

Лекция № 6

Тема: **ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ**

Внематочная беременность. Апоплексия яичника

Гнойно-воспалительные процессы органов малого таза. Основные причины, диагностика, дифференциальная диагностика. Меры неотложной помощи.

Цель лекции

Ознакомить студентов с заболеваниями приводящими к состоянию объединяемых термином «острый живот в гинекологии»

Задачи

- Ознакомить студентов с понятием «острый живот»
- Ознакомить студентов с основными заболеваниями приводящими к развитию острого живота
- Объяснить с какими хирургическими и урологическими заболеваниями следует дифференцировать
- Ознакомить студентов с основными диагностическими мероприятиями на различных этапах оказания медицинской помощи

План лекции

1. Основные гинекологические заболевания приводящие к клинике «острого живота»
2. Основные методы диагностики заболеваний приводящих к клинике «острого живота»
3. Меры неотложной помощи на этапах оказания медицинской помощи

Содержание лекции

Термин «острый живот» в гинекологии объединяет большую группу заболеваний органов гениталий, остро возникающих и угрожающий жизни, от которых большинство больных может быть излечено только хирургическим путем. По причинам и механизму развития острого живота можно выделить несколько групп заболеваний:

1. В результате кровоизлияния и кровотечения в брюшную полость.
2. В результате осложнений опухоли яичников или миоматозных узлов.
3. В результате острого воспаления брюшины, покрывающей органы гениталий и другие внутренние органы.

В первую группу заболеваний входят: нарушенная эктопическая беременность, апоплексия яичника, перфорация матки.

Среди этой группы заболеваний наиболее частой является эктопическая беременность – внематочная, которая встречается с частотой от 0,3 до 2,4 случаев на 100 родоразрешившихся женщин, у 4-10% из них внематочная беременность развивается повторно.

Внематочная беременность прерывается в очень ранние сроки. Чаще всего в 4-6 недель. Независимо от локализации такой беременности, при её прерывании развивается картина внутреннего кровотечения.

Жалобы больной на боль, возникающую чаще всего приступообразно на фоне общего благополучия организма. Но чаще всего иррадирует в область заднего прохода, плечо, лопатку.

Приступ сопровождается слабостью, головокружением, в ряде случаев – потерей сознания (кратковременной), появлением липкого, холодного пота, тошнотой, рвотой, иногда жидким стулом. Как правило t^0 тела при этом не повышается

Кровянистые выделения из половых путей наблюдаются у 80 – 90 % женщин с внематочной беременностью. Характер выделений чаще всего – мажущие, темные.

Задержка месячных – этот признак обнаруживается у 65-70% больных.

Характерным для апоплексии яичника признаком является наличие кисты в анамнезе, появление признаков «острого живота», через несколько дней после окончания очередной менструации, то есть в середине менструального цикла, в периоде овуляции.

«Острый живот» в связи с перфорацией матки развивается после гинекологических манипуляций и малых хирургических операций – вставление или удаление ВМС, диагностическое выскабливание, аборт. Картина «острого живота» развивается в первые часы после перфорации при обильном внутреннем кровотечении или через 1-2 суток, после перфорации и связана с развитием острого перитонита.

Вторая группа заболеваний, приводящих к развитию клиники острого живота связана с перекрутом ножки опухоли яичника, перекрутом и некрозом миоматозных узлов. Перекрут ножки опухоли яичника происходит у 10-20% больных с указанной патологией. Перекрут чаще всего происходит при небольших размерах опухоли, имеющей длинную, подвижную ножку, при отсутствии спаек с соседними органами.

Клиника перекрута не зависит от вида опухоли и довольно характерна. Заболевание начинается с сильных болей внизу живота, сопровождающихся тошнотой и рвотой. Обычно связывается с физической нагрузкой, резким движением. Больная принимает вынужденное положение из-за болей, при пальпации отмечается напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина – Блюмберга, парез кишечника, задержка стула, температура тела повышается, пульс частый, сухой язык, бледность кожных покровов, холодный пот.

Перекрут миоматозного узла происходит при субсерозном расположении и наличии тонкой ножки. Кроме того, клиника острого живота может быть связана с некрозом узлов интрамуральных или субмукозных, что проявляется чаще всего при усиленном сокращении матки при приеме утеротонических препаратов, менструации или послеродовом периоде. Сопровождается клиника схваткообразными или постоянными болями в низу живота, явлениями общей интоксикации организма – сухость языка, кожных покровов, повышение t 38-39⁰С, признаками раздражения брюшины с тошнотой и рвотой, нарастанием лейкоцитоза крови. При гинекологическом исследовании обнаруживается миоматозно измененная матка, резко болезненная при пальпации.

Третья группа заболеваний, приводящих к развитию клиники «острого живота» связана с острым воспалением брюшины малого таза и брюшной полости на фоне воспалительных заболеваний внутренних половых органов. В первом случае развивается клиника пельвео-перитонита, во втором – перитонита. Причиной перитонита в гинекологической практике может быть:

1. Генерализация инфекции на фоне метроэндометрита, аднексита.
2. Перфорация пиосальпинкса или пиовара
3. Расхождение швов на матки после кесарева сечения
4. Перфорация матки при выскабливании её полости

Клинические формы течения перитонита разнообразны в зависимости от причины, вирулентности возбудителя и реактивности организма.

Перитонит сопровождается явлениями

А) Интоксикации организма – повышение температуры, сухость кожных покровов и слизистых оболочек, тахикардия и озноб

Б) Признаков раздражения брюшины – тошноты рвоты, положительные симптомы раздражения брюшины, вздутия живота

В) Нарушением функции кишечника – от пареза до паралича

Дифференциальная диагностика.

При обращении женщины с явлениями «острого живота» в поликлинику, ВОП должен дифференцировать его от хирургических заболеваний таких как – острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, острая непроходимость кишечника. При дифференциальной диагностики «острого живота», развившегося на фоне гинекологических заболеваний от такового при хирургических и урологических заболеваниях необходимо учитывать все факторы, начиная от анамнеза и клинических проявлений, до лабораторных и инструментальных данных. Дифференциальная диагностика и установление предварительного диагноза необходима для определения маршрута больной: гинекологическое отделение, хирургическое или урологическое.

Меры неотложной помощи и маршрут больных

Женщины с картиной острого живота, развившегося на фоне гинекологической патологии подлежат экстренной госпитализации в ближайшие по территориальному расположению гинекологической или

родовспомогательное учреждение, имеющее отделение оперативной гинекологии. Транспортировка больной должна осуществляться в карете «скорой помощи» в сопровождении медицинского персонала. При наличии у больной картины болевого шока или геморрагического шока в меры неотложной помощи входит проведение противошоковых мероприятий: обезболивающие препараты, введение кровоостанавливающих препаратов, кровезаменителей еще до госпитализации больной. При правильной оценке состояния больной врачом общей практики, своевременной диагностике, неотложной помощи и госпитализацией больных с клиникой «острого живота» значительно снижается число послеоперационных осложнений и летальных исходов при данной патологии.

Преподавательские заметки

При чтении лекции необходимо акцентировать внимание на основных клинических симптомах клиники острого живота связанного с различными гинекологическими заболеваниями. Лекция рассчитана на студентов имеющих определенный кругозор по анатомии, хирургии.

Вначале лекции необходимо провести активизацию полученных ранее знаний (вызов), которая будет осуществляться путем диалога со студентами по анатомии, физиологии.

В ходе (вызова) будут заданы вопросы из ранее пройденного материала по анатомии и физиологии.

Примерная затрата времени на данную фазу составит до 10 минут.

После проведения (вызова) переходим ко второй фазе – (осмыслению). В данной стадии чтения лекции необходимо четко и рационально изложить основные моменты лекции. Примерная затрата времени составит до 60 минут.

В третьей стадии чтения лекции проводится (размышление). В данной стадии со студентами проводится повторный опрос знаний по тематике и задаются контрольные вопросы и совместно со студентами проводится ответ.

Примерная затрата времени 15 минут.

Раздаточный материал

По теме лекции на каждую группу студентов будет распечатано приложение (основные слайды лекции).