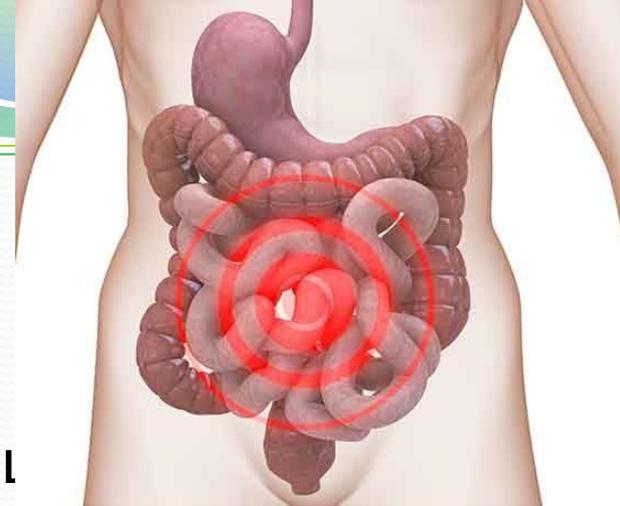
- ✓ тонкокишечную (высокую и низкую)
- ✓ толстокишечную непроходимость.

Клиника ОКН

общие симптомы :

- нормальная температура тела
- пульс около 80 ударов в минуту, хорошего наполнения
- одышка
- некоторое снижение артериального давления и диуреза
- кожа слегка гиперемирована
- язык сухой, обложен налетом

Клиника ОКН



При **динамической** непроходимости кишечника симптомы развиваются постепенно, начиная с

- задержки стула и газов
- растяжения толстой кишки, с распространением на тонкую кишку
- рвота
- перитонит

Клиника ОКН

Для **механической** ОКН характерно

- ❑ острое и внезапное начало заболевания.
- ❑ боль в животе. Является предвестником начала болезни. Боль сильная, мучительная. Больная оставляет работу, бледнеет, лицо покрывается холодным потом, иногда возникает обморок. На первом этапе развития ОКН боль в животе носит ограниченный характер, затем становится разлитой, распространяется по всему животу. Боль также может носить и приступообразный характер: сильные боли в животе чередуются со светлыми промежутками. рвота возникает почти одновременно с появлением болевого синдрома.
- ❑ рвота – в начале заболевания рвотные массы содержат пищу, в дальнейшем она становится желчной, зеленоватой, затем присоединяется «каловая» рвота, что является плохим прогностическим признаком. Может быть непрерывной при высокой непроходимости и однократной, редкой при низкой непроходимости кишечника. Часто рвота сопровождается отрыжкой и мучительной икотой.
- ❑ задержка стула и газов

Специфическая симптоматика

- асимметрию живота (**симптом Валя**)
- видимая на глаз перистальтику (**симптом Шланге**)
- при перкуссии характерным признаком является определение тимпанического звука с металлическим оттенком (**симптом Кивуля**)
- «шум падающей капли» – перемещение жидкости в сильно раздутых петлях кишечника (**симптом Спасокукоцкого-Вильмса**)
- шумы не определяются («мертвая» тишина)

Диагностика

Обзорная рентгенография брюшной полости.

Характерными проявлениями непроходимости кишечника являются:

- ✓ утолщение керкринговых складок
- ✓ расширенные чаши Клойбера
- ✓ длительное стояние бариевого контраста в желудке
- ✓ маятникообразное продвижение с локальным его депонированием,
- ✓ повисание петель кишок, заполненных барием

Диагностика



УЗИ

ультразвуковые критерии ОКН

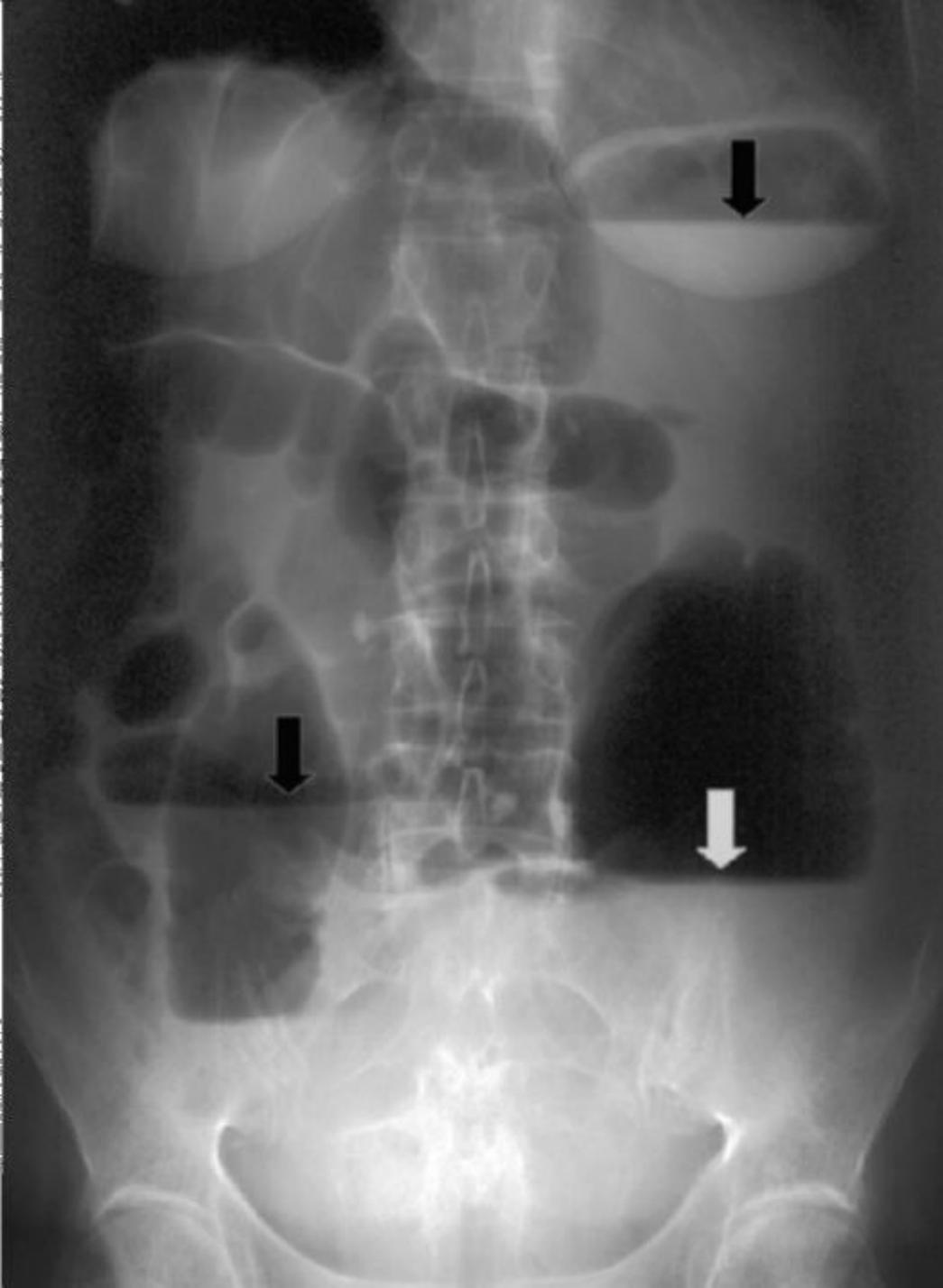
- ✓ симптома внутрипросветного депонирования жидкости с анэхогенными включениями,
- ✓ увеличение диаметра кишки свыше 2–3 см, визуализация складок и грубый рельеф слизистой
- ✓ утолщение стенки тонкой кишки более 4 мм
- ✓ маятникообразный характер перистальтических движений или
- ✓ отсутствие перистальтики кишки
- ✓ наличие выпота в брюшной полости

Диагностика

Экстренная лапароскопия.

К преимуществам лапароскопии следует отнести не только высокую точность диагностики, но и возможность проведения лечебных манипуляций с целью разрешения непроходимости эндоскопическим доступом в начальной стадии заболевания





Лечение ОКН

В довольно редких случаях при неосложненной обтурационной непроходимости врачи могут прибегнуть к консервативному лечению. Такой подход применяют на самых ранних стадиях, когда процесс деструкции стенки кишечника еще не вызвал системных эффектов. В рамках консервативного лечения применяют:

- постоянное откачивание содержимого желудка и кишечника через зонд;
- сифонные клизмы;
- колоноскопию, позволяющую иногда устранить заворот кишок или «пробить» препятствие, например, устранив камень;
- спазмолитики, устраняющие спазм кишечника.

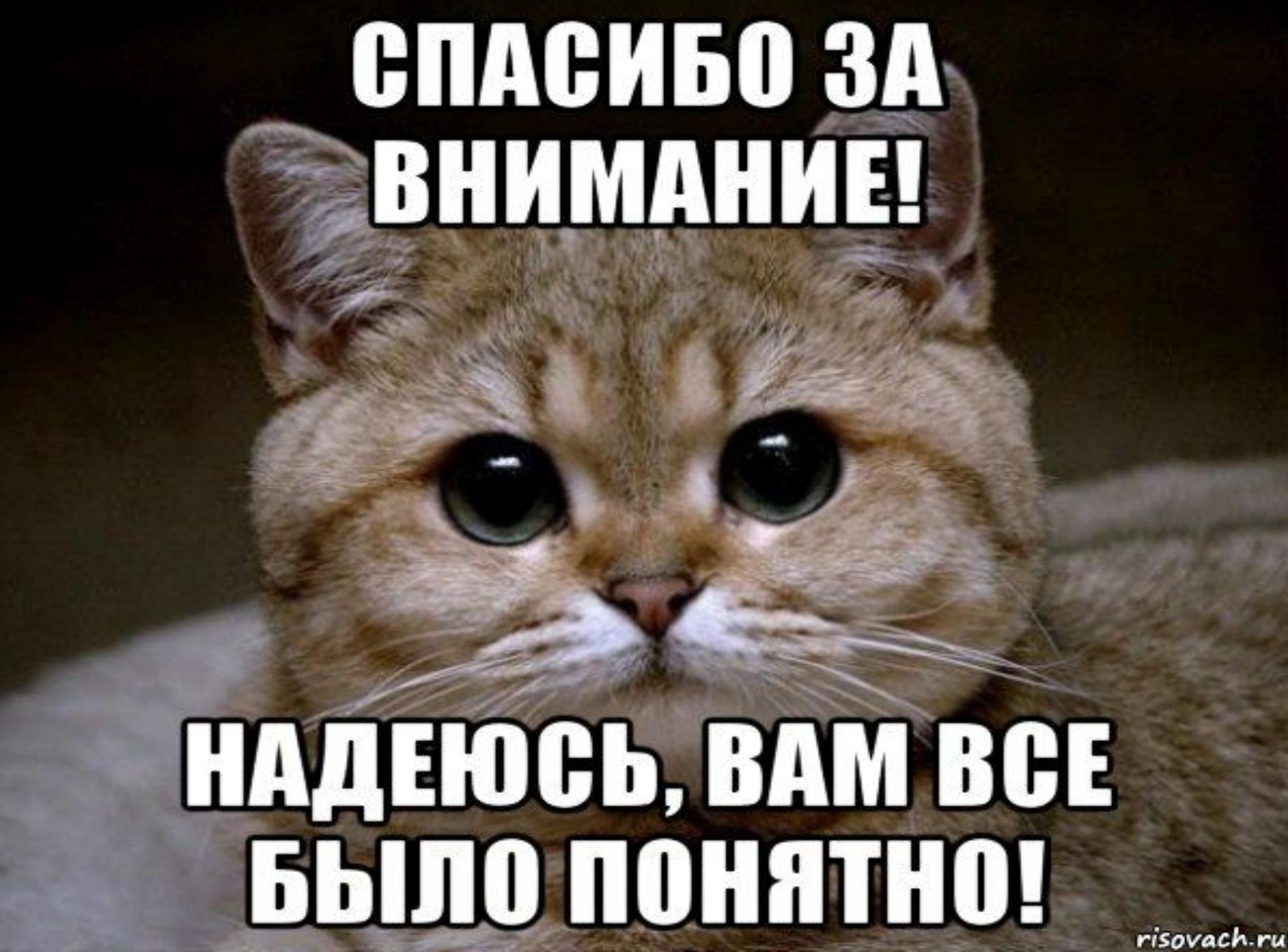
В подавляющем большинстве случаев все же приходится прибегать к оперативному лечению кишечной непроходимости. Это связано с тем, что часто начало лечения запаздывает из-за позднего обращения или затянутой транспортировки больного и запоздалой диагностики заболевания. «Золотые 6 часов», во время которых есть шанс устранить непроходимость без операции, оказываются упущенными и больной оказывается на столе хирурга.

Оперативное лечение ОКН

- ❖ выведение стомы (верхний конец кишки выводят на переднюю брюшную стенку);
- ❖ сшивание концов кишки через несколько месяцев.
- ❖ При ущемленной грыже проводится пластика грыжевых ворот и вправление петли кишечника, если она жизнеспособна или удаление ее в случае некроза.
- ❖ При завороте кишок узел расправляют и оценивают жизнеспособность кишки.
- ❖ При обтурационной непроходимости может потребоваться вскрытие кишки и удаление из нее каловых камней, безоаров и т. д.

Перед операцией больного в течение короткого времени готовят путем внутривенного вливания растворов, то же самое происходит и в отделении реанимации уже после хирургического вмешательства. Одновременно применяют и противовоспалительные препараты, средства, стимулирующие двигательную функцию кишечника, а при перитоните — антибиотики.

Шанс человека на выживание при кишечной непроходимости напрямую зависит от скорости оказания ему медицинской помощи. Люди, прооперированные в первые 6 часов после начала заболевания, практически все выздоравливают, тогда как при операции, проведенной через сутки, погибает каждый четвертый. Удручающая статистика позволяет уверенно сказать одно — не тяните время! При долгом отсутствии газов и стула, нарастании болей и вздутия живота немедленно звоните в «Скорую».



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

**НАДЕЮСЬ, ВАМ ВСЕ
БЫЛО ПОНЯТНО!**