



Острый живот

Лекция для курсантов ФУВ.



Острый живот

- В широком смысле это **заболевания, сопровождающиеся внезапной, различной интенсивности абдоминальной или тазовой болью.**
- **«Острый живот»** - это предварительный диагноз у больного с острой болью в животе.
- *Только в четверти случаев* бывает необходима экстренная операция больным с диагнозом «острый живот».

Сложность диагностической задачи

- разнообразие причин острой боли ,
- ограниченность времени для постановки диагноза, проведения лабораторных и визуализационных методов диагностики,
- сложность в выборе тактики ведения.

Иннервация тазовых органов и органов брюшной полости

- **Волокна соматической нервной системы** иннервируют кости таза, париетальную брюшину (soma), брыжейку, забрюшинное пространство, слои передней брюшной стенки.
- **Волокна вегетативной нервной системы** – внутренние половые органы, мочевой пузырь, кишечник с червеобразным отростком (viscera).

Особенности иннервации

- **Волокна СНС** хорошо миелинизированы - **быстрое проведение** повреждающего **импульса** (болевое ощущение возникает непосредственно после повреждающего воздействия).
Соматическая боль имеет четко выраженный локальный характер (указание болезненной точки или зоны), постоянна по интенсивности.
- **Волокна ВНС** немиелинизированы или имеют неполное миелиновое покрытие - медленное проведение болевого импульса (болевое ощущение **плохо локализованно, разлитое, диффузное**), локализация ее не вполне совпадает с топографией пораженного органа вследствие иррадиации, сегментарной иннервации.

Причины – гинекологические заболевания

- Прервавшаяся внематочная беременность
- Апоплексия яичника
- Разрыв стенки кист и опухолей, кровоизлияние в ткань
- Перфорация матки
- Перекрут ножки опухоли яичника
- Перекрут здоровых придатков матки
- Перекрут ножки субсерозного узла
- Миома матки с нарушением питания в узле
- ОВЗОМТ, в т.ч. перфорация тазовых абсцессов
- Нагноение опухоли яичника
- Альгодисменорея
- Пороки развития половых органов с полным или частичным нарушением оттока менструальной крови
- Рождающаяся подслизистая миома матки
- Самопроизвольный аборт
- Микрогематоперитонеум
- Синдром гиперстимуляции яичников

Постановка диагноза

- **Сбор анамнеза с оценкой болевого приступа** (наблюдается практически всегда и может быть единственным симптомом):
 - Сведения о начале болевого приступа
 - Локализация боли
 - Уточнение иррадиации боли
 - Характер боли
 - Динамика болевых ощущений
 - Миграция боли
- **Оценка клинических проявлений** – сопутствующие клинические симптомы (тошнота, рвота, сухость во рту, вздутие живота, задержка стула и газов, диарея, дизурия, гематурия, кровянистые и гнойные выделения, головокружение, потеря сознания, одышка, комплекс психоэмоциональных и вегетативных реакций).
- **Применение общих и специальных методов обследования**

Синдром острого живота

- При **типичном течении и яркой клинике** – 27% - диагноз ясен после опроса и осмотра больной, дополнительные исследования выполняют с целью подтверждения диагноза.
- При **атипичных формах** на начальном этапе диагностики можно выделить **следующие группы** по характеру патологического процесса –
 - *синдром внутрибрюшного кровотечения,*
 - *синдром нарушения кровообращения* во внутренних органах,
 - *синдром локального или распространенного перитонита.*

Основные причины внутрибрюшного кровотечения

Гинекологические заболевания

- Прервавшаяся эктопическая беременность – около 50%
- Гемодинамическая форма апоплексии яичника – 17%
- Разрыв стенки кист и опухолей яичников
- Перфорация матки при внутриматочных манипуляциях – 1%
- Микрогематоперитонеум

Экстрагенитальные заболевания

- Разрыв капсулы печени
- Разрыв селезенки
- Кровотечения вследствие травм из других органов брюшной полости и брюшной стенки

Клиническая картина внутрибрюшного кровотечения

- **Болевой симптом** (резкая боль в животе и симптом Щ-Блюмберга при мягком животе).
- **Прогрессирующие признаки острой анемии** вплоть до развития геморрагического шока.

Эктопическая (внематочная) беременность

- **Эктопическая беременность** – имплантация плодного яйца вне полости матки.
- **Увеличение частоты** в последние десятилетия почти в 5 раз.

Частота ЭБ – 1% всех беременностей.

В программе ЭКО частота ЭБ может достигать 6%.

В структуре материнской смертности 5-7%.

Причины роста частоты внематочной беременности:

- **рост частоты воспалительных заболеваний женских половых органов, в основном специфической этиологии;**
- **широкое распространение оперативных методов в лечении трубного и трубно-перитонеального бесплодия;**
- **высокая частота использования внутриматочной и гормональной контрацепции;**
- **увеличение числа аборт, числа внематочных беременностей (повторно встречается у 7-22% женщин);**
- **увеличение числа нейроэндокринных заболеваний и частоты применения индукторов овуляции и программ экстракорпорального оплодотворения;**
- **улучшение диагностических возможностей (выявление «регрессирующей» внематочной беременности).**

Этиологические факторы – механические и функциональные.

Эктопическая беременность

В зависимости от места прикрепления плодного яйца различают:

1. трубную (95 - 98 %),
2. яичниковую,
3. первичную и вторичную брюшную,
4. интралигаментарную,
5. шейечную беременность,
6. беременность в рудиментарном роге матки,
7. смешанная.

Трубная беременность

- **По локализации плодного яйца:**
 - интерстициальная (1%) беременность,
 - истмическая (до 5%) беременность,
 - ампулярная (85% и выше) беременность,
 - фимбриальная (до 9%) беременность.
- **По клиническим проявлениям различают:**
 - прогрессирующую трубную беременность,
 - прервавшуюся трубную беременность (по типу трубного аборта и по типу разрыва трубы).

Сроки прерывания ЭБ:

- трубная ампулярная и фимбриальная беременности – на сроке 4-6 недель,
- трубная интерстициальная - 10-12 недель,
- в рудиментарном роге – II триместр беременности,
- истинная шейечная беременность – 8-12 недель,
- перешеечно-шейечная беременность–12-16 недель,
- при абдоминальной беременности зависит от ее локализации,
- яичниковая – м. развиваться длительное время.

Прогрессирующая трубная беременность – диагностика сложна

- **Сомнительные и вероятные признаки беременности.**
- **Задержка менструаций.**
- **Повышение уровня ХГЧ**, уровень соответствует сроку беременности.
- **Гинекологическое исследование:**
 - цианоз слизистой влагалища,
 - размягчение в области перешейка
 - небольшое увеличение матки без изменения ее формы, матка не соответствует сроку предполагаемой беременности,
 - иногда удается пропальпировать безболезненное или чувствительное объемное образование в придатках матки.
- **УЗИ** - отсутствие плодного яйца в полости матки – основной признак, плодное яйцо вне полости матки с живым эмбрионом СБ+ в 5-8% случаев.

Клинические проявления трубной беременности – трубный аборт

- **Трубная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта (4-6 нед.) –**
 - наличие болевого синдрома;
 - наличие скудных или умеренных темно-кровянистых выделений из половых путей при наличии (нередко отсутствии) признаков беременности и задержки менструации.

Болевой синдром –

- повторяющиеся эпизоды приступообразных, схваткообразных болей в нижних отделах живота, с иррадиацией боли в прямую кишку,
- может сочетаться с приступами слабости, тошноты, головокружения, появлением холодного пота, симптомами раздражения брюшины, болезненности в гипогастрии и др.
в момент приступа.

Клинические проявления трубной беременности – трубный аборт

- ***Кровянистые выделения*** – возникают через несколько часов после приступа болей и обусловлены отторжением децидуальной оболочки (обрывки, «слепок») в результате падения уровня половых гормонов.
- **Главный отличительный признак** – упорный характер, не поддающийся никаким медикаментозным воздействиям.

Клинические проявления трубной беременности – трубный аборт

- **При гинекологическом исследовании:**
 - цианоз слизистой влагалища,
 - размеры матки нормальные или соответствуют беременности раннего срока,
 - болезненность при смещении шейки матки (положительный **симптом Болта**),
 - болезненность при смещении матки кверху пальцами, введенными во влагалище или прямую кишку (**СИМПТОМ Промтова**),
 - придатки на стороне поражения болезненны при пальпации, имеют различные размеры и форму,
 - уплощение и болезненность бокового и/или заднего свода влагалища.

Клинические проявления трубной беременности – по типу разрыва трубы

- **Трубная беременность, прервавшаяся по типу разрыва трубы** (острое начало заболевания на фоне общего благополучия):
 - *болевой синдром* (резкая боль внизу живота, иррадиирующая в задний проход, нередко в над- и/или подключичную область, плечо и лопатку, подреберье – френикус-симптом при массивной кровопотере),
 - *картина внутрибрюшного кровотечения* (нередко клиника геморрагического шока).

Клинические проявления трубной беременности – по типу разрыва трубы

- При разрыве трубы кровотечение развивается быстро и **на первом плане идет снижение АД, учащение пульса, уменьшение диуреза, микроциркуляторные и дыхательные расстройства**, а не снижение гемоглобина. При массивной кровопотере возможно развитие ДВС-синдрома.
- **Объективно:**
 - заторможенность или беспокойство,
 - бледность кожных покровов и слизистых,
 - холодные конечности,
 - дыхание частое и поверхностное,
 - язык влажный и не обложен,
 - болезненность и симптомы раздражения брюшины при мягком животе,
 - притупление перкуторного звука в отлогих местах живота.

Геморрагический шок (по Рябову Г.А., 1979)

- **I стадия шока – компенсированный** - кровопотеря 15-25% к ОЦК (объем 700-1200 мл – II степень тяжести острой кровопотери); ШИ – 0,8 и ниже.
Клинические симптомы – ЧСС менее 100, АД норма или несколько снижено, ЧДД 14-20 – умеренная одышка, снижение ЦВД, похолодание конечностей.
- **II стадия шока – декомпенсированный обратимый** – кровопотеря 25-45% к ОЦК (объем 1200-2000мл – III степень тяжести ОКП); ШИ – 0,9 – 1,2.
Клинические симптомы – ЧСС 120-140 уд. в 1 мин., сист.АД ниже 100, одышка 30-40, низкое ЦВД, бледность, цианоз, холодный пот, олигоурия (30 мл и менее в час.)
- **III стадия шока – декомпенсированный необратимый** – кровопотеря более 45% к ОЦК (объем более 2000 мл - IV степень); ШИ – 1,3 -1,5 и более.
Клинические симптомы – АД ниже 60, ЧСС выше 140, ЧДД более 40, сознание отсутствует, анурия.

Клинические проявления трубной беременности – по типу разрыва трубы

- **Гинекологическое исследование –**
 - Резкая болезненность при введении гинекологического зеркала (**симптом Ландау**).
 - Бледность шейки матки (**симптом Голдена**).
 - Положительные **симптомы Болта и Промтова**.
 - Уплотнение или нависание влагалищных сводов.
 - Острая болезненность при пальпации влагалищных сводов (**симптом Пруста – «крик Дугласа»**).
 - **Симптом «плавающей матки»**.
 - Кровянистые выделения, как правило, отсутствуют.

Дополнительные симптомы

- **Симптом Куленкампа** – мягкий живот с резкой болезненностью при перкуссии и признаками раздражения брюшины при внутрибрюшном кровотечении.
- **Симптом Элекера** – боль в животе, отдающая в область плеча и/или лопатки на стороне нарушенной ЭБ.
- **Симптом Лаффона** – последовательность распространения боли при ЭБ – боль в тазу, после светлого интервала – боль в надчревной области, плече, спине, лопатках, позади грудины.
- **Симптом Герцфельда** – позыв к мочеиспусканию в момент разрыва.
- **Симптом Пискачека** – задержка мочи при нарастании внутреннего кровотечения.
- **Френикус-симптом** – симптом «ваньки-встаньки».

Методы диагностики прервавшейся эктопической беременности

- **Клинико-анатомическое обследование** (анамнез, общеклиническое и гинекологическое исследование).
- **Определение уровня бета субъединицы –ХГ** крови и/или ХГ мочи (тест положительный при концентрации гормона 25-50 мМЕ/мл; более 50 мМЕ/мл – наличие «биохимической» беременности, выше 1500-2000 мМЕ\Л – плодное яйцо м.б. визуализировано при TV эхографии); при прервавшейся ВБ обнаруживается в более низком титре.
- **УЗИ трансабдоминальное и трансвагинальное** (3 нед. от зачатия).
- **Пункция прямокишечно-маточного углубления** (ложноположительные и ложноотрицательные результаты), по показаниям **выскабливание полости матки** (при подозрении на неразвивающуюся беременность, обильном кровотечении).
- **Лапароскопия.**

УЗ критерии внематочной беременности

- Отсутствие плодного яйца в полости матки.
- Утолщение срединного М-эхо.
- Увеличение матки при отсутствии органических изменений миометрия или маточной беременности.
- Выявление в проекции придатков образований смешанной структуры, по периферии которых определяется гиперэхогенный ободок (хорион); при прогрессирующей беременности – регистрация сердцебиения плода.
- «Свободная» жидкость в углублениях малого таза при прервавшейся беременности.

Пунктат при внематочной беременности

- Кровь гемолизированная, сгустка не образуется.
- Кровь темного цвета.
- При центрифугировании:
 - изменение цвета плазмы крови (от розового до красного и «лакового»),
 - измененные, выщелоченные эритроциты, тени эритроцитов.

Результаты гистологического исследования эндометрия

- Отсутствие ворсин хориона.
- Различные стадии обратного развития эндометрия (децидуальной оболочки) после нарушенной беременности.
- Клубки спиральных артерий.
- Феномен Ариас-Стеллы (пролиферация железистого эпителия с образованием сосочков, полиморфизм, гиперхромия и повышенная митотическая активность в ядрах клеток).
- «Светлые железы» Овербека.
- При «старой ВМБ» ценность гистологического исследования резко снижена из-за отсутствия в соскобе децидуальной ткани.

Дифференциальный диагноз

- Самопроизвольный аборт в ходу и неполный
- Апоплексия яичника
- Острый аднексит и пельвиоперитонит
- Перекрут ножки опухоли яичника
- Нарушение питания миоматозного узла
- Острый аппендицит
- Почечная колика
- Острый панкреатит

Тактика ведения больной при трубной беременности

- **При удовлетворительном состоянии** пациентки есть время для уточнения диагноза - выполнение вышеперечисленных дополнительных методов обследования.

Оперативный доступ - предпочтительней лапароскопия либо поперечный разрез по Пфанненштилю, объем операции - туботомия или тубэктомия.

- **При средней степени тяжести** состояния больной время для уточнения DS минимально. Геморрагический шок является противопоказанием к выполнению пункции брюшной полости.

Лучшим методом выбора будет проведение диагностической лапароскопии, при необходимости переход на чревосечение.

Тактика ведения больной при трубной беременности

- **При тяжелом состоянии** пациентки и развернутой картине геморрагического шока - **классическая лапаротомия путем нижнесрединного чревосечения в объеме сальпингоэктомии** (лапаротомия, остановка кровотечения, реанимация, реинфузия аутокрови из брюшной полости, удаление маточной трубы).
- **Показаниями к лапаротомии** также являются:
 - выраженный спаечный процесс в брюшной полости,
 - значительные размеры плодовместилища,
 - интерстициальная беременность.

Объемы оперативного лечения

- **Органосохраняющие операции -**
 - сальпинготомия,
 - выдавливание плодного яйца,
 - сегментарная резекция трубы.
- **Радикальные операции -**
 - сальпингоэктомия.

Объем оперативного лечения

Сальпинготомия – показания (сужены):

- Сохранение фертильности, другая маточная труба патологически изменена или отсутствует
- Стабильная гемодинамика
- Размер плодного яйца менее 5 см
- Плодное яйцо расположено ампулярно, инфундибулярно или истмически (при последнем индивидуально).

Сальпингоэктомия – показания:

- Бетта-ХГЧ >15000 МЕ/мл
- Неоднократные эктопические беременности в анамнезе
- Размер плодного яйца более 5 см
- Локализация трубной беременности в интерстициальном отделе трубы.
- Массивная кровопотеря, разрыв трубы, давно прервавшаяся ЭБ.

Ведение в послеоперационном периоде

- **В послеоперационном периоде** целесообразно назначение антибиотиков.
- **Контроль ХГЧ** – на 2-й день снижение на 70%, повторное исследование на 7 день (при уровне ХГЧ >20 мг/мл – контроль через 2 нед.)
- Метотрексат для профилактики **персистенции трофобласта** при туботомии и для лечения персистенции трофобласта.
- **Курсы реабилитационной терапии** в послеоперационной периоде и через 3, 6, 12 мес.

Апоплексия яичника (разрыв или гематома яичника)

- Среди **причин** внутрибрюшного кровотечения – **0,5-2,5%**.
- *Внезапное кровоизлияние в яичнике, сопровождающееся нарушением целостности его тканей и острым внутрибрюшным кровотечением.*
- Чаще у женщин 20-36 лет, чаще в правом яичнике.
- Апоплексия яичника в подавляющем большинстве случаев **возникает в перiovуляторный период и во второй фазе цикла** (источник кровотечения - чаще желтое тело в стадии васкуляризации или его киста, возможен разрыв желтого тела во время беременности).

Апоплексия яичника

- **Апоплексия возникает вследствие** повышенного кровенаполнения при беременности, менструации, половом возбуждении, воспалительных процессов, мелко-кистозных изменений яичников, заболеваний крови, приема антикоагулянтов.
- **Провоцирующие факторы** – травмы, физическое напряжение, половое сношение, может возникнуть в состоянии полного покоя , даже во сне.

Апоплексия яичника

- **Клинические формы** овариальной апоплексии:
 - болевая (или псевдоаппендикулярная);
 - анемическая (или гемодинамическая);
 - смешанная форма.
- **Клиника болевой формы:**
 - *болевой синдром* (появление внезапных, иногда очень сильных болей внизу живота, преимущественно на стороне поражения),
 - *нередко тошнота и рвота,*
 - *повышение температуры* (часто наблюдают увеличение лейкоцитов в периферической крови),
 - *выраженные симптомы раздражения брюшины.*
- **Клиника анемической формы** – *болевой синдром и симптомы внутрибрюшного кровотечения.*

Апоплексия яичника

- **Различают 3 степени тяжести** заболевания по характеру и выраженности патологических СИМПТОМОВ:

I степень – кровопотеря до 150 мл,

II степень – до 500 мл,

III степень – более 500 мл.

Апоплексия яичника - диагностика

1. Анамнез.

2. Общий осмотр.

3. Гинекологический осмотр:

- нормального цвета или бледная слизистая оболочка влагалища и экзоцервикса,
- матка нормальных размеров,
- увеличенный болезненный яичник,
- нависание сводов,
- выраженная болезненность при осмотре,
- кровянистых выделений нет.

4. УЗИ, определение ХГ.

5. Пункция брюшной полости.

6. Диагностическая лапароскопия.

Апоплексия яичника – дифференциальная диагностика

- С нарушенной трубной беременностью,
- острым аппендицитом,
- перекрутом ножки кистомы яичника;
- редко с непроходимостью кишечника, перфоративной язвой желудка, острым панкреатитом, почечной коликой.

Апоплексия яичника - тактика

- **При I (легкой) степени апоплексии** – консервативное лечение.
- **При II и III степени** – оперативное лечение путем лапароскопии или лапаротомии **максимально консервативно** в объеме:
 - коагуляции кровоточащего участка яичника,
 - ушивания яичника,
 - вылущивания разорвавшейся кисты,
 - редко резекции яичника и крайне редко овариоэктомии.
- При разрыве желтого тела беременности – только ушивание его.

Другие заболевания, приводящие к внутрибрюшному кровотечению

- **Перфорация матки** – на любом этапе любой операции.
Неосложненные прободения (без повреждения соседних органов) и *осложненные*.
Перфорации маточным зондом, расширителями Гегара, кюреткой и абортцангом.
Клиника - признаки нарастающего внутреннего кровотечения и/или перитонеальных симптомов; наличие и усиление болевого синдрома.
- **Разрыв стенки кисты или опухоли** – острая боль в животе, признаки внутреннего кровотечения, нечеткость контуров и уменьшение размеров образования.

Основные причины развития симптомокомплекса нарушения кровообращения во внутренних органах

Гинекологические заболевания:

- Перекрут ножки опухоли или кисты яичника
- Перекрут здоровых придатков матки – 7%
- Кровоизлияние в кисту или опухоль яичников
- Миома матки с нарушением питания в узле 4%
- Перекрут ножки субсерозной миомы матки

Экстрагенитальные заболевания

- Инвагинация кишечных петель
- Нарушение питания и некроз жировых подвесков
- Мезентериальный тромбоз

Клинические проявления нарушения кровообращения

- **Приступ сильной абдоминальной боли, возникающей среди полного здоровья (повторяющиеся приступы), сопровождающийся тошнотой и рвотой.**
Приступ часто совпадает с физической нагрузкой, резким движением, возможен на фоне покоя.
- В начале заболевания нет распространенного раздражения брюшины, ригидности или вздутия живота (некроз и асептическое воспаление).
Затем присоединение вторичной инфекции - повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови, признаки отграниченного и разлитого перитонита.

- **Анатомическая ножка** – подвешивающая связка яичника, собственная связка яичника и мезоварий.
- **Хирургическая ножка** – анатомическая ножка и перерастянутая маточная труба.

Синдром нарушения кровообращения – перекрут (диагностика)

- **анамнез,**
- **общий осмотр** (напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга; парез кишечника, задержка стула, м.б. диарея; повышение температуры тела, пульс частый, бледность кожных покровов, холодный пот; вынужденное положение в постели)
- **гинекологический осмотр** (пальпация болезненного, подвижного образования, увеличение размера за счет кровоизлияния и отека; попытки смещения вызывают резкую болезненность),
- **динамическое наблюдение** (неэффективность комплексной противовоспалительной терапии),
- **эхография** (наличие образования и свободной жидкости в брюшной полости, в динамике – увеличение размера образования),
- **лапароскопия.**

Перекрут

- **Трудности в диагностике** при частичном перекруте, у беременных, пожилых больных и девочек. Перекрут часто встречается в молодом возрасте.
- **Дифференциальный диагноз** с почечной коликой, трубной беременностью, апоплексией, острым сальпингоофоритом, острым аппендицитом, острой кишечной непроходимостью.
- **В отдаленном периоде** у пациентов, не прооперированных по поводу острого нарушения питания опухолей, имеет место развитие спаечного процесса.

Синдром нарушения кровообращения – перекрут (лечение)

- **Оперативное лечение** – лапаротомия или лапароскопия.
- **Объем операции** зависит от:
 - степени перекрута опухоли (частичный или полный),
 - жесткости перекрута (степени сдавления сосудов),
 - времени, прошедшего с момента нарушения кровообращения,
 - вида опухоли.
- Тщательная ревизия органов малого таза и брюшной полости, оценка доброкачественности процесса.

Синдром нарушения кровообращения – перекрут - (лечение)

Объем операции –

1. аднексэктомия без предварительного раскручивания,
2. радикальные операции при злокачественности процесса,
3. органосохраняющие операции при лапароскопии – деторсия (раскручивание ножки и восстановление топографии), деторсия и резекция яичника.

Синдром нарушения кровообращения

- **Кровоизлияния в стенку или в полость кисты или опухоли** – появление и усиление болей в животе, возможно наличие геморрагического выпота в брюшной полости.
- **Нарушение питания в узле** - опрос, осмотр, по УЗИ – признаки отека узла, образование в нем полостей, содержащих жидкость.
- **Некроз узла** – частота до 7 %. Клиника – при остром начале боли внизу живота, субфебрильная температура, лейкоцитоз со сдвигом формулы и повышением СОЭ, болезненная и увеличенная матка.
- **Перекрут ножки подбрюшинного узла** – боли, рвота, повышение температуры тела, лейкоцитоз.
- Частое выявление при беременности, в послеродовом периоде, на фоне терапии агонистами ГнРГ, после эмболизации маточных артерий.
- Лечение оперативное, возможности органосохраняющих операций.

Синдром нарушения кровообращения

- **Инвагинация, узлообразование и заворот кишечных петель** – приступ острой внезапной боли, без предвестников, рвота, двигательное беспокойство больной, определение объемного образования.
- **Диагностика на определении симптомов кишечной непроходимости** (локальное усиление перистальтики, «шум плеска») при аускультации, чаш Клойбера при обзорной рентгенографии органов брюшной полости, незаинтересованности матки и придатков по УЗИ.

Основные причины развития локального или распространенного перитонита

Гинекологические заболевания:

- Острый сальпингоофорит и пельвиоперитонит
- Перфорация tuboовариальных абсцессов – 24%
- Перфорация матки при внутриматочных манипуляциях
- Несостоятельность швов на матке

Экстрагенитальные заболевания:

- Острый аппендицит, перфорация аппендикулярного абсцесса
- Перфорация стенки полого органа
- Дивертикулит
- Кишечная непроходимость
- Деструктивный панкреатит
- Деструктивный холецистит

ОВЗПМ

- Среди ОВЗПМ выделяют следующие формы:
 - острый катаральный сальпингит,
 - острый гнойный сальпингит (неосложненные формы) ,
 - острый сальпингоофорит с формированием tuboовариальных образований,
 - острый пельвиоперитонит (осложненные формы).
- Возросло число случаев **перфорации tuboовариальных абсцессов** с последующим развитием перитонита, межкишечных и поддиафрагмальных абсцессов, гнойно-инфильтративного оментита, перфорации в смежные тазовые органы с формированием генитальных свищей, перфорации абсцесса в кишку, мочевой пузырь или через переднюю брюшную стенку.

Гнойный сальпингит – клиника

- Заболевание начинается остро.
- Повышение температуры (характерно вечернее повышение), иногда сопровождается ознобами, пульс соответствует t .
- Боли внизу живота - вначале носят локальный характер – левая и правая гипогастральные области, иррадиация в поясницу, прямую кишку и бедро.
- Обильные гнойные выделения.
- Рези при мочеиспускании.
- Симптомы гнойной интоксикации (слабость, тахикардия соответствует температуре, мышечные боли, чувство сухости во рту).
- Диспептические расстройства – симптом «раздраженной кишки».
- Эмоционально-невротические расстройства.

Гнойный сальпингит - диагностика

- **Связь заболевания с провоцирующими факторами** риска развития ВЗОМТ.
- **Влагалищное исследование** – резкая болезненность при движении за шейку, определение пастозности или пальпируемого образования небольших размеров с нечеткими контурами в области придатков, чувствительность при пальпации боковых и заднего сводов.
- **Лабораторные исследования** – лейкоцитоз до 10,5 тыс. с умеренным сдвигом, СОЭ 20-30 мм/ч, резко положительный СРБ.
- **УЗИ** – расширенные, утолщенные маточные трубы, скопление жидкости в позадиматочном пространстве (не всегда информативно).
- **Пункция брюшной полости** – получение гнойного экссудата, проведение дифф.диагноза.
- **Лапароскопия** – «золотой стандарт» в диагностике и лечении неосложненных форм гнойного воспаления.

Гнойный сальпингит, пельвиоперитонит – дифференциальная диагностика

- Острый аппендицит
- Эktopическая беременность
- Острый холецистит
- Болезнь Крона (гранулематозный энтероколит)
- Рак сигмовидной кишки
- Разрыв эндометриоидной кисты или других кист
- Почечная колика

Острый аппендицит

- **внезапность заболевания, приступообразный характер боли,**
- **типичный болевой синдром,**
- **тошнота, рвота,** часто повторная;
- **стул и отхождение газов** обычно задерживаются,
- **повышение температуры, стабильная тахикардия** до 90-100 ударов,
- **язык** сухой и обложен;
- **симптом Ситковского** – усиление болей в правой подвздошной области при положении больного на левом боку,
- **симптом Ровзинга** – усиление болей в области слепой кишки при толчкообразном надавливании в левой подвздошной области,
- **резкая болезненность и напряжение мышц** передней брюшной стенки,
- **почасовое нарастание количества лейкоцитов** (до 9-12тыс.)

Гнойный сальпингит - тактика

- **Базовое лечебное мероприятие** – медикаментозная терапия (антибактериальная и инфузионная).
- **Хирургический компонент лечения** – эвакуация гнойного экссудата :
 - пункция маточно-прямокишечного углубления в первые 2-3 суток,
 - лечебно-диагностическая лапароскопия с трансабдоминальным и трансвагинальным кольпотомным дренированием в течение ближайших 3-7 суток при купировании острого процесса.
- **Реабилитационная терапия** (послеоперационная, до 6 мес. реабилитация, контрольная лапароскопия с целью адгезиолизиса через 3-6 мес.)

Пельвиоперитонит - клиника

- Прогрессирующее ухудшение самочувствия и состояния больной
- Повышение температуры (38-39 гр.)
- Нарастание интоксикации (сухость во рту, влажный обложенный язык, частый пульс, тошнота, одно- и двукратная рвота)
- Боли в гипогастрии
- Гиперемия лица

Пельвиоперитонит - диагностика

- **Связь с провоцирующими факторами.**
- Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания.
- Напряжение передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины в гипогастрии (возможна глубокая пальпация в верхних отделах), с-м ЩБ слабopоложительный.
- Перистальтика кишечника вялая, но всегда определяется; границы желудка не расширены; стул самостоятельный, газы отходят.
- **Гинекологическое исследование** – гипертермическая реакция, малоинформативно из-за выраженной болезненности при пальпации, резкое усиление болезненности при движении за шейку, умеренное нависание и резкая болезненность сводов, особенно заднего; пальпация патологических образований (при наличии гнойных образований); при ректальном исследовании – нависание и болезненность передней стенки прямой кишки.
- **УЗИ** – наличие свободной жидкости в полости малого таза, ослабление перистальтических волн.
- **Пункция брюшной полости.**
- **Лапароскопия.**
- **Обзорная рентгенография** органов брюшной полости (по показаниям).
- **Лабораторные данные** – умеренный лейкоцитоз, гипокалиемия, гипопротеинемия.

Пельвиоперитонит - лечение

- Специфический «восходящий» пельвиоперитонит:
 - **Предоперационная подготовка** (базовое лечебное мероприятие – медикаментозная терапия – антибактериальная и инфузионная терапия).
Эффективность консервативного лечения является одним из критериев правильности диагноза.
 - **Хирургическое лечение** – эвакуация гнойного экссудата – пункция дугласового пространства и лапароскопия.
 - Интенсивное послеоперационное лечение и реабилитационная терапия в течение 6 мес.

Пельвиоперитонит - лечение

- Острый пельвиоперитонит с гнойными образованиями придатков.

I этап – купирование острого воспалительного процесса (антибактериальная, инфузионная терапия, дренирование как эвакуация гнойного экссудата – пункция и кольпотомия).

II этап – хирургическое лечение (возможности органосохраняющих операций - ранняя лапароскопия с эвакуацией гноя, санацией и дренированием брюшной полости).

Разлитой перитонит

- **Прогрессирование всех симптомов острого пельвиоперитонита.** Складывается из симптомов основного заболевания, в т.ч. боли, пареза кишечника, признаков раздражения брюшины, проявлений интоксикационно-воспалительного синдрома, водно-электролитных нарушений.
- **Кардинальный симптом прогрессирующего перитонита – прогрессирующий парез кишечника** (при аускультации, перкуссии, ультразвуковом и рентгенологическом методах исследования) – временный эффект или его отсутствие в ответ на лечение.
- **Диффдиагностика** с внутрибрюшным кровотечением, кишечной непроходимостью, эндокринными абдоминальными кризами, интоксикациями, синдромом «отмены» и др.
- **При разлитом перитоните** – срединное чревосечение с удалением очага воспаления, дренированием брюшной и тазовой полостей и комплекс необходимых консервативных мероприятий.

Осумкованные гнойные образования - тактика

- Базовый компонент лечения – хирургический (после проведения предоперационной подготовки).
- Показания к экстренному вмешательству (перфорация абсцесса в брюшную полость, в мочевого пузырь или ее угроза, усиление тяжести интоксикации).

- Одна из наиболее сложных проблем экстренной медицины это синдром острого живота и выбор тактики ведения больной.