

Острый живот в гинекологии

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. ВНЕМАТОЧНАЯ
БЕРЕМЕННОСТЬ:
 - а) ТРУБНАЯ;
 - б) ЯИЧНИКОВАЯ;
 - в) БРЮШНАЯ;
 - г) В ДОПОЛНИТЕЛЬНОМ
РОГЕ МАТКИ;
 - д) ШЕЕЧНАЯ.

- **2. ОПУХОЛИ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ:**
 - а) ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА;**
 - б) РАЗРЫВ КАПСУЛЫ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА;**
 - в) НЕКРОЗ МИОМАТОЗНОГО УЗЛА.**
- 3. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА.**

■ 4. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕРИТОНИТ.

а) МЕСТНЫЙ ПЕРИТОНИТ:

- гнойные образования придатков матки (пиосальпинкс, пиовар);

- пельвеоперитонит.

б) ОБЩИЙ ПЕРИТОНИТ:

-диффузный

-разлитой.

Внематочная беременность

Классификация ВОЗ

1. Абдоминальная (брюшная беременность)
2. Трубная беременность
3. Яичниковая беременность
4. Другие формы: шейная, в роге матки, интралигаментарная, стеночная
5. Неуточненная

Факторы риска:

- 1. Воспалительные заболевания
- 2. Аномалии развития маточных труб
- 3. Спаечный процесс в малом тазу
- 4. Хирургические вмешательства на маточных трубах
- 5. Внутриматочная контрацепция

6. Индукция овуляции

7. Применение мини-пили

8. Возраст женщины старше 35 лет

9. Бесплодие

10. Нарушение синтеза

простагландинов

**11. Повышенная биологическая
активность плодного яйца**

**12. Трансмиграция яйцеклетки
и/или сперматозоидов**

Патогенез

При трубной беременности происходит внедрение бластоцисты в эндосальпинкс, при этом формируется плодоемстилице. Слизистая оболочка покрывает плодное яйцо со стороны просвета маточной трубы, при этом образуется внут.капсула плодоемстилица.

Прерывание трубной беременности происходит:

1. по типу трубного аборта: а) полный
б) неполный
2. по типу разрыва трубы.

Локализация беременности в маточной трубе:

1. Ампулярная часть
2. Истмическая часть
3. Интерстициальный отдел
4. Фимбриальный отдел

Диагностика:

1. Клинико-anamнестическое исследование
2. Трансвагинальное УЗИ
3. Определение β -субъединицы ХГ
4. Кульдоцентез
5. Лапароскопия

Лечение:

1. Лапароскопия
2. Лапаротомия
3. Консервативное лечение:
однократное введение
метотрексата 50 мг на м²

Апоплексия яичника

Апоплексия яичника – внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровоизлиянием в брюшную полость.

Факторы риска:

1. Воспалительные процессы половых органов.
2. Индукция суперовуляции.

Клиника:

боль в подвздошных областях, общая слабость, головокружение, рвота, холодный пот, обморочное состояние.

Классификация

В зависимости от клинической формы:

- - **болевая**, или псевдоаппендикулярная, для которой характерен болевой синдром, сопровождающийся тошнотой и повышением температуры тела;
- - **анемическая**, напоминающая разрыв трубы при внематочной беременности, при которой ведущий симптом – внутреннее кровотечение.
- Описана также третья форма («**смешанная**»), характеризующаяся сочетанием признаков первых двух форм.

Диагностика:

- Жалобы и данные анамнеза.
- Пальпация живота – разлитая болезненность.
- Перкуссия – притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.
- Бимануальное исследование – болезненный увеличенный яичник.
- Лабораторные данные – анемия.

Лечение

У гемодинамически стабильных пациентов при исчезновении перитониальных симптомов при небольшом объеме жидкости в малом тазу достаточно консервативного лечения с дальнейшим наблюдением. Хирургическое – резекция яичника или ушивание в пределах здоровой ткани Z-образным швом; при лапароскопии-коагуляция кровоточащего участка яичника.

Нарушение питания опухолей внутренних половых органов

Анатомическая ножка опухоли – воронкотовая, собственная связка яичника и часть заднего листка широкой связки. Хирургическая ножка опухоли - выше перечисленные элементы и маточная труба.

Жалобы:

внезапные резкие боли, общая слабость, повышение температуры тела, тошнота, рвота.

Диагностика:

Осмотр живота: вздутие, напряжение передней брюшной стенки,

Продолжение

задержка стула, реже понос.

Бимануальное исследование:

сбоку от матки определяется округлое образование плотно - эластической консистенции, резко болезненное при исследовании.

УЗИ:

образование в области придатков матки неоднородной консистенции, свободная жидкость в брюшной полости.

Лабораторные данные:лейкоцитоз, нейтрофилез, ускорение СОЭ.

Лечение

ОПЕРАТИВНОЕ: определение характера опухолевого процесса после вскрытия брюшной полости.

При доброкачественном характере опухоли – пересечение ножки опухоли ниже места перекрута, не раскручивая его. При злокачественном и подозрении на него – гистерэктомия с придатками матки и резекция большого сальника, дренирование брюшной полости.

Нарушение питания миоматозного узла

- **ПРИЧИНА** – их сдавление, перегиб, перекрут ножки.
- **КЛИНИКА:** острые боли, напряжение передней брюшной стенки, повышение температуры тела, нарастание лейкоцитоза, нейтрофильный сдвиг влево.
- **ДИАГНОСТИКА:**
- **Бимануальное исследование:** увеличенная бугристая матка, сбоку от матки – болезненное образование туго-эластической консистенции.
- **УЗИ:** наличие узлов неоднородной структуры с кистозными включениями.
- **Лапароскопия:** визуализация узла с выраженным сосудистым рисунком багрово-красного цвета.

Лечение

_ОПЕРАТИВНОЕ

- **ОБЪЕМ** оперативного вмешательства зависит от возраста женщины, ее репродуктивного анамнеза, характера и величины опухоли.
- При перекруте ножки субсерозного узла у женщин репродуктивного возраста – его удаление, наложение зажима ниже места перекрута.
- При наличии других узлов – консервативная миомэктомия. При нарушении питания межмышечного миоматозного узла – субтотальная гистерэктомия или тотальная гистерэктомия при наличии патологии шейки матки. При присоединении инфекции – удаление вместе с маткой маточных труб.
- Лечение нарушения питания миоматозных узлов у беременных начинают с консервативных мероприятий: спазмолитики, токолитики, препараты, улучшающие реологию крови в сочетании с АБ препаратами. При отсутствии эффекта в течение 2-3 дней лечения – хирургическое лечение: миомэктомия при субсерозной миоме, при некрозе межмышечной – удаление матки.











