

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: шейечная, 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 плодovместилище. Слизистая оболочка покрывает плодное яйцо со стороны просвета маточной трубы, при этом образуется внут.капсула плодovместилища.

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-анамнестическое 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

Факторы риска:

1. Воспалительные процессы половых органов
2. Индукция суперовуляции

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

Диагностика апоплексии яичника

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

Лечение

хирургическое –резекция яичника
или ушивание в пределах
здоровой ткани **Z**-образным швом,
при лапароскопии-коагуляция

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, 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.











