

# 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 плодово-местилище. Слизистая оболочка покрывает плодное яйцо со стороны просвета маточной трубы, при этом образуется внут.капсула плодово-местилища.

# **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  $\beta$ -субъединицы ХГ
4. Кульдоцентез
5. Лапароскопия

# Лечение

1. Лапароскопия
2. Лапаротомия
3. Консервативное  
лечение: однократ-  
ное введение  
метотрексата 50 мг  
на  $m^2$

# 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 –**  
воронкотазовая, 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.











