

Острый живот в акушерстве и гинекологии



Ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов
ФГБОУ ВО ЧГМА, к.м.н., доц.
Ерофеева Л.Г.

Нормативно-правовая база

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология."
2. Клинические рекомендации МЗ РФ (протокол лечения). Внематочная (эктопическая) беременность. 2021г.
3. Приказ МЗ Забайкальского края от 2017 г. № 256. Клинический протокол оказания скорой медицинской помощи при апоплексии яичника.
4. Приказ Минздрава Забайкальского края от 10.03.2017г. №94 «О маршрутизации женщин в период беременности в Забайкальском крае».

Определение

Термин «острый живот» - группа заболеваний и травм органов брюшной полости, остро возникающих и угрожающих жизни, различных по этиологии и клиническому течению, от которых большинство больных могут быть излечены только с помощью экстренного хирургического вмешательства.

Все заболевания с картиной "острого живота" требуют немедленной госпитализации, своевременной и правильной диагностики и оказания неотложной помощи.



Актуальность



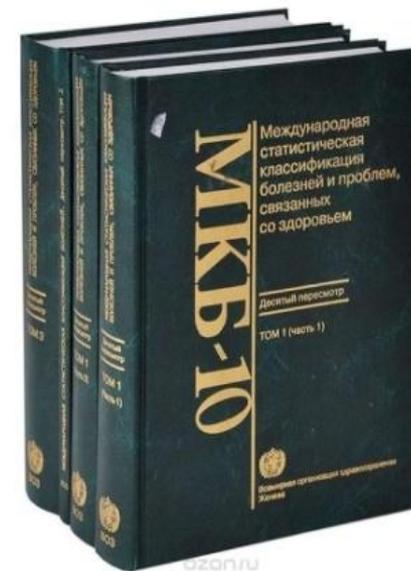
Проблема диагностики и лечения заболеваний остро возникающих и угрожающих жизни женщин, актуальна в связи с высокой частотой и увеличением их числа в последние годы.

Ведение пациенток с этими заболеваниями представляет трудности, обусловленные различной этиологией и особенностями клинического течения, экстренностью хирургического вмешательства.



Причины «острого живота» в гинекологии

- 1 группа – острые внутрибрюшные кровотечения (прервавшаяся внематочная беременность, апоплексия яичника);
- 2 группа – нарушения кровообращения в половых органах (перекрут ножки опухоли яичника, перекрут и/или некроз миоматозного узла);
- 3 группа – острые воспалительные заболевания половых органов с вовлечением брюшины.



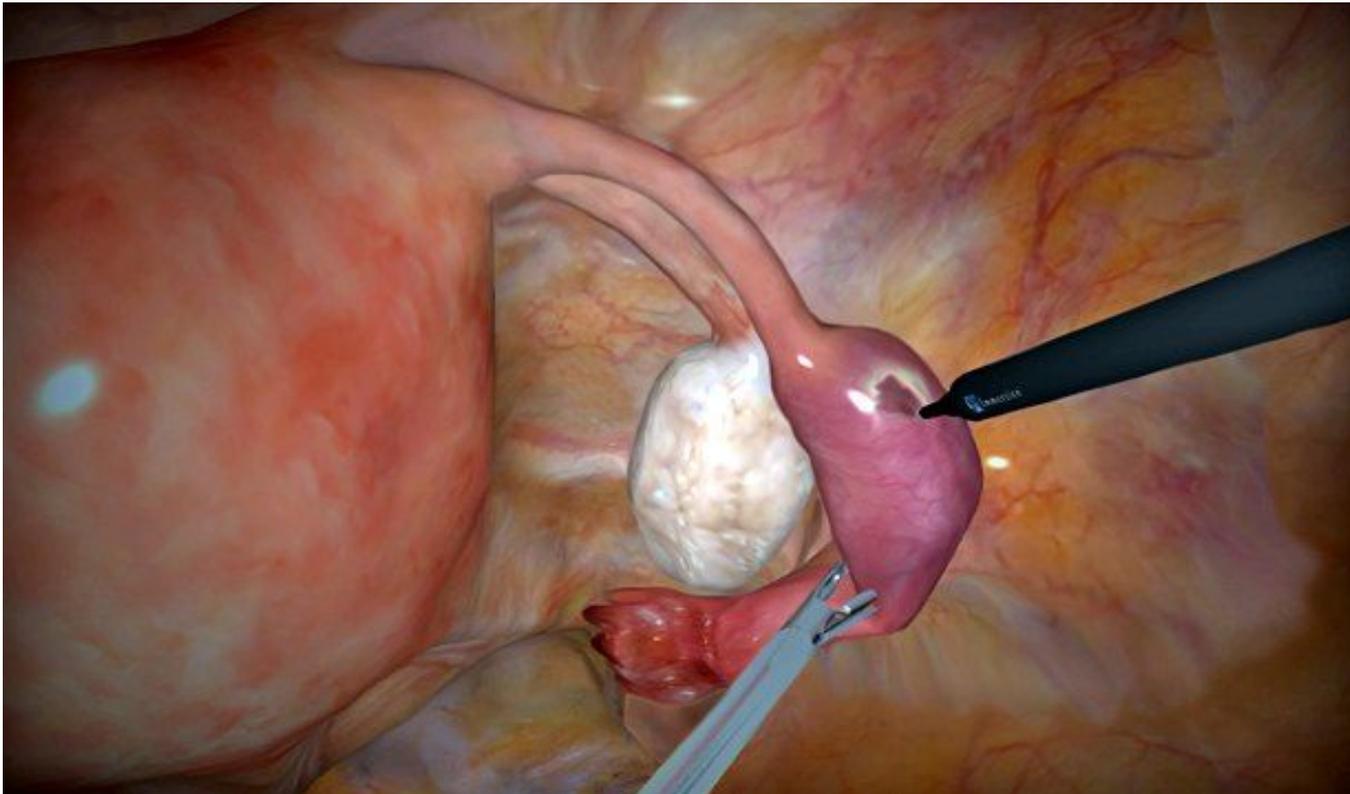
Ведущие симптомы ОЖ



- внезапность появления болей в животе;
- тошнота, рвота;
- вздутие живота, задержка газов и стула;
- защитное напряжение мышц брюшной стенки;
- болезненность всего живота или его отделов;
- положительные симптомы раздражения брюшины;
- притупление перкуторного звука в отлогих местах;
- усиленная перистальтика кишечника;
- синдром эндогенной интоксикации.

Внематочная (ВБ - эктопическая) беременность

– беременность, при которой имплантация плодного яйца произошла вне полости матки



Анатомическая классификация

- Трубная (интерстициальная, истмическая, ампулярная, фимбриальная) - 98-99%
- Яичниковая - 0,1-0,7%
- Шеечная - 0,1-0,4%
- Брюшная - 0,3-0,4%
- Гетеротопическая - 1 из 30 000 беременностей
- Беременность в рубце после кесарева сечения



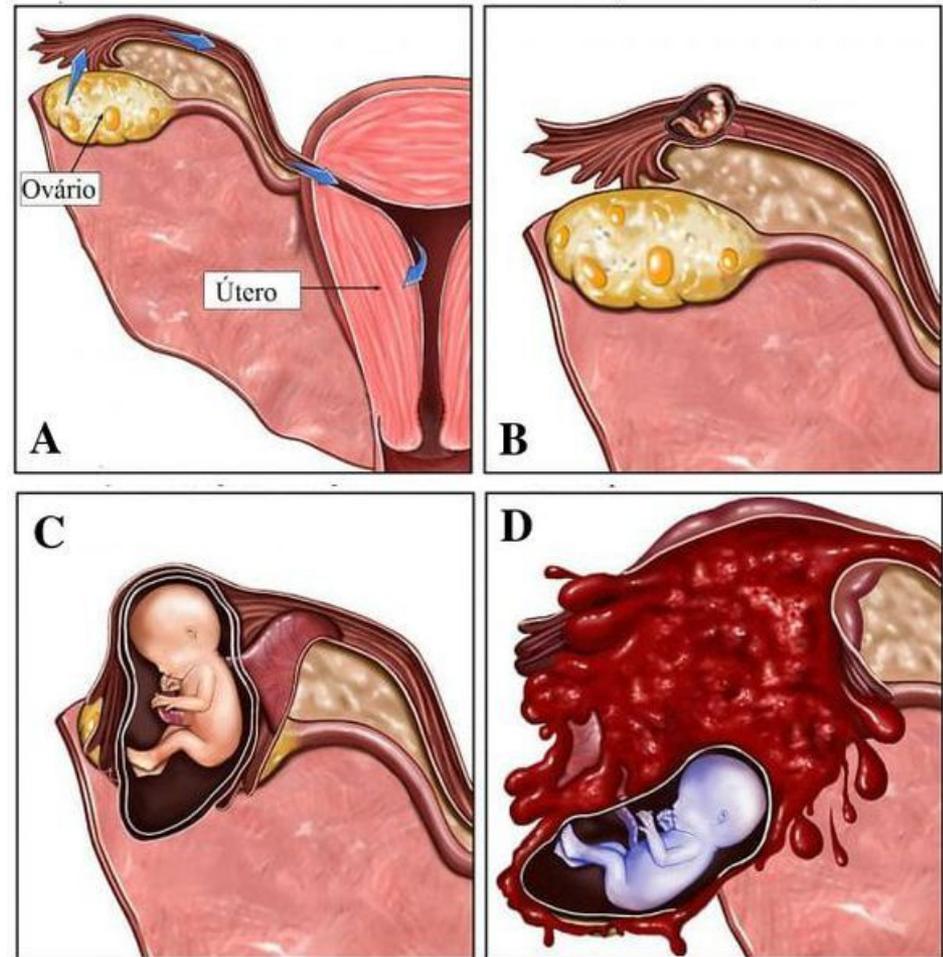
Клиническая классификация

По течению:

- Прогрессирующая
- Нарушенная

По наличию осложнений

- Осложненная
- Неосложненная

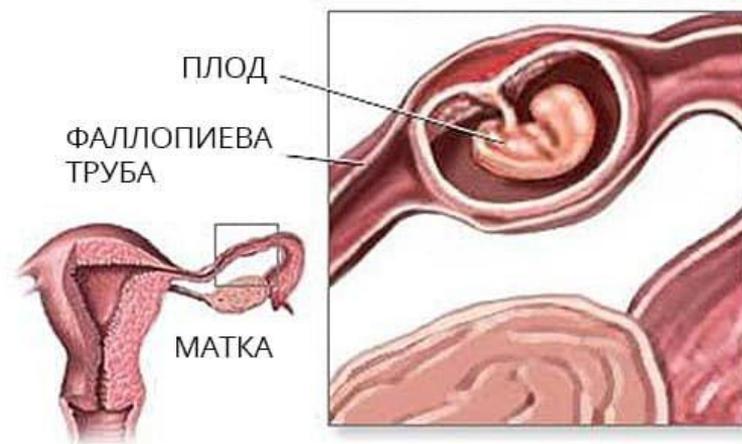


Прогрессирующая эктопическая беременность

- Нарушение м/функции (задержка), нагрубание м/желез; тошнота, вкусовые изменения.
- Тянущие односторонние боли без четкой локализации.
- Тест на беременность +, (сомнительный), уровень ХГЧ несколько ниже, чем при маточной беременности этого срока (β -ХГЧ >2000 ЕД/л.
- При УЗИ в матке беременности нет.
- При РV (только для спец/бригады СМП) – отсутствие признаков беременности.
- Размеры матки не соответствуют срокам гестации.
- В области придатков - болезненное образование тестообразной консистенции.

ВБ, прервавшаяся по типу трубного аборта

- периодически приступообразные внизу живота схваткообразного характера с иррадиацией в прямую кишку на фоне задержки менструации
- Мажущие кровянистые выделения из п/путей темно-коричневого цвета в виде «мазни».
- Периодически обморочные состояния, головокружение, тошнота
- Постепенное нарастание анемии.



ВБ, прервавшаяся по типу разрыва трубы

- острые постоянные, нарастающие интенсивные боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, крестец, ногу, ключицу, плечо, лопатку на фоне задержки менструации
- Обморочное состояние, головокружение, тошнота, рвота, потеря сознания
- Нарастание анемии, ГШ.



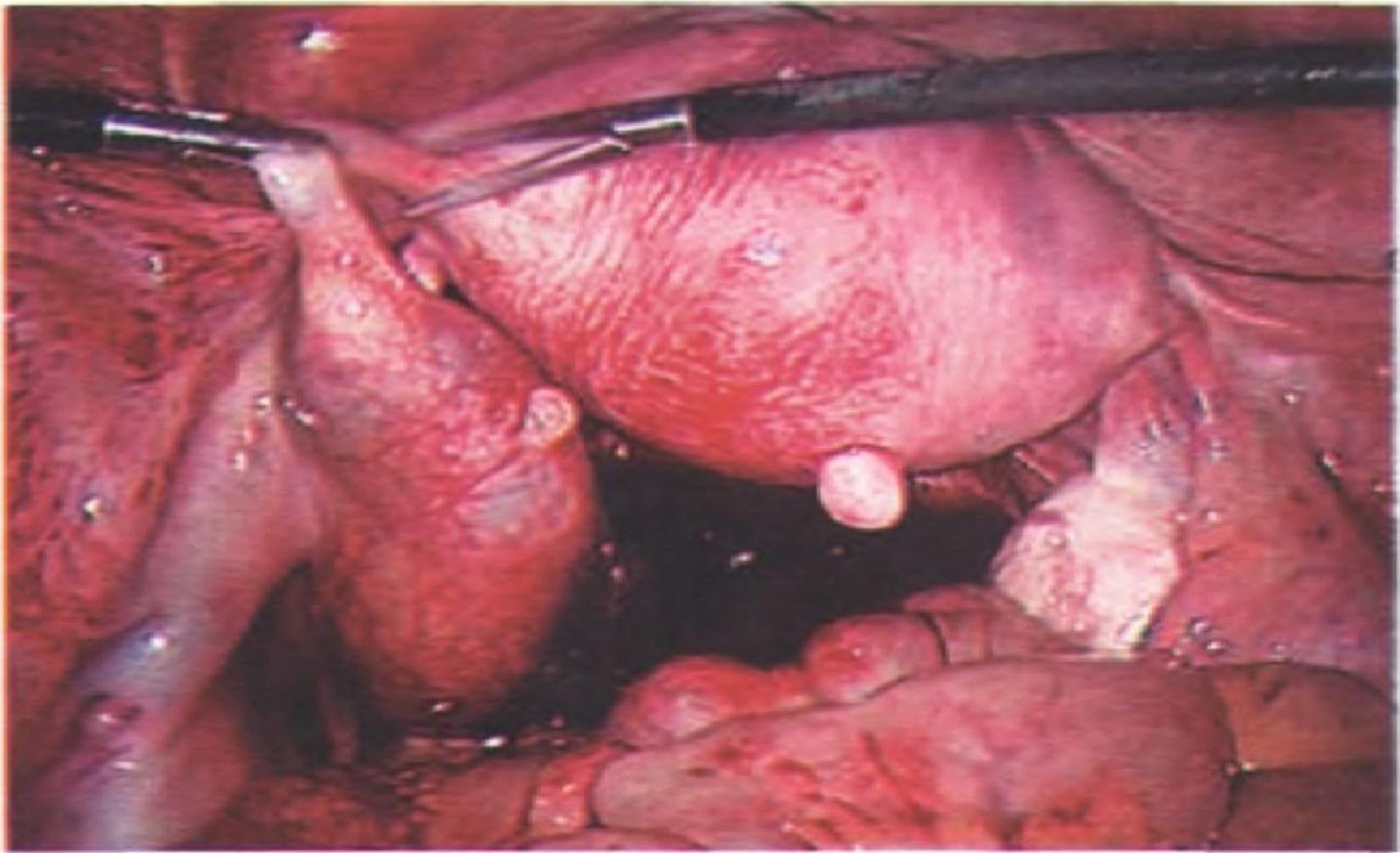


Рис. 17.1. Нарушенная внематочная беременность. Эндоскопическая картина

При объективном обследовании

- бледность кожных покровов, цианоз губ.
- одышка, тахикардия, пульс слабого наполнения.
- гипотония.
- вздутие живота, болезненность, напряжение мышц в большей или меньшей степени.
- положительные симптомы раздражения брюшины.
- притупление перкуторного звука в отлогих местах живота.
- олиго-, анурия.



При гинекологическом исследовании

- Цианоз слизистой влагалища и шейки матки.
- Болезненность влагалищного исследования при смещении ш/матки.
- Увеличение матки, несоответствие предполагаемому сроку беременности, размягчение, повышенная подвижность - «плавающая матка».
- Наличие опухолевидного образования овоидной формы в области придатков матки, тестоватой консистенции без четких контуров, ограниченного подвижного, болезненного.
- Нависание заднебокового свода влагалища, болезненность заднего свода.

Диагностика прервавшейся ВБ (до/госпитальный этап)

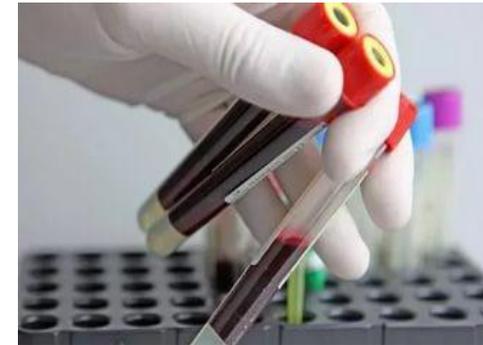
1. Клиническая картина

- боли внизу живота на фоне задержки менструации
- иррадиация боли в поясничную область, прямую кишку, внутреннюю поверхность бедра;
- мажущие кровянистые выделения;
- клиника «острого живота»

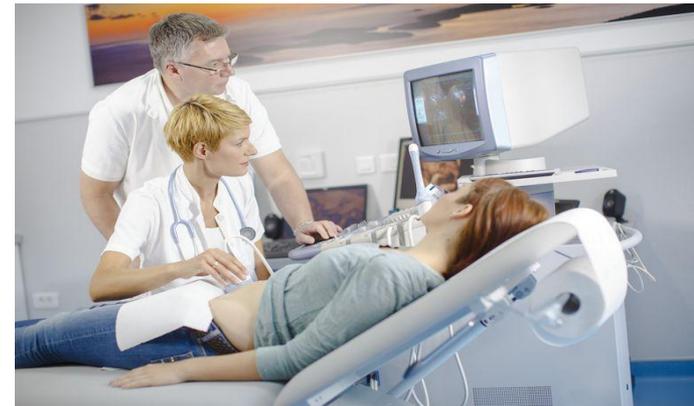


2. Определение уровня β -ХГЧ

В сыворотке крови проба (+) в 100%;
в моче (+) - в 50% случаев.

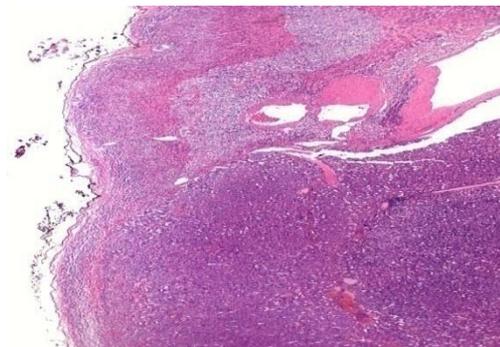


3. УЗИ органов м/таза (отсутствие плодного яйца в матке, жидкость в бр/полости



Диагностика прервавшейся ВБ (госпитальный этап)

- 4. Кульдоцентез** – пункция брюшной полости ч/з задний свод влагалища для выявления крови в бр/полости
- 5. Лапароскопия** - осмотр маточных труб и яичников при сомнении в диагнозе
- 6. Гистологическое исследование эндометрия** после выскабливания п/матки по поводу кровотечения - децидуальная ткань без ворсин хориона указывает на эктопическую беременность.



Критерии диагностики ВБ

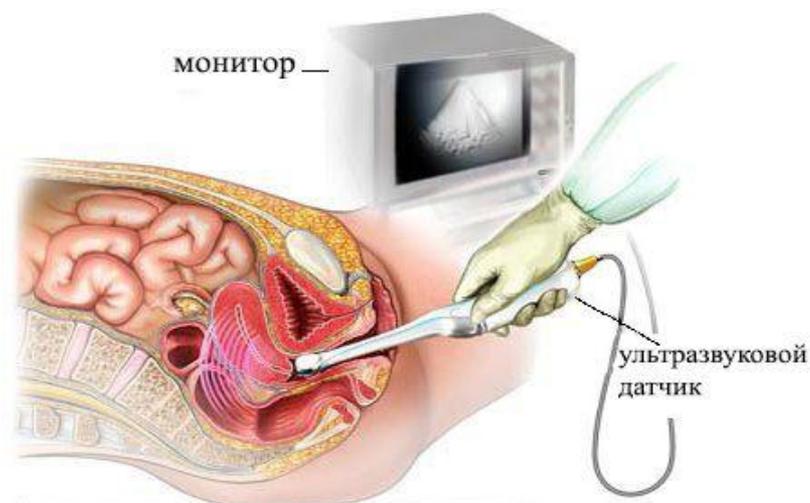
(госпитальный этап)

- При трансвагинальном УЗИ плодное яйцо в матке не визуализируется;
- Содержание б-ХГЧ в сыворотке крови 1000-2000 МЕ/л;
- Снижение или малый прирост ХГЧ в динамике через 48-72ч. в сочетании с отсутствием беременности в п/матки на УЗИ;
- Абдоминальный болевой синдром в сочетании с положительным тестом на беременность в моче.



УЗ-критерии ВБ (госпитальный этап)

- Отсутствие плодного яйца в п/матки;
- Увеличение придатков матки или скопление жидкости позади матки;
- Признаки гравидарной гиперплазии эндометрия;
- Обнаружение эктопически расположенного эмбриона - редкий диагностический признак.



УЗ - критерии диагностики шеечной ВБ (госпитальный этап)

- пустая матка;
- бочкообразная ш/матки;
- плодное яйцо ниже уровня внутреннего зева.

УЗИ - основной метод диагностики брюшной беременности.



Диагностика беременности неясной локализации (госпитальный этап)

- при отсутствии (трансвагинальном УЗИ) – признаков маточной или ВБ
- при положительном b-ХГЧ тесте (не менее 1000 МЕ/л).

Тактика: показано трансвагинальное УЗИ и контроль ХГЧ через 48-72 часа!

Должна быть высокая настороженность в отношении ВБ!



Дифференциальная диагностика ВБ (до/госпитальный этап)

- Перекрут опухоли яичника яичника;
- Острый аппендицит;
- Прерывание маточной беременности (выкидыш);
- Апоплексия яичника;
- Перитонит вследствие перфорации полого органа.



Маршрутизация при ВБ (догоспитальный этап)

1. Все пациентки с диагнозом «Подозрение на ВБ» должны быть госпитализированы бригадой скорой помощи (БСП).
2. Пациентки госпитализируются в гинекологическое отделение (г/о).
3. При симптомах геморрагического шока (ГШ) персонал стационара о поступлении больной должен быть уведомлен заранее.



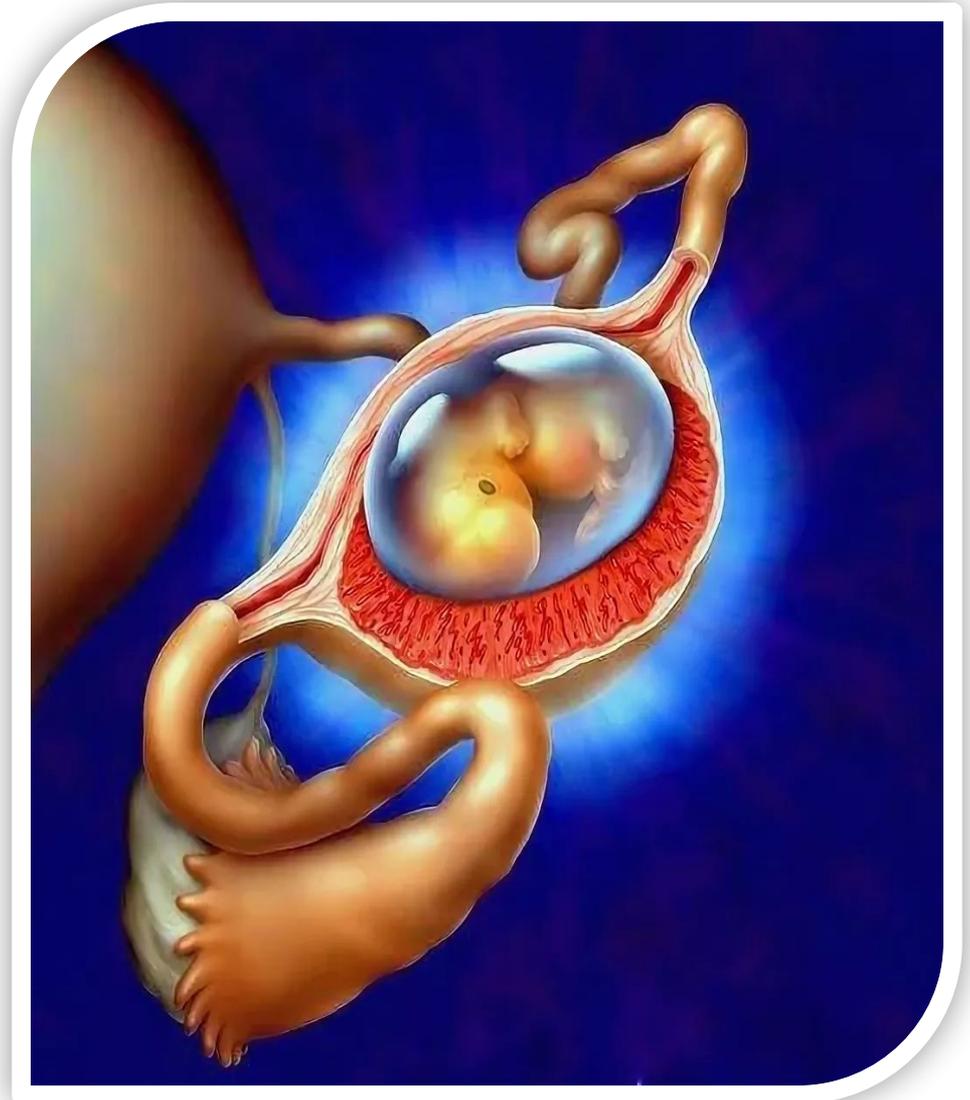
Маршрутизация при ВБ (догоспитальный этап)

4. При тяжелом состоянии больной (ГШ), госпитализация в ближайший хирургический стационар.
5. Любая форма прогрессирующей внетубарной ВБ должна быть госпитализирована в стационар 3 уровня.
6. При поступлении в стационар с ГШ пациентка должна быть госпитализирована в оперблок.



Маршрутизация при ВБ

- При прогрессирующей ВБ терапии на догоспитальном этапе не требуется.
- Медицинская эвакуация сидя.
- Контроль АД в процессе медицинской эвакуации.



Маршрутизация при ВБ (догоспитальный этап)

7. При подозрении на ВБ шейечной локализации осмотр в зеркалах проводится в условиях развернутой операционной.

На доклиническом этапе и в приемном отделении гинекологическое исследование не проводится.

8. При поступлении в стационар алгоритм обследования в экстренном порядке, согласно приказа МЗ РФ №1130 от 2020г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология» и КР МЗ РФ.



Алгоритм действий при нарушенной ВБ

- На догоспитальном этапе у пациентки с кровотечением вследствие прервавшейся ВБ, основное мероприятие – медицинская эвакуация в ближайшее ЛПУ для оперативного лечения.
- При развитии ГШ следует заранее оповестить стационар, куда эвакуируется больная, согласовав возможность оказания экстренной хирургической помощи.



Алгоритм действий при нарушенной ВБ

1. Оценить тяжесть состояния, наличие жизнеопасных симптомов: собрать анамнез, осмотреть пациентку. Оценить кровопотерю (ЧДД, АД, ШИ, пульс, диурез).

Определить вероятную причину заболевания и тяжесть состояния.

2. Катетеризация периферической вены и инфузия кристаллоидов 500-1000 мл.

При острой кровопотере и гиповолемии вводят препараты ГЭК в дозе не более 30 мл/кг.

Введение ГЭК также показано при агональном состоянии на фоне острой массивной кровопотери.



Алгоритм действий при нарушенной ВБ

(продолжение)

3. При исходном АД <90 мм рт. ст. не следует повышать АД выше 100 мм рт. ст. до остановки кровотечения.
4. При тяжелом ГШ и безэффективности инфузии (нет подъема АД) используют минимальные дозы вазопрессоров (эпинефрин-норадреналин 0,1-0,3мкг/кг/мин).
5. Гемостатическая терапия – введение в/в 1г транексамовой кислоты при подозрении или диагностике массивной кровопотери и ГШ.
6. Обеспечить ингаляцию кислорода или ИВЛ по показаниям.

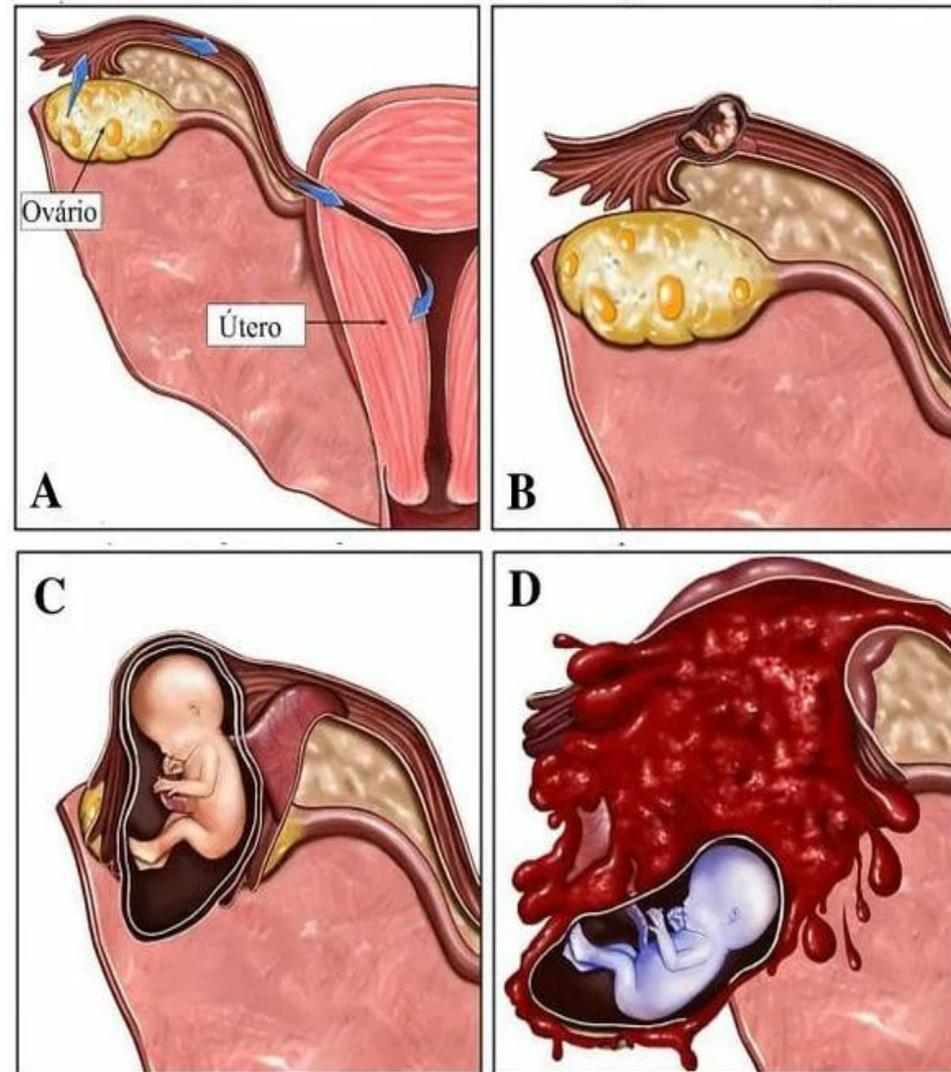


Алгоритм действий при нарушенной ВБ

7) Необходимо обеспечить ингаляцию кислорода, при декомпенсированной дыхательной недостаточности – ИВЛ.

8) При нарушенной шейной беременности с обильным кровотечением брюшную аорту придавить кулаком к позвоночнику слева от пупка.

9) Медицинская эвакуация в стационар осуществляется на каталке.



Что нельзя делать

- Медицинская эвакуация пациенток с продолжающимся кровотечением (или подозрением на него) из одного стационара в другой противопоказана.
- Нельзя вводить преднизолон.
- При подозрении на шеечную беременность - не проводить влагалищное и ректальное исследование на догоспитальном этапе.



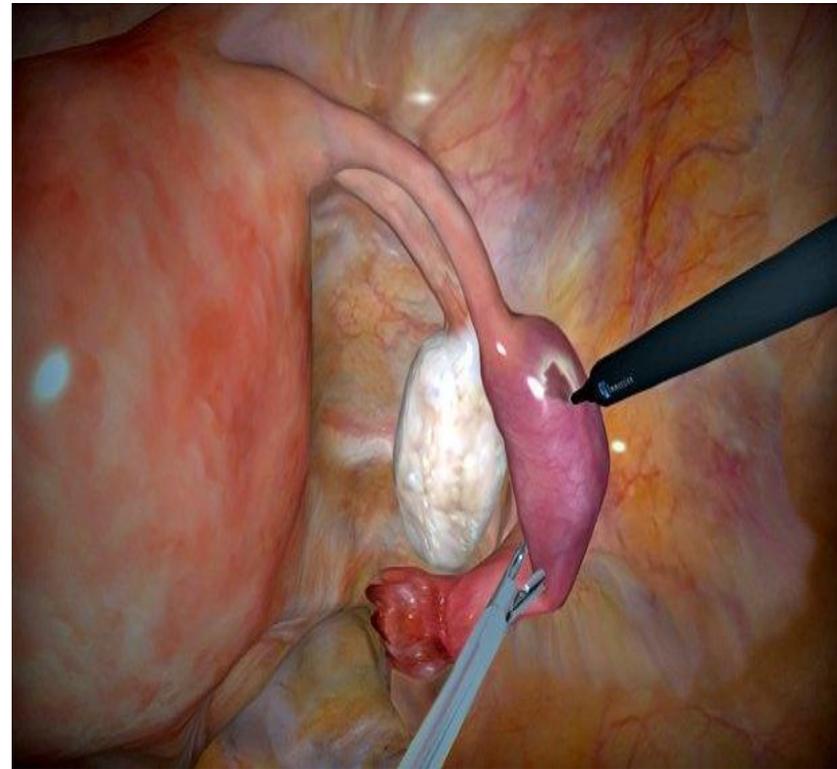
Лечение при ВБ

- **1 этап** – операция, при необходимости параллельно проводят борьбу с шоком;
- **2 этап** – ведение послеоперационного периода;
- **3 этап** – реабилитация репродуктивной функции.



1 этап лечения при ВБ

- определение группы крови и резус-принадлежности, гемоглобина, гемматокрита, коагулограммы.
- пункция 2-х периферических вен.
- борьба с геморрагическим шоком - переливание кровезаменителей, СЗП, эр. массы;
- экстренное оперативное вмешательство: лапаротомия (лапароскопия), удаление маточной трубы, дренирование.
- обезболивание – ЭТН;



2 и 3 этапы лечения при ВБ

2 этап: ведение послеоперационного периода:

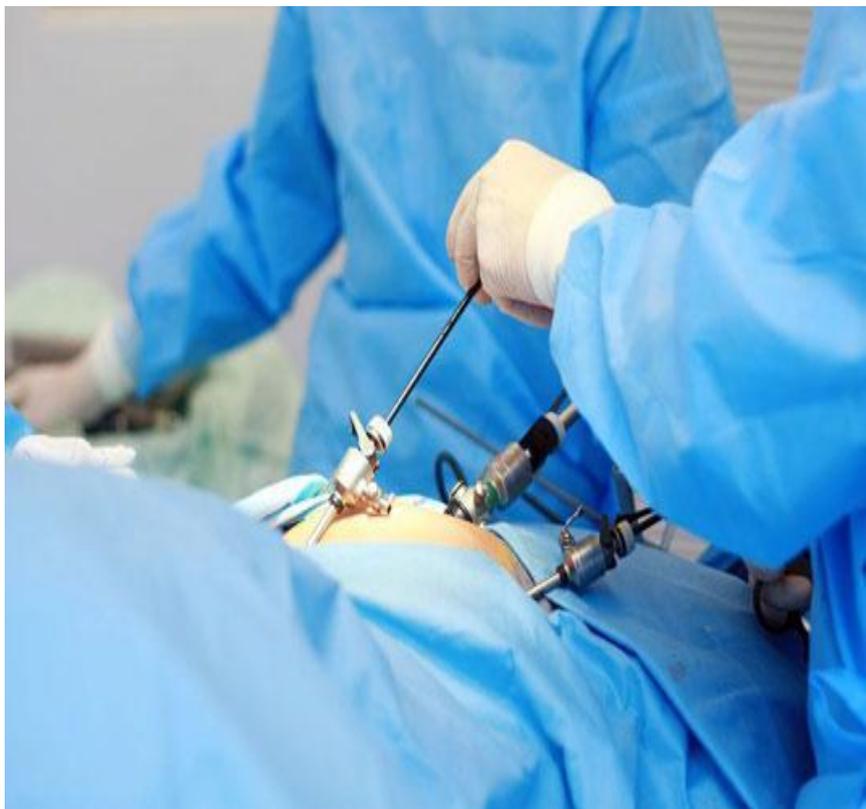
- продолжить инфузионную терапию в течение 2-4-х дней;
- ЛФК, дыхательная гимнастика;
- антибактериальная терапия;
- обезболивание в течение первых трёх дней.

3 этап: реабилитация репродуктивной функции – ч/з 1 месяц после операции:

- физиолечение;
- ферменты, гормональная контрацепция;
- санаторно-курортное лечение;

Повторные курсы реабилитации проводят через 3, 6, 12 месяцев после операции.

Лечение ВБ (госпитальный этап)



1. Хирургическое лечение ВБ - основной метод
- Радикальное (с удалением плодного яйца вместе с плодовместилищем)
 - Органосохраняющее (удаление плодного яйца с оставлением плодовместилища).

Лечение ВБ (госпитальный этап)



2. Консервативное – медикаментозная терапия метотрексатом (в г/стационаре 3 уровня после решения этического комитета и согласия пациентки).

3. Выжидательная тактика - при низком уровне ХГЧ менее 200 МЕ/л и отсутствии его прироста (3 уровень).
В некоторых случаях низкого уровня ХГЧ эктопическая беременность регрессирует спонтанно.

Хирургическое лечение трубной ВБ (госпитальный этап)

Объём операции:

- Сальпинготомия
- Сальпингэктомия

При наличии ГШ - лапаротомия для быстрой остановки кровотечения.

При стабильной гемодинамике лапароскопический доступ.



Хирургическое лечение внематочной ВБ (госпитальный этап)

1. При яичниковой беременности - резекция яичника, овариоэктомия, аднексэктомия.
2. При беременности в интерстициальном отделе матки или в рудиментарном роге – клиновидная резекция угла матки /удаление рудиментарного рога.
3. При обширном повреждении матки-экстирпация матки; резекция органа брюшной полости.



Интенсивная терапия

1. При ГШ и массивной кровопотере – инфузионная терапия в объёме 30-40 мл/кг с максимальной скоростью.
2. Кристаллоиды используются в сочетании с компонентами крови либо в объёме, в 3-4 раза превышающим объём синтетических коллоидов плюс компоненты крови.
3. При объёме кровопотери до 1500 мл и остановленном кровотоке инфузионная терапия - в ограниченном режиме (не > 200% от кровопотери).

АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА

Внезапное кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость при разрыве сосудов кисты яичника (фолликулярной или желтого тела).



Диагностика клинических форм АЯ (до/ госпитальный этап)



Клинические формы АЯ:

- Болевая (псевдоаппендикулярная), не сопровождается внутрибрюшным кровотечением; а болевым синдромом, тошнотой, повышением t до 38° ;
- анемическая, ведущий симптом — внутреннее кровотечение, отсутствие выраженной боли;
- смешанная, характеризуется сочетанием признаков первых двух форм.

Диагностика АЯ по степени тяжести (до/госпитальный этап)

- лёгкая степень (кровопотеря 100–150 мл)
- средняя (кровопотеря 150–500 мл);
- тяжёлая (кровопотеря более 500 мл).

Эта классификация ориентирует врача при выборе тактики ведения пациенток с апоплексией яичника.



Диагностика АЯ (до/госпитальный этап)



1. Клиника

- Односторонние боли в нижних отделах живота;
- Острое начало болей;
- Середина или вторая фаза м/цикла;
- Связь болей с физическим напряжением, половым контактом, травмой.

При кровопотере более 150 мл клиника обусловлена гемоперитонеумом (средняя и тяжелая ст. АЯ).



Диагностика АЯ (госпитальный этап)

2. Признаки кровопотери – бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония (при дефиците ОЦК $> 15\%$);
 - Вздутие живота, болезненность, симптомы раздражения брюшины; снижение боли в сидячем положении (симптом «ваньки-встаньки»); френикус-симптом, симптом Куленкамппфа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки); притупление перкуторного звука в отлогих частях живота;
3. При г/исследовании – резко болезненный увеличенный яичник, уплощение, нависание, болезненность сводов.

Мероприятия догоспитального этапа при АЯ

При болевой форме АЯ без признаков внутрибрюшного кровотечения:

- Гемостатики – транексамовая кислота 1г в/в.
- Медицинская эвакуация– сидя или лежа.
- Контроль АД, ЧСС в процессе эвакуации.



Мероприятия догоспитального этапа при анемической форме АЯ

1. При кровотечении - медицинская эвакуация в ближайший гинекологический стационар для оперативного лечения.
2. Эвакуация в стационар осуществляется на каталке.
3. При ГШ своевременно оповестить стационар для подготовки к хирургическому лечению и проведению интенсивной терапии.



Мероприятия догоспитального этапа при анемической форме АЯ

Необходимо:

1. Оценить тяжесть состояния, собрать анамнез, осмотреть пациентку.
Оценить тяжесть кровопотери: сознание, цвет кожи, t, ЧДД, АД, ЧСС, диурез.
2. Катетеризация периферической вены и инфузионная терапия: кристаллоиды 500-1000 мл.
3. При гиповолемии на фоне острой кровопотери, вводят препараты ГЭК в дозе не более 30 мл/кг.



ГЭК

Мероприятия догоспитального этапа при АЯ

4. Не повышать АД выше 100 мм рт. ст. до х/остановки кровотечения (усиление вн/брюшного кровотечения).
5. При ГШ и безэффективности инфузионной терапии (нет подъема АД) допустимо использование вазопрессоров (эпинефрин-норадреналин 0,1-0,3мкг/кг/мин).
6. Гемостатическая терапия: введение в/в 1 г транексамовой кислоты при подозрении массивной кровопотери и ГШ.
7. Обеспечить ингаляцию кислорода, при декомпенсированной дыхательной недостаточности – ИВЛ.

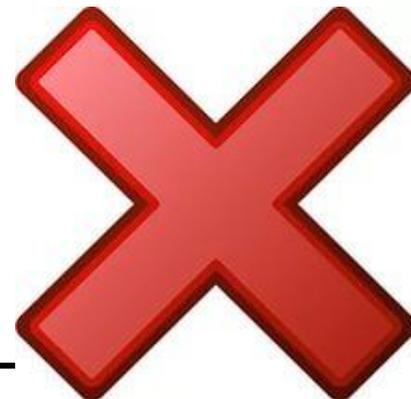


Мероприятия догоспитального этапа при АЯ анемической форме

- Транспортировка выполняется врачом в сопровождении среднего медицинского персонала;
- обязательное заполнение документации, с динамикой состояния больного во время транспортировки, проводимой терапией.
- Передать пациентку врачу стационара.



Что нельзя делать



- Не вводить анальгетики и спазмолитики догоспитальном этапе (затруднят дифференциальную диагностику в стационаре).
- Не повышать сист. АД >100 мм рт. ст.



Диагностика АЯ (госпитальный этап)

1. УЗИ (жидкость в позадиматочном пространстве в различном количестве)
2. Кульдоцентез + (при болевой форме заболевания результат пункции -)
3. Лабораторное исследование (анемия, лейкоцитоз)
4. Лапароскопия



Лечение АЯ (госпитальный этап)

При анемической форме - хирургическое лечение.

- **Операцию проводят лапароскопическим или лапаротомным доступом.**
- **При лапароскопии - органосохраняющие операции: гемостаз (коагуляция или ушивание яичника), эвакуация и удаление сгустков крови, реже резекция яичника.**



Перекрут ножки опухоли яичника (придатков матки)

- патология, сопровождающаяся нарушением кровоснабжения яичника.



Диагностика перекрута ножки опухоли яичника (до/госпитальный этап)

- характерные жалобы больной (клиника «острого живота»);
- данные анамнеза;
- результаты объективного обследования;
- г/исследование – наличие малоподвижной, болезненной опухоли в области придатков);
- УЗИ органов м/т (увеличение яичника, иногда наличие жидкости в бр/полости);
 - консультация хирурга (исключение хирургической патологии);
 - диагностическая лапароскопия.



Мероприятия догоспитального этапа

1. Медицинская эвакуация в ближайший гинекологический стационар ЛПУ для оперативного лечения.



2. Нельзя вводить анальгетики и спазмолитики на догоспитальном этапе (трудности диф/диагностики в стационаре).



Лечение перекрута ОЯ (госпитальный этап)

- хирургическое

- выполнение органосохраняющей операции в стационаре 3 уровня - деторсия яичника (раскручивание ножки).
- Ч/з 10–20 мин. оценка цвета (нормализация цвета мезовария - восстановление кровоснабжения в м/трубе и яичнике), выполнение органосохраняющей операции.
- В другом случае – аднексэктомия.
- При подозрении на малигнизацию опухоли – интраоперационная экспресс - биопсия опухоли, контрлатерального яичника, цитология мазков с решением вопроса о расширении объёма операции.



Пельвиоперитонит

- воспаление брюшины м/таза — вторичный воспалительный процесс, осложнение острого сальпингоофорита или гнойного воспаления матки и придатков.



Диагностика ВЗОМТ (до/госпитальный этап)

Минимальные критерии для постановки DS: ВЗОМТ

- лихорадка (температура тела выше 38°C), ознобы;
- нарушение менструальной функции;
- боли внизу живота;
- наличие патологических выделений из п/ путей (бели);
- болезненность при пальпации нижней части живота;
- перитонеальная симптоматика (пельвиоперитонит, перитонит).

При перитонеальной симптоматике необходимо оценить наличие/отсутствие признаков сепсиса.



Диагностика ВЗОМТ (до/госпитальный этап)

- Характерные проявления заболевания и данные клинико-лабораторных исследований.
- УЗИ органов малого таза (свободная жидкость в м/т);
- кульдоцентез (серозно-фибринозный/ гнойный экссудат);
- бактериологическое исследование пунктата;
- диагностическая и лечебная лапароскопия;
- бактериологическое исследование перитонеальной жидкости.



Мероприятия догоспитального этапа при ВЗОМТ

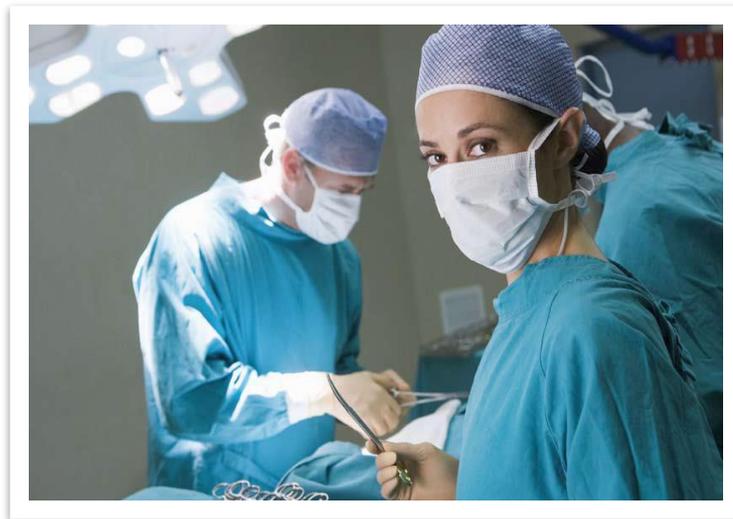
- Госпитализация пациентки в гинекологический стационар.
- При распространенной и генерализованной формах воспаления - госпитализация в многопрофильный стационар 3 уровня (по возможности).
- При признаках шока заранее оповестить стационар об эвакуации больной.
- При локальных и распространенных формах без признаков сепсиса и СШ терапия на догоспитальном этапе не требуется.



Что нельзя делать



- На догоспитальном этапе не вводить антибиотики.
- Не поить, не кормить пациентку (возможность оперативного лечения).



Лечение ВЗОМТ – пельвиоперитонита (госпитальный этап)

1. Консервативное (а/б, инфузионная терапия) – предоперационная подготовка.
2. Хирургическое – лечебно-диагностическая лапароскопия /лапаротомия в объёме удаления гнойного очага инфекции, санации и дренирования брюшной полости.



Острый живот в акушерстве



Ведущие симптомы «острого живота» у беременных



- Симптомы типичны в ранние сроки и стертые в поздние сроки и в родах;
- боли, тошнота и рвота;
- местное или общее вздутие живота;
- болезненность всего живота или его отделов;
- напряжение мышц брюшной стенки;
- симптомы раздражения брюшины;
- притупление перкуторного звука в отлогах местах;
- усиленная перистальтика кишечника;
- синдром эндогенной интоксикации



При запущенности процесса черты заболевания стираются, преобладают симптомы перитонита, интоксикации, присоединяются с-мы угрозы прерывания беременности, дистресса плода.

Диагностика ОА у беременных (до/ госпитальный этап)



1. Клиническая картина

- внезапность заболевания;
- боли в эпигастрии, затем смещение - в правую подвздошную область;
- многократная рвота;
- повышение t ;
- учащение пульса выше 100 уд/мин;
- болезненность в правой подвздошной области;
- присоединение симптомов защитного напряжения мышц, раздражения брюшины и другие аппендикулярные симптомы.

Классическая картина ОА при беременности свидетельствует о запущенности процесса.



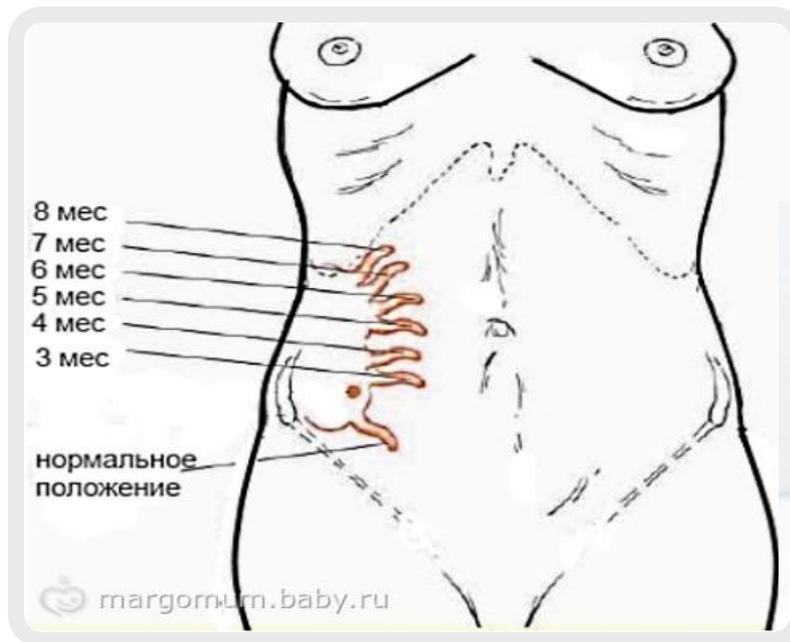
Особенности клиники ОА у беременных (до/госпитальный этап)

1. Локализация болей - от правой подвздошной области до правого подреберья за счет смещения слепой кишки и отростка маткой.
2. Отсутствие защитного напряжения мышц брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины /из-за растяжения брюшной стенки/.
3. При атипичной локализации аппендикса (ретроцекальной) или при перемещении его за матку симптомы появляются поздно, при генерализации инфекции в брюшной полости.



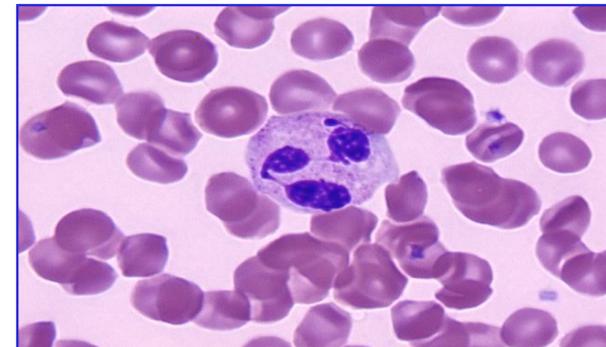
Особенности клиники ОА у беременных (до/госпитальный этап)

4. Быстрее и легче развивается перитонит за счет изменения реактивности организма и ухудшения условий для отграничения процесса.
5. Рано и быстро развиваются общие симптомы: учащение рвоты, вздутие живота, повышение t , одышка, учащение дыхания и пульса, лейкоцитоз.
6. Появление гипертонуса матки.



Дифференциально-диагностические критерии ОА у беременных (госпитальный этап)

- 1) боли - при смещении матки в любую сторону, движении правого бедра, при пальпации ч/з своды;
- 2) многократная рвота;
- 3) сдвиг нейтрофилов (влево) на фоне нормального или умеренного повышения лейкоцитов;



Дифференциально-диагностические критерии ОА (госпитальный этап)

- 4) вторичность появления схваток, отсутствие динамики со стороны ш/матки при длительных болях;
- 5) нарастание лейкоцитоза в динамике на фоне нормальной температуры;
- 6) отсутствие изменений при исследовании МВС (анализы мочи, УЗИ почек и др);



Мероприятия догоспитального этапа при ОА беременных

1. Врач решает вопрос о месте госпитализации беременной.
2. Принимает меры по немедленной госпитализации в хирургический стационар или в отделение анестезиологии и реанимации.
3. В отделении консилиумом решается вопрос о возможности лечения либо о необходимости перевода.
4. Беременные групп высокого и среднего риска при транспортабельности направляются в стационар высокой степени риска.
При состоянии, угрожающем жизни беременной, осуществляется вызов специалистов.



Акушерская тактика при ОА (госпитальный этап)

При ОА у беременных – оперативное лечение.

- Техника - типична с дренированием брюшной полости.

При развитии перитонита правило:
максимальная активность в отношении перитонита, максимальный консерватизм по отношению к беременности.

- Кесарево сечение в условиях перитонита является показанием для удаления матки.



Мир сотворяется заново
каждый раз, когда в него приходит ребенок.



Острая непроходимость кишечника беременных (ОНК) (до/госпитальный этап)

- ОНК – патологическое состояние вследствие нарушения пассажа кишечника.
- Особенностью ОНК у беременных является
 - сочетание с выраженным парезом;
 - расширением мочеточников;
 - с последующим развитием пиелонефрита.



Диагностика ОНК беременных

(до- /госпитальный этап)

1. Клиника: Начальный период ОНК длится 12 часов:

- внезапные резкие боли в животе;
- рвота;
- задержка газов и стула;
- кишечные шумы.



Вторая фаза заболевания - 12-36 часов, преобладают гемодинамические нарушения:

- боли постоянного характера;
- частая обильная рвота;
- выраженное вздутие кишечника;
- Р-ки – горизонтальные уровни в кишечнике;
- симптомы нарушения функции паренхиматозных органов (полиорганная недостаточность).

Диагностика кишечной непроходимости

(до- /госпитальный этап)

2. Данные анамнеза (перенесенные операции, ранения, воспалительные процессы).
3. На ранних сроках беременности - асимметрия живота, пальпация вздутых петель кишечника, "шума плеска", данных R-го исследования.
4. При поздних сроках беременности из-за изменения топографии органов визуальные симптомы стерты, боли без четкой локализации, что затрудняет диагностику ОНК.



Характерные симптомы - многократная рвота, тахикардия, снижение АД.

Мероприятия догоспитального этапа при ОНК беременных



1. Врач решает вопрос о месте госпитализации;
2. Принимает меры по немедленной госпитализации в хирургический стационар или в отделение анестезиологии и реанимации.
3. В отделении консилиумом решается вопрос о возможности лечения /о необходимости перевода.
4. Беременные групп высокого и среднего риска при транспортабельности направляются в стационар высокой степени риска.
5. При состоянии, угрожающем жизни беременной, вызываются специалисты.

Лечение кишечной непроходимости беременных (госпитальный этап)

При механической КН - хирургическое лечение;
при динамической КН - консервативное лечение.

В целях диф/диагностики в первые часы - консервативная терапия, которая при механической непроходимости в ряде случаев даёт лечебный эффект:

- введение 0,1% 1,0 атропина сульфата п/к;
- ч/з 40-60 мин - сифонная клизма;
- эвакуация желудочного содержимого;
- инфузионная терапия.

Безэффективность консервативных мер в течение 1,5-2 час - показание для операции.



Лечение ОНК беременных

(продолжение - госпитальный этап)

- При установлении диагноза ОНК в 1 половине беременности показано прерывание её.
- При явлениях перитонита у беременных с ОНК показано экстренное оперативное лечение.
Техника операции при ОНК типична, как у небеременных женщин.
- Одновременной операции на матке следует избегать при отсутствии показаний (>12 недель или по акушерским показаниям).
- При вынужденном к.с. в условиях перитонита показано удаление матки.



Нельзя делать при ОНК

- Применять средства беременным стимулирующие перистальтику кишечника.
- Проводить сохраняющую терапию.



Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у беременных

Перфорация чаще встречается при язве двенадцатиперстной кишки.



Диагностика при перфорации ЯЖ/ЯДК у беременных (до- /госпитальный этап)

- Клиника стертая:
 - основные симптомы: боли и кровотечение.
- R-ое исследование (газ под диафрагмой или в правой половине живота).
- Лабораторные данные: ОАК - анемия средней и тяжелой ст.
- Результаты гастродуоденоскопии.



Мероприятия догоспитального этапа **при перфорации ЯЖ/ЯДК**

1. При развитии перфорации ЯЖ/ДК врач решает вопрос о месте госпитализации;
2. Принимает меры по немедленной госпитализации в хирургический стационар или в отделение анестезиологии и реанимации.
3. В отделении консилиумом решается вопрос о возможности лечения /о необходимости перевода.
4. Беременные групп высокого и среднего риска при транспортабельности направляются в стационар высокой степени риска (многопроф. стац).
5. При угрозе жизни беременной, осуществляется вызов специалистов.

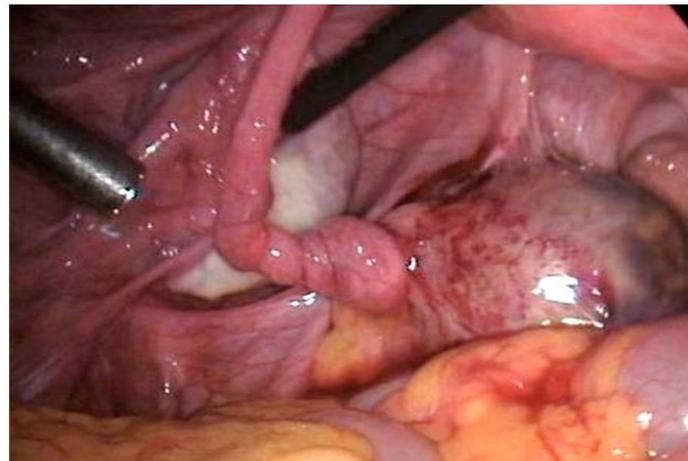
Лечение при перфорации ЯЖ/ДК у беременных (госпитальный этап)

- Экстренная лапаротомия, ушивание перфорационного отверстия / резекция желудка.



Перекрут ножки опухоли яичника у беременных

Возникает чаще - у многорожавших с дряблой брюшной стенкой, после 14 недель беременности (когда матка оттесняет опухоль в брюшную полость).



Диагностика перекрута ножки опухоли яичника у беременных (до-/госпитальный этап)

- Клиника – при полном перекруте яркая: острые боли, тошнота, рвота, коллапс, бледные кожные покровы, холодный пот, напряжение мышц передней брюшной стенки.
- При частичном перекруте ножки – клиническая картина менее выраженная.
- Данные анамнеза.
- Бимануальное исследование (при ранних сроках).
- УЗИ и УЗДГ.



Мероприятия догоспитального этапа при перекруте ОЯ



1. При развитии перекрута ОЯ врач решает вопрос о месте госпитализации;
2. Принимает меры по немедленной госпитализации в хирургический стационар или в отделение анестезиологии и реанимации.
3. В отделении консилиумом решается вопрос о возможности лечения /о необходимости перевода.
4. Беременные групп высокого и среднего риска при транспортабельности направляются в стационар высокой степени риска.
5. При состоянии, угрожающем жизни беременной, вызываются специалисты.

Лечение при перекруте ножки опухоли яичника у беременных (госпитальный этап)

- Экстренное оперативное вмешательство, удаление опухоли.
- Пролонгирование беременности.
- Техника типична.
- Вопрос о кесаревом сечении не возникает.



Нарушение кровоснабжения миоматозного узла



Нарушение кровоснабжения узла миомы матки встречается чаще:

- **у первобеременных;**
- **старше 30 лет;**
- **в послеродовом периоде.**

Диагностика нарушения кровоснабжения миоматозного узла у беременных (до- / госпитальный этап)

- Клиника нарушения кровоснабжения узла зависит от степени нарушения.
При перекруте ножки подбрюшинного (субсерозного) миоматозного узла - симптомы острого живота.
При нарушении питания интерстициального узла - клиника стертая.
- Анамнез
- PV - увеличенная и болезненная матка.
- Результаты лабораторных данных (лейкоцитоз, СОЭ).
- УЗИ м/таза с доплерографией;
- лапароскопия.



Мероприятия догоспитального этапа при нарушении кровоснабжения УММ



1. Врач решает вопрос о месте госпитализации;
2. Принимает меры по госпитализации в стационар по профилю заболевания (г/о либо х/о) или в отделение анестезиологии и реанимации.
3. В отделении консилиумом решается вопрос о возможности лечения либо о необходимости перевода.
4. Беременные групп высокого и среднего риска при транспортабельности направляются в стационар высокой степени риска.
5. При угрозе жизни беременной проводится вызов специалистов.



Лечение нарушения кровоснабжения в миоматозном узле (госпитальный этап)



- максимально возможный консерватизм;
- стремление отложить хир/лечение до срока жизнеспособности плода.
- При показаниях - объем операции различный: от энуклеации отдельных узлов до экстирпации матки.

При операции к.с. у беременных с миомами матки допустимо удалять единичные узлы на ножке.

- При наличии множественных или глубоко расположенных узлов производят ампутацию или экстирпацию матки.



Задача

Больная 31 года вызвала скорую помощь на дом: жалобы на резкие боли внизу живота, слабость, тошноту, головокружение.

В анамнезе одни роды в срок без осложнений, 3 медаборта; 1- осложнившийся воспалительным процессом придатков матки. Отмечает задержку последней менструации на 12 дней.

Заболела 1 час назад, когда появилась боль внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, головокружение, тошнота, рвота, кратковременная потеря сознания.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 110 уд./мин. АД 80/50 мм рт. ст. Живот вздут, напряжён, болезненный больше в нижних отделах справа. Здесь же положительный симптом Щёткина-Блюмберга.

Гинекологическое исследование не проводилось ввиду тяжести состояния.

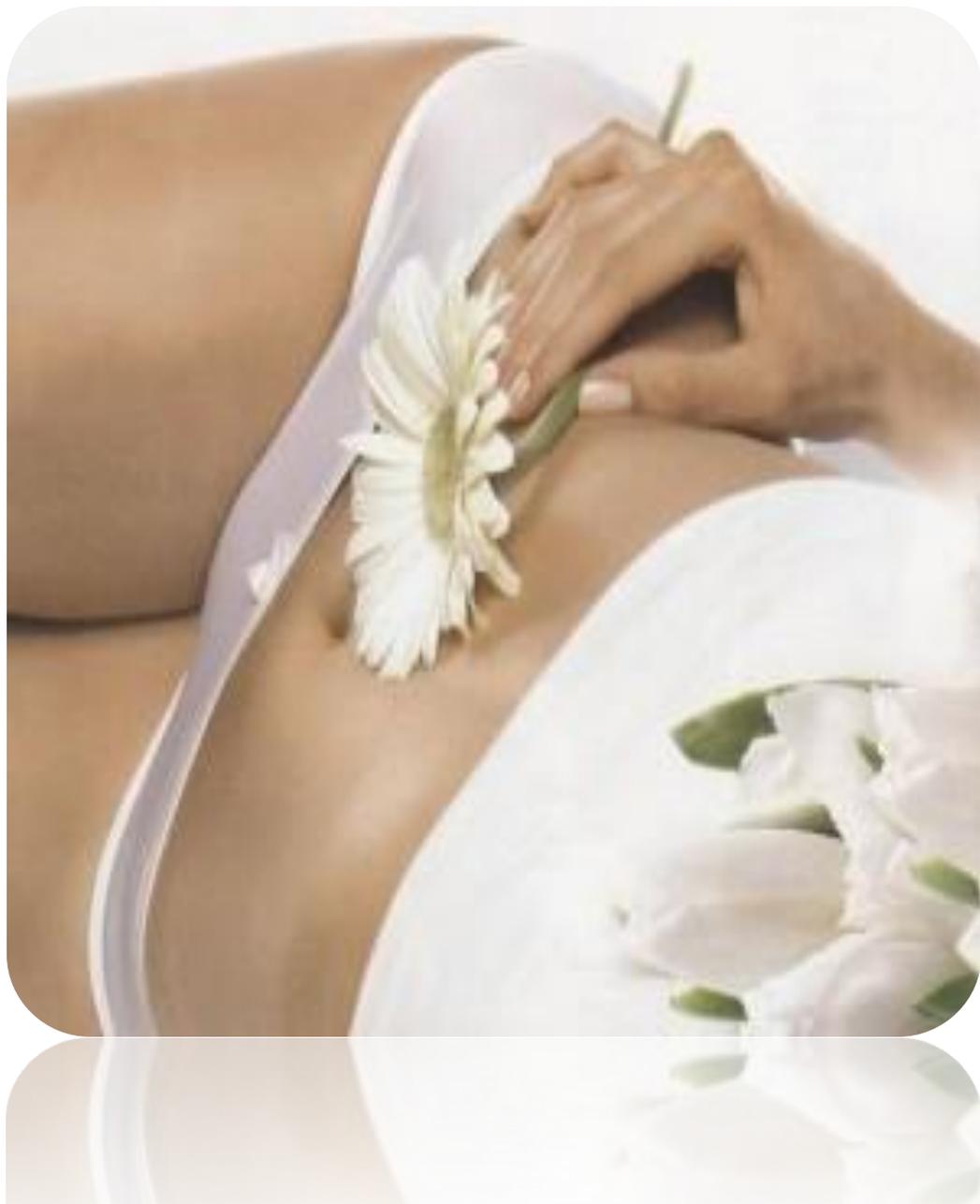
Вопросы

1. Предварительный диагноз.
2. Причины заболевания.
3. Мероприятия догоспитального этапа.
4. Лечебная тактика.
5. Объем операции.



Ответы

- 1. Правосторонняя трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы. Геморрагический шок 2 ст. Острая постгеморрагическая анемия. Хронический эндометрит. Хронический сальпингоофорит. ОАА.**
- 2. Хронический эндометрит. Хронический сальпингоофорит.**
- 3. Оценка кровопотери БСП (t, АД, пульс); катетеризация периферической вены и инфузия кристаллоидов 500-1000 мл; введение в/в 1 г транексамовой кислоты; ингаляция кислорода; эвакуация и госпитализация в ближайшее х/о или г/отделение стационара на каталке. Персонал уведомить о поступлении. При поступлении - госпитализация в оперблок в связи с наличием ГШ 2 ст.
При поступлении - обследование в экстренном порядке по приказу МЗ РФ №572н 2012г «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекология».**
- 4. Оперативное лечение в экстренном порядке, интенсивная терапия геморрагического шока.**
- 5. Лапаротомия, правосторонняя тубэктомия, дренирование брюшной полости.**



Спасибо
за
внимание!