

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному
развитию.

ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования
врачей.

Кафедра акушерства и гинекологии.

Ирышков Д.С.

Острый живот в гинекологии.

Учебное пособие.

(для врачей общей практики)

**ПЕНЗА
2008г.**

Федеральное агентство по здравоохранению и социальному
развитию.

ГОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования
врачей.

Кафедра акушерства и гинекологии.

УДК 618.1.

Ирышков Д.С.

Острый живот в гинекологии.

Учебное пособие.

(для врачей общей практики)

**ПЕНЗА
2008г.**

УДК 618.1.

Учебное пособие «Острый живот в гинекологии» отражает современные взгляды на наиболее надежные и эффективные методы диагностики и оказания неотложной помощи больным с острыми гинекологическими заболеваниями применительно к условиям работы врача общей (семейной) практики, а также клинических ординаторов и врачей-интернов.

Составитель:

ассистент кафедры акушерства и гинекологии ПИУВ, кандидат медицинских наук, врач высшей категории Ирышков Дмитрий Сергеевич.

Рецензенты:

Зав.кафедрой акушерства и гинекологии медицинского института ПГУ Усанов В.Д.

Главный акушер-гинеколог г.Пензы Тактаев А.П.

Учебно-методическое пособие утверждено Ученым Советом ГОУ ДПО ПИУВ Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию от 27 мая 2008 года протокол № 7

.

Введение.

Острая боль в животе - самая частая жалоба при гинекологических и хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Состояние, обозначаемое термином "острый живот", нередко служит показанием к хирургическому вмешательству до постановки окончательного диагноза. Промедление с началом операции может стать причиной смерти; в то же время для дифференциальной диагностики и выбора тактики лечения требуются подробный анамнез и тщательное физикальное исследование. Наиболее часто эта патология встречается в практической работе хирургов, гинекологов и терапевтов.

Выяснение причины острой боли в животе напоминает решение головоломки так как время отведенное для постановки диагноза бывает ограничено в связи с тяжелым состоянием больной. Приходится сопоставлять множество фактов - данные анамнеза, результаты физикального, лабораторных, рентгенологических, ультразвуковых исследований и др.

Частота острых гинекологических заболеваний, требующих неотложной помощи, варьирует в очень широких пределах. Своевременная диагностика, адекватное решение возникающих организационных вопросов и оказание квалифицированной помощи на догоспитальном этапе являются залогом успешного лечения данных пациенток.

Острый живот в гинекологии это сложный симптомокомплекс, в котором ведущими признаками являются:

1. Боли в любом отделе живота.
2. Наличие перитонеальных симптомов.
3. Наличие выраженных изменений в состоянии больной.

Гинекологические заболевания, протекающие с симптомокомплексом острого живота, можно разделить на три группы.

Первая группа заболеваний связана с внутрибрюшным кровотечением. К ней относят: прервавшаяся внематочная беременность, апоплексия яичника, перфорация матки, разрыв кисты яичника. В этой группе заболеваний нарушение общего состояния протекает по типу острой кровопотери.

Вторая группа заболеваний объединяет процессы, связанные с нарушением кровоснабжения в органе и его некрозе. К этой группе относят перекрут ножки кисты или опухоли яичника, перекрут придатков матки, перекрут и некроз миоматозного узла. Общая реакция организма в этой группе заболеваний вначале выражается в нарушении гемодинамики, коллапсе, а в более поздние часы заболевания - в интоксикации, связанной с некрозом тканей.

Третья группа составляет воспалительные процессы внутренних половых органов, а именно пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальное воспалительное образование, первичный перитонит при гонорее, острое воспаление придатков матки. В этой группе преобладают общие реакции организма в виде интоксикации и нарушений водно-электролитного обмена.

Такое разделение условно, т.к. например разрыв кисты яичника может сопровождаться не кровотечением, а интоксикацией, если киста предварительно нагноилась, перфорация матки может проявиться перитонитом без признаков внутреннего кровотечения.

Экстрагенитальные заболевания, с которыми может встретиться врач при картине острого живота это: острый аппендицит, кишечная непроходимость, прободной перитонит, острый холецистит, панкреатит, тромбоз мезентериальных сосудов, мочекаменная болезнь, пиелонефрит, разрыв селезенки и другие.

При данных ситуациях врач обязан решить следующие вопросы:

- является ли заболевание острым, требующим неотложной помощи?
- является ли заболевание гинекологическим или экстрагенитальным?
- каков план обследования больной?

-какие лечебные мероприятия требуются?

В большинстве случаев первыми встречают такую больную врачи скорой помощи или общей практики. Гинеколог же встречается с такой больной чаще всего в приемном отделении больницы или в женской консультации.

I. Анамнез.

Расспрос начинают с выяснения обстоятельств возникновения боли и анамнеза жизни. Возникновение боли в проекции пораженного органа в гинекологии обусловлено тремя основными причинами:

1. раздражением париетальной брюшины (например, при остром воспалительном процессе придатков, внутрибрюшном кровотечении).
2. нарушением кровоснабжения внутренних половых органов и новообразований.
3. спастические боли (как пример родовые схватки или аборт в ходу).

Анамнез должен дать ответы на следующие вопросы:

а. Локализация боли. Боли, исходящие из половых органов, обычно локализуются в треугольнике, вершиной которого является пупок, а основанием линия между передне-нижними остями подвздошных костей. Поэтому в первую очередь следует предположить заболевание тех органов, которые расположены в непосредственной близости от очага боли. Заболевания органов забрюшинного пространства (почек, поджелудочной железы) обычно сопровождаются болью в спине или в боку, но нередко вызывают и острую боль в животе, сбивая врача с толку. Заболевания органов, не контактирующих с париетальной брюшиной, а также невоспалительные заболевания органов брюшной полости (например, начальная стадия механической тонкокишечной непроходимости) сопровождаются разлитой болью без четкой локализации. Заболевания органов, расположенных в непосредственной близости друг от друга, часто дают настолько сходную клиническую картину, что дифференциальный диагноз сложен и для опытного врача (см. табл. 1).

б. Иррадиация боли - важный диагностический признак, дополняющий клиническую картину. Боли исходящие из гениталий, чаще иррадиируют в анус, крестец, внутреннюю поверхность бедра, а при наличии крови или воспалительного секрета в животе характерен френдикус – синдром- иррадиация болей в ключицу.

При поражении органов поддиафрагмального пространства (разрыв селезенки, гемоперитонеум, абсцесс) боль иррадиирует в надплечье и боковую поверхность шеи на стороне поражения, поскольку диафрагма иннервируется IV шейным спинномозговым нервом. При желчной колике боль, как правило, охватывает правое подреберье и иррадиирует в правое плечо и под правую лопатку. Боль при панкреатите обычно иррадиирует в спину, ее часто называют опоясывающей. Боль при почечной колике, как правило, начинается в боку, иррадиирует в пах по ходу мочеточника и сопровождается учащенным и болезненным мочеиспусканием.

в. Характер боли. Боль в животе может быть постоянной или схваткообразной (колика).

1. Постоянная боль может усиливаться и ослабевать, но не проходит полностью и не возникает в виде приступов. Постоянная боль характерна для воспалительных и опухолевых заболеваний внутренних органов, при этом чаще всего они нарастают постепенно..

2. Схваткообразная (приступообразная) боль обычно возникает при прерывании трубной беременности (внематочной). Однако приступ болей, возникший в связи с

трубным абортom, может длиться несколько минут, а потом боли ослабевают или проходят совсем, после чего приступ может повториться через разные промежутки времени- от нескольких часов до несколько дней.

Настоящие схваткообразные боли свойственны прерыванию маточной беременности(аборту) ,однако при этом не бывает клиники острого живота, поскольку кровотечение при этом будет не внутренним , а наружным.

Следует помнить, что некоторые заболевания начинаются со схваткообразной боли, которая затем становится постоянной (кишечная непроходимость).

г. Продолжительность боли. Эпизодические кратковременные боли, не сопровождающиеся другими клиническими симптомами и изменениями лабораторных показателей, редко бывают следствием серьезного заболевания. Напротив, продолжительные постоянные или приступообразные боли почти всегда свидетельствуют о патологическом процессе. При большинстве гинекологических заболеваний боль продолжается от нескольких часов до нескольких суток. Боли, длящиеся месяцами, обычно не опасны и свидетельствуют о хроническом заболевании.

д. Интенсивность боли. Как правило, чем тяжелее гинекологическое заболевание, тем сильнее боль, которой оно сопровождается , что заставляет обращаться к врачу даже самых терпеливых больных. Почти все больные интуитивно верно оценивают собственное состояние и интенсивность боли. Поэтому не следует игнорировать жалобы на вновь появившиеся болезненные ощущения в животе даже у внешне здорового человека.

е. Возникновение боли. При некоторых гинекологических заболеваниях (перфорация полого органа, перекрут хорошо кровоснабжаемого органа) острая боль в животе появляется внезапно, часто на фоне хорошего самочувствия. Состояние ухудшается стремительно. Больная охотно и детально описывает обстоятельства возникновения боли. При других заболеваниях - аппендиците, дивертикулите, механической кишечной непроходимости - болевые ощущения развиваются не так быстро, однако через несколько часов боль может стать очень сильной.

Лихорадка: Эти симптомы характерны для воспалительных заболеваний .Обычно при сальпингите, перитоните температура повышается одновременно с появлением болей. При перекруте ножки опухоли температура повышается обычно через несколько часов и даже дней после начала заболевания. При остром аппендиците температура не бывает выше субфебрильной. При трубной беременности, апоплексии яичника температура обычно нормальная. Следует запомнить, что с повышением температуры тела бывают связаны и другие заболевания, которые могут стимулировать острый живот, в частности , пиелонефрит.

Нарушение менструального цикла: Если у больной имеется этот симптом, то более вероятно, что у нее заболевание именно половых органов. Задержка менструации характерна для беременности (маточной или внематочной). Ациклические кровотечения возможны как при прерывании трубной беременности, так и при сальпингите. Начало заболевания всегда следует сопоставить с характером менструальной функции и днем менструального цикла. Так апоплексия яичника чаще всего бывает в середине цикла, а начало острого воспаления часто соответствует последним дням менструации. Уточняется дата последней нормальной менструации.

Бели: Если больная отмечает усиление выделений, появление неприятного запаха и при этом у нее появляются боли в животе и лихорадка- это скорее всего воспаления внутренних половых органов. Нередко этот симптом развивается на фоне ВМК, что иногда сопровождается воспалительными осложнениями. При восходящей гонорее острому началу заболевания нередко предшествуют гноевидные выделения из влагалища. При опорожняющемся пиосальпингите больная может указывать на повторяющиеся одномоментные выделения гноя из влагалища.

Половая жизнь: Необходимо выяснить живет ли больная половой жизнью, как она предохраняется от беременности. Например не пользуется ли ВМС.

Репродуктивная функция: выясняется количество и характер беременностей, их дата в хронологическом порядке, исход, осложнения, связанные с родами и абортами.

Перенесенные и сопутствующие гинекологические заболевания: их лечение и исход, а также дату последнего посещения гинеколога и состоит ли она на учете по тому или иному заболеванию.

Кишечные симптомы: Тошнота и рвота часто встречаются при острых болях в животе. Однократная рвота может быть и при трубном abortе, и при перекруте ножки опухоли яичника, и при аппендиците. Упорная многократная рвота чаще свидетельствует об экстагенетальном заболевании- кишечной непроходимости, перитоните, пищевой токсикоинфекции или панкреатите. Задержка стула и газов более характерна для хирургической патологии, однако может быть и при перитоните гинекологического происхождения (разрыв пиосальпинкса, гонорея).

При формировании абсцесса в малом тазу (пиосальпинкс, пиовар, абсцесс прямокишечно-маточного углубления) возможен жидкий стул, мучительные тенезмы, предшествующие перфорации гнойники в кишку.

Дизурия: Учащенное мочеиспускание с резью более характерно для заболевания мочевых путей, однако оно может быть и при восходящей гонорее, как симптом предшествующего уретрита.

Имея сведения об анамнезе жизни, легче сориентироваться в истории развития заболевания и это очень важный раздел анамнеза.

2.Дополнительные данные анамнеза.

1.Заболеванию может предшествовать аборт, какая-либо диагностическая или лечебная манипуляция(выскабливание полости матки, биопсия и т.д.).Заболевание может начаться в результате заражения (сомнительный половой контакт).Причиной также может быть травма, резкое движение, физическое напряжение. Возможно больная считала себя беременной, что нередко предшествует прерыванию внематочной беременности. В анамнезе может быть указание на наличие кисты или опухоли яичника, тогда можно думать о перекруте ножки этого образования.

2. Лекарственный анамнез

а. Некоторые лекарственные и наркотические средства могут провоцировать обострение хирургических заболеваний органов брюшной полости. При острой боли в животе, возникшей на фоне приема кортикостероидов или НПВС, следует заподозрить прободную язву. Алкоголь, тиазидные диуретики иногда способствуют развитию панкреатита.

б. Лекарственные средства, облегчающие боль. При спастических болях и некоторых постоянных прием спазмолитических средств (но-шпа) снижает интенсивность боли. При перитоните уменьшить боль препаратами из “домашней аптечки” практически невозможно.

3.Перенесенные заболевания. Для дифференциального диагноза важно выяснить, является ли данный болевой приступ повторным или возник впервые. При частых госпитализациях по поводу однотипных болей без видимой причины следует заподозрить симуляцию. Обязательно выясняют, какие операции перенесла больная. Существенное значение имеет гинекологический анамнез. Воспалительные заболевания матки и придатков часто носят рецидивирующий характер с повторяющимися болевыми приступами. У женщин, перенесших внематочную беременность, высок риск ее повторения. Во время гинекологической операции могла быть проведена симультантная операция (аппендэктомия + удаление придатков и т.д.).

3.Физикальное исследование

Физикальное исследование проводят тщательно и последовательно. Анамнез и результаты физикального исследования дают 60% информации, необходимой для

правильного диагноза; данные лабораторных исследований - лишь 10-15% такой информации.

А. Общее состояние и основные физиологические показатели

Внешний вид больного позволяет приблизительно оценить тяжесть заболевания. Обследование больных, страдающих острыми болями в животе, начинают с наблюдений общего характера: манера поведения, походка, положение в гинекологическом кресле и реакция на боль мимикой, цвет кожи и слизистых. Полезно узнать рост и массу тела больной, однако измерить эти показатели в экстренных случаях не всегда возможно. Внимательно посмотрите на больную - действительно ли она страдает или же с комфортом расположилась в постели, смотрит телевизор, разговаривает по телефону. Если во время пальпации живота больной жалуется на боль шутя и улыбаясь - наличие острого гинекологического заболевания маловероятно.

Особенности поведения больной: При острых болях, связанных с внутрибрюшным кровотечением или перитонитом, больная лежит на спине, она адинамична, безучастна, нередко держит руки над животом, не давая до него дотронуться. При почечной колике больная мечется в постели, ищет наиболее удобную позу. При кишечной непроходимости поведение больной также беспокойное. Целесообразно выяснить, что больная предпринимала для облегчения своего состояния и отметить, удалось ей это или нет.

Б. Объективное обследование:

1. Поза, которую больная принимает для ослабления болезненных ощущений, - тоже важный диагностический признак. При панкреатите больная стремится принять "позу эмбриона" - спина согнута, колени и бедра приведены к животу. В таком положении боль ослабевает, поскольку расслабляются поясничные мышцы, затронутые воспалительным процессом. При ретроцекальном аппендиците больные иногда сгибают правую ногу в тазобедренном и коленном суставах: это уменьшает давление воспаленного аппендикса на правую поясничную мышцу. При разлитом перитоните любой этиологии больные лежат неподвижно, поскольку малейшее движение усиливает боль.

2. Тахикардия при острой боли в животе бывает обусловлена лихорадкой, обезвоживанием и острой кровопотерей. Ее отсутствие ни в коем случае не исключает тяжелого заболевания органов брюшной полости. Увеличение ЧСС в ходе обследования (если нет обезвоживания) - признак ухудшения состояния.

3. Причина тахипноэ при боли в животе - уменьшение дыхательного объема и может превышать 20 в минуту. Поверхностное учащенное дыхание позволяет поддержать на должном уровне минутный объем дыхания. Тахипноэ и респираторный алкалоз нередко предшествуют метаболическому ацидозу, возникающему при сепсисе, перитоните, острой кровопотере.

4. Важно измерить артериальное давление. Острый живот не сопровождается гипертензией, Гипотония при этом бывает обусловлена либо септическим состоянием либо гиповолемией при острой кровопотере (разрыв трубы, разрыв кисты, апоплексия яичника).

При общем объективном исследовании нужно обратить внимание на признаки беременности: увеличение молочных желез, пигментация сосков, выделение молозива. Сухой обложенный язык свидетельствует о воспалительных процессах гениталий, аппендиците, кишечной непроходимости, перитоните.

Исследование по органам и системам нужно проводить методично и последовательно, несмотря на ограничение во времени. Поспешность и непоследовательность в проведении обследования может повлечь за собой диагностические ошибки.

В. Исследование живота.

Искусству исследования живота при острой боли лучше всего учиться у опытного врача. Игнорирование болезненных ощущений может рассердить больного, затруднить общение с ним и в конечном счете осложнить первичный осмотр и последующее наблюдение. Всех больных с болью в животе можно условно разделить на две группы. У больных первой группы имеются клиническая картина острого живота и отчетливые симптомы раздражения брюшины. Если остальные результаты обследования подтверждают диагноз необходимо срочное хирургическое вмешательство. Ко второй группе относят больных, чье состояние требует госпитализации для уточнения диагноза и последующего хирургического вмешательства (пример: подозрение на внематочную беременность). Основная цель первичного физикального исследования - установить, к какой группе относится данный больной.

Исследование живота проводят в определенной последовательности.

1. Начинают с осмотра. Оценивают общее состояние и позу больного. При осмотре живота обращают внимание на следующие признаки:

а. Рубцы и их локализация. При обнаружении послеоперационных рубцов у больного со схваткообразной болью в животе следует заподозрить спаечную кишечную непроходимость. По расположению рубца можно сделать заключение о характере перенесенной операции и тем самым ускорить дифференциальный диагноз.

б. Вздутие живота. Оценивают степень вздутия живота: как правило, чем дистальнее обструкция кишечника, тем сильнее вздут живот. При высокой кишечной непроходимости живот может быть втянутым, ладьевидным. Локальное выпячивание живота часто бывает обусловлено объемным образованием. Наконец, следует выяснить, чем вызвано вздутие живота - скоплением жидкости (асцит) или газа.

2. Следующий этап - аускультация. Фонендоскоп должен быть теплым. Определяют характер кишечных шумов.

а. Ослабленные кишечные шумы или их отсутствие в течение нескольких минут свидетельствуют о перитоните или паралитической кишечной непроходимости.

При местном перитоните, осложняющем аппендицит, дивертикулит и т. п., кишечные шумы бывают нормальными.

б. Усиленные, звонкие кишечные шумы на фоне схваткообразной боли в животе характерны для механической кишечной непроходимости.

в. Сосудистые шумы, обусловленные турбулентностью кровотока, встречаются при аневризме брюшной аорты, стенозе почечных и брыжеечных артерий.

3. Перкуссия всегда проводят после аускультации, поскольку она (так же как и пальпация) стимулирует перистальтику. Различают следующие перкуторные звуки:

а. Тупой звук дают объемные образования, свободная жидкость в брюшной полости (асцит), заполненные жидкостью петли кишечника.

б. Тимпанический звук получается при наличии свободного газа в брюшной полости, скоплении газов в кишечнике.

в. Смещение тупого звука при изменении положения тела характерно для свободной жидкости, то есть для асцита.

г. Исчезновение печеночной тупости. Обычно перкуторный звук над печенью притуплен. Он становится звонким при скоплении свободного газа между брюшной стенкой и печенью и свидетельствует о перфорации полого органа.

С помощью перкуссии можно диагностировать перитонит, не прибегая к глубокой пальпации. Если перкуссия живота вызывает боль, перитонит весьма вероятен. Больные с перитонитом очень чувствительны к малейшим сотрясениям. Если незаметно или "случайно" толкнуть кровать, больной немедленно пожалуется

на боль. По пути в рентгенологическое отделение следует обратить внимание на реакцию больного при переезде каталки через дверной порог или при ударе каталки о стену. Подобные методы скрытого наблюдения значат для диагностики перитонита гораздо больше, чем глубокая пальпация и симптом Щеткина-Блюмберга, которые часто дают ложноположительные результаты.

.Опухоль яичника с перекрутом ножки при перкуссии имеет тупой звук, при этом пальпаторные и перкуторные границы ее совпадают. При воспалительном инфильтрате (аппендицит, тубовариальное образование), в который вовлекаются петли кишечника и сальник, перкуторно тоже можно определить притупление, однако перкуторные границы образования будут значительно уже пальпаторных. Эти границы можно даже для наглядности начертить на брюшной стенке. Перкуторно можно установить факт вздутия живота (высокий тимпанит). При внутрибрюшном кровотечении, воспалительном выпоте, асците определяется притупление в отлогих местах (в подвздошных областях), которое перемещается при перемене положения тела (на бок). Разумеется каждому из этих состояний соответствуют «свои» симптомы (падение АД, высокая температура тела, кахексия и др.). При асците определяется симптом «волны», который обычно отсутствует при заполненной жидкостью кисте или опухоли яичника.

4. Пальпация - завершающий этап исследования живота. Руки врача должны быть теплыми.

а. Чтобы не причинить сильной боли в самом начале исследования, пальпацию начинают с наименее болезненного участка. Это позволяет избежать произвольного напряжения мышц брюшной стенки и сохранить контакт с больным. Самую болезненную область исследуют в последнюю очередь.

б. Сначала проводят поверхностную ориентировочную пальпацию. Определяют зоны наибольшей болезненности.

в. Одностороннее напряжение прямой мышцы живота - симптом перитонита. Его легче всего выявить, пальпируя живот двумя руками, расположенными симметрично относительно белой линии.

г. Исследование живота завершают глубокой пальпацией. Если диагноз разлитого перитонита к этому моменту уже установлен - глубокая пальпация бесполезна и негуманна. С помощью глубокой пальпации методически исследуют все органы брюшной полости; оценивают болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, выявляют объемные образования и определяют размеры органов.

д. «Доскообразный» живот - классический признак прободной язвы желудка и перитонита. Действие соляной кислоты на брюшину вызывает сильную боль и мышечный спазм. Иногда бывает трудно отличить истинную ригидность мышц передней брюшной стенки от произвольной защитной реакции. В таких случаях больного просят согнуть ноги в коленях и прижать их к животу - это помогает ему расслабиться. В некоторых случаях отличить истинную ригидность от произвольной защитной реакции позволяет введение небольшой дозы морфина.

Печень и селезенка, если увеличены, обычно не пальпируются. Наиболее часто при пальпации живота определяются напряжение и болезненность брюшной стенки, а также симптом Щеткина-Блюмберга. Эти симптомы могут быть и локальными, и распространенными по всему животу. Сочетание всех этих симптомов говорит чаще всего о перитоните, распространенном в той или иной степени (местный, диффузный, разлитой). При кровотечении в брюшную полость определяется симптом Куленкампа - это болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки, что обычно наблюдается при апоплексии яичника, разрыве трубы, разрыве селезенки. Для острого аппендицита помимо симптома Щеткина-Блюмберга характерны также симптомы Ровзинга, Образцова, Ситковского, Воскресенского, которые выявляются при пальпации живота.

При пальпации можно определить опухоль, которая исходит из яичника или матки и при перекурте ножки протекает с картиной острого живота. Тогда эта опухоль болезненна, особенно при попытке сместить ее. Однако опухоль может четко не пальпироваться из-за резкой болезненности и напряжения брюшной стенки. Если опухоль исходит из половых органов, то обычно хорошо пальпируется только ее верхний полюс, нижний же недоступен пальпации через брюшную стенку. Если хорошо пальпируется нижний полюс опухоли, а верхний недоступен пальпации - эта опухоль часто не имеет отношения к половым органам.

Следует определить и отметить в истории болезни локализацию опухоли, ее размеры, консистенцию, характер ее поверхности, подвижность и болезненность. Если больная указывает на наличие опухоли или кисты в анамнезе, а при пальпации опухоль не определяется и при этом развилась картина острого живота, можно думать о разрыве этого образования. Иногда пальпируемое образование не имеет четких контуров и неподвижно, тогда говорят об инфильтрате. Это бывает при воспалительных тубовариальных образованиях или при злокачественных образованиях.

5. Другие симптомы

а. Симптом Мерфи: сильная болезненность на высоте вдоха при глубокой пальпации правого подреберья. Симптом часто бывает положительным при остром холецистите, но не является патогномоничным для этого заболевания.

б. Симптом Ровзинга: появление боли в правой подвздошной области при глубокой пальпации (или перкуссии) левой подвздошной области. Положительный симптом характерен для аппендицита, но может наблюдаться и при других заболеваниях.

в. Симптом поясничной мышцы: больной лежит на левом боку, при разгибании правой ноги возникает боль в пояснице. Наблюдается при ретроцекальном аппендиците и других воспалительных заболеваниях, затрагивающих поясничные мышцы, - паранефрите, псоас-абсцессе, забрюшинной гематоме, прободении задней стенки слепой кишки злокачественной опухолью. Тот же симптом, наблюдаемый при разгибании левой ноги, характерен для паранефрита, прободения дивертикула и рака сигмовидной кишки.

г. Симптом запирающей мышцы: больной лежит на спине с согнутыми под прямым углом ногами; поворот голени внутрь или наружу вызывает боль. Возникновение боли обусловлено воспалительным процессом, вовлекающим внутреннюю запирающую мышцу либо локализованным рядом с ней (тазовый абсцесс, аппендицит, сальпингит).

д. Симптом Кера: боль в плече при пальпации нижних отделов живота, особенно в положении Тренделенбурга. Симптом был впервые описан при повреждении селезенки. Боль, вызванная скоплением жидкости в поддиафрагмальном пространстве, иррадирует в плечо и шею.

б. Иногда над очагом воспаления наблюдается повышенная кожная чувствительность. Это интересный биологический феномен, но диагностического значения он не имеет.

Г. Осмотр промежности, исследование половых органов и прямой кишки при боли в животе проводят обязательно.

Гинекологическое исследование.

Это исследование позволяет не только определить, исходят ли острые боли из половых органов, но и выявить причину их возникновения.

Осмотр наружных половых органов. При остром животе может дать ценную информацию в случае, если выявляются признаки гонореи нижнего отдела полового аппарата: вульвит,

уретрит, гонорейные пятна, гнойные выделения, абсцесс выводного протока большой железы преддверия влагалища.

Осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал позволяет выявить цианоз, как признак беременности, характер выделений (темные кровяные при трубной беременности, гнойные при воспалительном процессе, светлые при других заболеваниях). Гиперемия шейки и гнойные выделения могут быть при эндоцервиците, явившемся источником восходящей гонореи. Берут образец выделений из маточного зева для бактериологического исследования (бактериоскопия мазка, окрашенного по Граму, и посев).

Бимануальное исследование: может быть влагалищно – брюшностеночным и прямокишечно – брюшностеночным. При бимануальном исследовании определяют форму и консистенцию шейки матки, состояние маточного зева, ощущение болезненности при смещении шейки матки. Болезненность при смещении шейки матки при двуручном исследовании характерна для трубной беременности, воспаления придатков матки, пельвеоперитонита. При хирургической патологии этот симптом обычно отсутствует. Далее следует определить состояние влагалищных сводов. Обычно заполнение прямокишечно – маточного углубления кровью или воспалительным выпотом проявляется уплощением заднего, а иногда и боковых сводов. Однако через своды может определяться и нижний полюс опухоли или инфильтрата, в этих случаях при картине острого живота можно думать либо о tuboовариальном воспалительном образовании с микроперфорацией, либо об опухоли яичника. В некоторых случаях задний свод бывает выпячен заматочной гематомой при «старой» трубной беременности. Затем определяют расположение, размеры, форму, консистенцию и степень подвижности матки. При трубной беременности матка размягчена, несколько увеличена, очень подвижна (синдром «плавающей» матки). При воспалении придатков, пельвеоперитоните матка не увеличена, но болезненна, поскольку она может быть вовлечена в воспалительный процесс. Болезненность при пальпации узловатой матки, особенно на фоне бесплодия, указывает на эндометриоз.

При апоплексии яичника, перекруте ножки опухоли яичника, при хирургической патологии матка не имеет никаких патологических особенностей. Увеличенная, бугристая матка выявляется при миоме, при этом некоторые ее узлы при пальпации могут быть резко болезненны, что свидетельствует о нарушении кровоснабжения и некрозе. Придатки в нормальном состоянии чаще всего не пальпируются, особенно при ожирении брюшной стенки.

При трубной беременности придатки утолщены, болезненны и пастозны с одной стороны, без четких контуров, что объясняется наличием плодного яйца и перитубарной гематомы. При воспалении придатки чаще всего утолщены и болезненны с обеих сторон, однако четко пальпировать их не удастся. Плотное, бугристое, неподвижное и болезненное образование с одной или обеих сторон от матки определяется либо при tuboовариальных абсцессах, либо при истинных опухолях яичников, что в сочетании с клиникой острого живота может свидетельствовать о микроперфорации этих образований. Иногда в области придатков пальпируется болезненный тяж, который может быть перекрутившейся ножкой кисты или опухоли яичника. Попытка смещения опухоли при этом вызывает резкую боль. При апоплексии яичника с кровоизлиянием пальпируется как резко болезненное опухолевидное образование эластичной консистенции с четкими контурами. При хирургической патологии область придатков обычно безболезненна.

Иногда матку и придатки пальпировать не удастся из-за резкой болезненности и напряжения брюшной стенки. Это чаще всего бывает при гонорейном пельвеоперитоните, при диффузном перитоните, иногда при разрыве трубы.

К ректоабдоминальному исследованию прибегают, если больная не живет половой жизнью или в том случае, когда основные патологические образования пальпируются через задний проход. Такое исследование позволит получить более точные данные.

При ректальном исследовании можно выявить симптом Промптова, заключающийся в болезненности при пальпации прямокишечно-маточного углубления и болезненности при смещении матки к лону. Этот симптом характерен для острого аппендицита. Большую помощь может оказать ректо-вагинальное исследование, при котором пальцы исследующего более интимно приближаются к придаткам матки и широкой связке, что позволяет выявить тазовый абсцесс и ретроградные метастазы в параректальные лимфоузлы (нередко - при бессимптомных злокачественных опухолях органов брюшной полости).

Дополнительные методы исследований.

1. Лабораторные исследования

Лабораторные исследования могут оказать существенную помощь в дифференциальной диагностике острого живота. Однако результаты анализов крови и мочи, так же как и данные радиологических исследований, сами по себе не позволяют ни поставить, ни исключить ни один из вариантов диагноза и без подробного анамнеза и физикального исследования лишены смысла. “Лечить нужно больного, а не его анализ крови или рентгеновский снимок”. К лабораторным исследованиям, дающим ценную информацию, относятся:

а. Анализ мочи - доступный и недорогой метод выявления заболеваний почек и мочевых путей. Гематурия подтверждает диагноз мочекаменной болезни. Лейкоцитурия и бактериурия указывают на инфекцию мочевых путей. Протеинурия - неспецифический признак. Удельный вес мочи позволяет оценить водный баланс. Все эти исследования можно быстро провести с помощью тест-полосок. Анализ мочи на хорионический гонадотропин (ХГЧ) позволяет дифференцировать беременность от других патологических состояний.

б. Общий анализ крови. Подсчет лейкоцитов в крови помогает установить, связана ли боль в животе с воспалительным процессом. Для воспаления характерен лейкоцитоз, хотя существует много исключений. Так, при аппендиците количество лейкоцитов в крови может быть нормальным. Поэтому следует определить лейкоцитарную формулу, особенно в тех случаях, когда общее количество лейкоцитов нормальное или слегка повышено. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево - более важный диагностический признак, чем лейкоцитоз. При гинекологической патологии более выражено увеличение СОЭ, при хирургической – лейкоцитоз, быстро нарастающий в динамике. Общий анализ крови позволяет не только выявить анемию (по снижению абсолютного уровня гемоглобина и гематокрита) что говорит об острой кровопотере, но и установить ее тип (по морфологии эритроцитов).

в. Активность амилазы и липазы сыворотки. Диагноз острого панкреатита всегда является клиническим. Повышение активности амилазы и липазы подтверждает диагноз. Однако следует помнить, что повышение активности амилазы - неспецифический признак, который наблюдается при многих других заболеваниях (механическая кишечная непроходимость, инфаркт кишечника, прободная язва, внематочная беременность). Поскольку амилаза выводится почками, при почечной недостаточности ее активность в сыворотке тоже повышается. При остром панкреатите активность амилазы обычно достигает максимума через сутки и нормализуется к концу 2-3-х суток. Поэтому для подтверждения диагноза целесообразно определять также активность липазы. Отметим, что прирост активности обоих ферментов не коррелирует с тяжестью панкреатита. Более того, при хроническом панкреатите, сопровождающемся некрозом железы, активность амилазы и липазы может не изменяться. Если активность амилазы крови превышает 2000 ед/л, следует заподозрить калькулезный панкреатит.

г. Бактериоскопия Анализ влагалищных выделений позволяет выявить наличие повышенного содержания лейкоцитов и патогенную флору, что почти всегда бывает при воспалении внутренних половых органов. Однако следует помнить, что указанные признаки могут выявляться и при другой патологии, в том числе и экстрагенитальной, если она сочетается, например, с воспалением матки или влагалища.

2. Инструментальные исследования

Женщинам рентгенологические и изотопные исследования проводят только после исключения беременности.

а. Рентгенологические исследования

Обзорная рентгенография. Направляя больного на рентгенологическое исследование, врач должен быть уверен в том, что его результат повлияет на тактику лечения. Например, больному с типичными для аппендицита жалобами, болезненностью в правой подвздошной области, напряжением мышц брюшной стенки в точке Мак-Берни и легким лейкоцитозом необходимо хирургическое вмешательство, а не рентгенография. При некоторых заболеваниях информативность обзорной рентгенографии столь мала, что ее проведение не оправдано. Рентгенограмма брюшной полости в положении лежа на спине позволяет увидеть распределение газа в кишечнике, установить причину вздутия живота (скопление газа или жидкости), обнаружить заполненные жидкостью петли кишечника, уплотнение мягких тканей и конкременты. На рентгенограммах видны 90% мочевых камней (поскольку они содержат достаточно кальция) и лишь 10% желчных камней. Можно увидеть обызвествление поджелудочной железы - признак хронического панкреатита. Очаг обызвествления в правой подвздошной области вместе с соответствующими жалобами и данными физикального исследования свидетельствует об остром аппендиците. Наличие газа в желчных путях - признак пузырно-кишечного свища, который может возникнуть при желчнокаменной кишечной непроходимости. Отсутствие тени поясничной мышцы указывает на патологический процесс в забрюшинном пространстве - кровотечение (при травме) или воспаление (ретроцекальный аппендицит, панкреатит, дивертикулит сигмовидной кишки). И наконец, снимок позволяет обнаружить патологию позвоночника и таза.

Рентгенограмма брюшной полости в положении стоя используется, главным образом, для выявления горизонтальных уровней жидкости и газа в петлях тонкой кишки. При механической кишечной непроходимости уровни жидкости в смежных коленах кишечной петли имеют разную высоту.

3. Специальные методы.

При острой боли в животе нередко приходится проводить инвазивные и неинвазивные исследования органов брюшной полости.

а. УЗИ Женщинам при жалобах на боль внизу живота показано трансабдоминальное и трансвагинальное УЗИ малого таза.

б. Пункция брюшной полости через задний свод влагалища. Позволяет выявить характер жидкого содержимого в брюшной полости (гной, серозный выпот, кровь). Показанием к пункции являются признаки наличия свободной жидкости (нависание сводов, притупление перкуторного звука, болезненность при смещении шейки). Если клиника внутреннего кровотечения или разрыв пиосальпинкса ясна, а состояние больной требует срочного оперативного лечения то пункция заднего свода нецелесообразна, ибо её результат не может изменить плана ведения больной. Противопоказанием к пункции заднего свода является заполненность прямокишечно-маточного углубления опухолью. Если при пункции не получают никакого содержимого её не считают диагностически значимой, так как иногда кровь или выпот не попадают за матку из-за спаечного процесса.

в. КТ (компьютерная томография)- один из лучших методов диагностики заболеваний органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. При всех своих

достоинствах метод не лишен некоторых недостатков (высокая стоимость, большая лучевая нагрузка, аллергические реакции на в/в введение контрастных веществ). КТ не должна подменять собой физикальное исследование или диагностическую операцию.

г. Лапароскопия. К ней прибегают при сомнительных результатах физикального и дополнительных методов исследования. Исследование можно проводить у больной под местной анестезией, в этом - его основное преимущество перед диагностической лапаротомией, проводимой в операционной. Диагностическая лапароскопия незаменима при обследовании женщин с болью в правой подвздошной области. У этой категории больных до 30% аппендэктомий являются ошибочными. Лапароскопия позволяет снизить число неоправданных хирургических вмешательств и получить наиболее полную картину состояния органов брюшной полости, кроме того лапароскопия может является методом окончательного оперативного лечения .

д. Пробное лечение. В некоторых неясных случаях острого живота оправдано пробное лечение с динамическим наблюдением за больной. При гонорейном пельвиоперитоните, остром сальпингите обычно в течение нескольких часов состояние больной прогрессивно улучшается, что подтверждает правильность диагностики и выбранного метода лечения.

Таким образом, методичное и последовательное изучение анамнеза и объективное исследование больной позволяет выявить все симптомы заболевания и выбрать оптимальный метод терапии на всех этапах наблюдения.

Тактика ведения.

Если острое гинекологическое заболевание органов брюшной полости сопровождается коллапсом, больному проводится следующая медикаментозная терапия: вводится внутримышечно 1 мл 5%-ного раствора эфедрина или 1 мл 1%-ного раствора мезатона, внутривенно реополиглюкин, полиглюкин, желатиноль, 5%-ный раствор глюкозы (400-800 мл), в инфузионную среду добавляют сердечные средства (1 мл 0,06%-ного раствора коргликона или 0,3 мл 0,05%-ного раствора строфантина).

Применение обезболивающих средств в случаях "острого живота" на догоспитальном этапе недопустимо! Перед операцией хирург должен иметь возможность оценить клиническую картину, не искаженную действием наркотических анальгетиков. Но в некоторых случаях (например, когда из-за сильной боли больной не дает себя осмотреть) назначение небольших доз анальгетиков допустимо в условиях стационара - для облегчения страданий, повышения доверия к врачу и в итоге для проведения более полного и щадящего обследования.

На догоспитальном этапе

1. Тщательно собрать анамнестические данные и жалобы.
2. Путем осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации живота и изменения положения больного выявить симптомы, характерные для "острого живота".
3. Произвести ректо-влагалищно-абдоминальное исследование.
4. Исключить соматическое заболевание, симулирующее острую патологию в брюшной полости (диабет, почечная недостаточность, цирроз, гепатит, межреберная невралгия, плеврит, пневмония и др.), а также инфекционные болезни.
5. Исследовать дыхательную и сердечно-сосудистую системы.

В стационаре

1. Изучить и оценить жалобы, анамнез, объективные данные.

2. Сделать анализ крови и мочи (лабораторные исследования в динамике: формула крови и лейкоцитоза, билирубин, свертываемость крови, трансаминазы и щелочной фосфатазы, диастазы мочи и др.), провести анализ мазка на флору и степень частоты влагалища.
3. Исследовать состояние дыхательной системы, а при необходимости произвести рентгеноскопию грудной клетки.
4. Исследовать функцию сердечно-сосудистой системы (пульс, артериальное давление, при необходимости - ЭКГ)..
5. При подозрении на урологическое заболевание необходимо сделать обзорный снимок почек, урографию, хромоцистоскопию, осмотр мочи, катетеризацию мочевого пузыря (если нет повреждений уретры).
6. Измерить ректальную и подмышечную температуры (увеличение этой разницы свыше 1° говорит о воспалительном процессе в брюшной полости).
7. По показаниям произвести: лапароскопию, лапароцентез(пункцию брюшной полости) , раздельное диагностическое выскабливание, УЗИ, рентгеноскопию и рентгенографию брюшной полости.

В сомнительных случаях или при отсутствии эффекта от консервативной терапии следует ставить показания к диагностической лапаротомии или лапароскопии, которая может быть и лечебной.

Острый живот в гинекологии (основные причины и симптомы).

Речь идет о синдроме, развивающемся в результате острой патологии в брюшной полости и проявляющемся внезапно возникшими болями в любом отделе живота, перитонеальными симптомами и выраженными изменениями в состоянии больной.

Острая боль в нижних отделах живота у женщин с выраженными перитонеальными симптомами возможна при внутрибрюшном кровотечении (внематочная беременность, апоплексия яичника; перекруте ножки кисты (кистомы) яичника; перфорации гнойных tuboovarialных образований; пельвиоперитоните).

Внематочная беременность — имплантация и развитие оплодотворенной яйцеклетки вне полости матки. К этой патологии приводят воспалительные заболевания придатков матки, нарушение функционального состояния маточных труб и яичников, половой инфантилизм, повышенная активность трофобласта и т.д..

Наиболее частым ее видом является трубная (98,5%). Другие виды внематочной беременности встречаются крайне редко-брюшная (0,4%), яичниковая (0.2%). Внематочная беременность преимущественно встречается в возрасте 20-35 лет, несколько чаще в правой трубе. Прерывание внематочной трубной беременности, сопровождающееся кровотечением, происходит на 4-6-и неделе вследствие нарушения целостности плодместилища.

Основная задача врача-терапевта сводится к тому, чтобы своевременно заподозрить внематочную беременность и срочно направить больную в гинекологическое или хирургическое отделение.

Практически важно помнить, что внезапные боли в животе у молодой женщины, сопровождающиеся признаками острой сосудистой недостаточности и признаками острой кровопотери, являются достаточными для диагностики внематочной беременности.

Врач, оказывающий экстренную помощь, не должен вводить обезболивающие средства, чтобы не исказить клинической картины болезни, не должен назначать холод или тепло на живот и очистительную клизму, чтобы не вызвать усиления кровотечения.

I. Догоспитальный этап

Клиническая картина внематочной беременности очень сложна и многообразна. Врачу скорой помощи чаще всего приходится встречаться с ее остро развивающимися формами: внутренним и наружным разрывом трубы и трубным абортom.

Для постановки правильного диагноза важное значение имеет хорошо собранный гинекологический анамнез. Необходимо при опросе обратить внимание на задержку месячных, инфантилизм (позднее наступление менструаций - в 16-17 лет, их болезненность и атипичность), перенесенные воспалительные заболевания половых органов, аборты в прошлом, большие перерывы между беременностями. Чаще всего женщина считает себя беременной, но в ряде случаев беременность отрицает. Нередко женщину беспокоят небольшие боли и кровянистые, грязноватые, дурно пахнущие выделения. Клиника внематочной беременности чаще всего развивается среди полного здоровья. Возникает резкая приступообразная схваткообразная боль в низу живота, отдающая в задний проход, поясницу, нижние конечности, иногда боли иррадиируют в соответствующее надплечье (френикус-симптом). Часто бывают кратковременная потеря сознания, головокружение, обморочное состояние, тошнота, рвота, икота. Мочеиспускание обычно задерживается, но может быть и учащенным. Появляются позывы на дефекацию, иногда бывает понос. На первый план выступают признаки внутреннего кровотечения: резкая бледность кожного покрова и видимых слизистых, лицо бледное, состояние полуобморочное, холодный пот, черты лица заправшие, в глазах выражение страха. Температура тела обычно нормальная, субфебрильная или даже пониженная.

При исследовании у таких больных наблюдается нагрубание молочных желез, при надавливании из сосков выделяются капли молозива. Отмечается одышка. Пульс частый - 100 уд/мин и более, малый, слабого наполнения, иногда еле прощупываемый или вовсе неощутимый. Артериальное давление (максимальное и минимальное) снижено и прогрессивно падает.

Пальпация живота и влагалищное исследование при острой форме внематочной беременности должны проводиться крайне осторожно. Больные нередко находятся в вынужденном полусидячем положении. Живот умеренно вздут. Больная его щадит при дыхании. Перкуссия и пальпация живота резко болезненны, особенно на стороне разорвавшейся трубы. Отмечается притупление перкуторного звука в отлогих местах живота, которое обусловлено наличием свободной крови в брюшной полости.

При двуручном влагалищном исследовании определяется резкая болезненность во входе во влагалище и в заднем своде, который податлив и мягок. В одном из сводов обычно отмечается резистентность. Матка несколько увеличена. Выделения из влагалища - мажущие, кровянистые, темного цвета.

При выявлении или подозрении на внематочную беременность больная должна быть в экстренном порядке на носилках доставлена в гинекологическое отделение стационара для оперативного лечения. Особенно важно создать условия полного покоя при перевозке больной. Вследствие многообразия клинических форм (атипичные и стертые формы) распознавание внематочной беременности нередко бывает трудной задачей, поэтому чаще всего больные поступают в хирургические отделения с диагнозом "острый живот".

II. Стационар

Большие затруднения при распознавании внематочной беременности возникают тогда, когда в клинической картине преобладают перитонеальные явления. В крови, взятой в первые часы после приступа, отмечается анемия, со стороны белой крови -

кратковременная лейкопения и тромбоцитопения. СОЭ при большой кровопотере повышена.

Гинекологическое исследование помогает уточнить диагноз. При нечеткой клинической картине показана пункция брюшной полости через задний свод влагалища для установления наличия свободной крови в брюшной полости.

В диагностике внематочной беременности широко применяется лапароскопия, которая позволяет обнаружить кровь в брюшной полости, гематосальпинкс, кровоизлияния в яичник, а также провести необходимый объем оперативной помощи.

Для уточнения диагноза возможно также применение лапароцентеза (пункцию брюшной полости) с целью определения крови в брюшной полости.

При ясной клинической картине и угрожающем состоянии больную необходимо оперировать в экстренном порядке независимо от тяжести состояния (операционный доступ либо лапароскопия, либо лапаротомия). Борьба с шоком, кровопотерей не должна оттягивать операцию, а производиться в ходе оперативного вмешательства.

Обезболивание общее.

После ревизии органов малого таза находят пораженную трубу и производят чаще всего сальпингэктомию. При отсутствии противопоказаний - аутоотрансфузия крови из брюшной полости обязательна.

Выписка из стационара при благоприятном течении послеоперационного периода на 7-8-й день после операции.

В зависимости от места имплантации плодного яйца, внематочная беременность может нарушиться по типу трубного аборта и разрыва маточной трубы.

При трубном аборте плодное яйцо, не имея соответствующих условий для развития, отслаивается от стенок маточной трубы и изгоняется в брюшную полость. В связи с ритмическим сокращением маточной трубы кровь в брюшную полость поступает периодически.

При разрыве маточной трубы в результате нарушения внематочной беременности ворсинки плодного яйца полностью разрушают тонкую стенку маточной трубы, и кровь из поврежденных сосудов изливается в брюшную полость. Кровотечение обычно массивное, поэтому в клинической картине разрыва маточной трубы преобладают признаки внутрибрюшного кровотечения. Разрыв маточной трубы, как правило, происходит внезапно на фоне абсолютного здоровья, при задержке менструации в среднем на три-четыре недели.

Внезапная и сильная боль в низу живота иррадирует в прямую кишку и сопровождается головокружением, слабостью, бледностью покровов, обморочным состоянием. Живот участвует в акте дыхания ограниченно, болезнен при пальпации и перкуссии, симптомы раздражения брюшины положительны, при перкуссии в отлогих местах имеется притупление. При продолжающемся кровотечении на первый план выступают признаки геморрагического шока и постгеморрагической анемии.

Дифференциальную диагностику проводят с острым панкреатитом, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, острым аппендицитом, перекрутом ножки кисты яичника и др. Диагностически важно указание на задержку менструации, субъективные признаки беременности, кровянистые выделения из половых путей.

Больные с внематочной беременностью нуждаются в неотложной помощи в гинекологическом стационаре, при диагностическом сомнении показана госпитализация в многопрофильный стационар. Признаки внутрибрюшного

кровотечения требуют немедленного восполнения ОЦК любым доступным кровезамещающим раствором, лучше декстранами, препаратами крахмала. Инфузию продолжают вплоть до поступления больной в стационар.

Апоплексия яичника (разрыв яичника, инфаркт яичника, гематома яичника) — острое нарушение целостности яичника с кровоизлиянием в его строму и последующим кровотечением в брюшную полость. Апоплексия яичника чаще возникает у женщин репродуктивного возраста, но встречается и у подростков. Разрыв яичника происходит вследствие застойной гиперемии, варикозных, расширенных вен или склерозированных сосудов, а также склеротических изменений в строме. Кровотечению из яичника предшествует образование гематомы, которая вызывает резкие боли ввиду нарастания внутрияичникового давления, затем следует разрыв ткани яичника.

Немаловажная роль принадлежит нарушениям функции вегетативной и эндокринной систем, что ведет к повышению секреции лютеинизирующего гормона гипофиза. Апоплексия чаще происходит в период овуляции, а также в стадии васкуляризации и расцвета желтого тела.

Апоплексии яичника сопутствуют внутрибрюшное кровотечение и болевой синдром. По преобладанию одного из них условно различают анемическую и болевую формы заболевания. Начинается оно остро, с внезапных болей в низу живота, преимущественно на стороне поражения. При болевой форме при осмотре определяется болезненность в нижних отделах живота, симптомы раздражения брюшины выражены слабо. В данной ситуации необходима дифференциальная диагностика с острым аппендицитом. При анемической форме на первый план выступают все признаки внутрибрюшного кровотечения.

В отличие от внематочной беременности, при разрыве яичника отсутствуют указания на задержку менструаций, признаки беременности, кровянистые выделения из половых путей. **При апоплексии яичника необходима госпитализация в многопрофильный стационар.** При признаках внутрибрюшного кровотечения требуется немедленное введение кровезамещающих растворов.

Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника — осложнение существовавшей кисты или кистомы яичника. Начало заболевания часто связано с резким изменением положения тела, повышением внутрибрюшного давления в результате сильного натуживания, продолжительного кашля, тяжелой физической работы, а также с нарушением кровоснабжения кисты. Перекрут может произойти остро или развиваться постепенно, при этом происходит нарушение кровоснабжения с отеком кисты, кровоизлиянием и некрозом паренхимы. Различают частичный (постепенный) и полный (внезапный) перекрут.

При частичном перекруте ножка изменяет свое положение на $90—180^\circ$, артериальный ток крови сохраняется, но венозный отток затруднен в связи с компрессией сосудов, в результате чего возникают венозное полнокровие и отек стенки кисты. При полном перекруте (до 360°) артериальный кровоток прекращается, что вызывает некробиотические процессы в кисте яичника и появление перитонеальных симптомов, а при инфицировании кисты — перитонит. Боли в низу живота со стороны образования могут быть постепенно нарастающими или острыми. Возможны тошнота, рвота, метеоризм, парез кишечника, напряжение передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины. Дифференциальную диагностику проводят с острым аппендицитом и нарушенной внематочной беременностью. **Необходима срочная госпитализация. На догоспитальном этапе лечение не проводится.**

Перфорация гнойных образований придатков матки

Воспалительные заболевания женских половых органов занимают ведущее место в гинекологической практике и остаются наиболее распространенной причиной госпитализации женщин репродуктивного возраста. Воспалительные заболевания проходят несколько стадий, от острого воспаления до сложных деструктивных изменений тканей. Основным механизмом развития воспаления является микробная инвазия. Вместе с тем, в этиологии гнойного процесса значительное, а иногда и ведущее место занимают провоцирующие факторы. Это физиологическое (менструация, роды) или ятрогенное (аборты, внутриматочные контрацептивы, операции, гистероскопия, экстракорпоральное оплодотворение) ослабление или изменение барьерных свойств матки и половых путей, способствующее формированию входных ворот для патогенной микрофлоры и дальнейшему ее распространению. Инфицирование происходит интраканаликулярным, восходящим, гематогенным и лимфогенным путями.

Клиническая картина воспалительных заболеваний женских половых органов, в частности придатков матки, в настоящее время нередко оказывается стертой, малосимптомной. Пиосальпинкс, tuboовариальный абсцесс вызывают постоянные боли в низу живота, преимущественно со стороны воспаления, ознобы, высокую лихорадку, слабость, недомогание. Боли иррадиируют в нижние конечности, поясничную область. Живот мягкий, может быть умеренно вздут. У больных отмечают тахикардию. Симптомов раздражения брюшины нет, возможны тошнота, задержка стула, газов.

Из половых путей иногда появляется гнойное отделяемое.

При перфорации гнойных образований уже в первые часы появляются слабые симптомы перитонита, которые наслаиваются на клинику тяжелого воспалительного процесса. Боли бывает интенсивными, иногда ноющими, нечеткой локализации. Ознобы, лихорадка, тахикардия сопровождают эту стадию заболевания. Часто отмечается болезненное мочеиспускание, жидкий стул, вздутие живота.

На догоспитальном этапе категорически недопустимо введение анальгетиков.

Применяют антибиотики широкого спектра и длительного действия. Антибиотики должны обладать перекрестной эффективностью при гинекологических, урологических, общехирургических и других заболеваниях). Например, требованиям отвечают цефтриаксон в дозе 1-2 г внутривенно или внутримышечно в комбинации с метронидазолом 100 мл внутривенно капельно и амоксициллин 2,4 г внутривенно в комбинации с метронидазолом 100 мл внутривенно. **Необходима госпитализация и основное лечение проводится в стационаре.**

Тазовый перитонит(пельвиоперитонит).

Различают первичный и вторичный пельвиоперитонит. Первичный возникает в результате поражения брюшины микробами, проникшими гематогенным, лимфогенным или через маточные трубы. Вторичный перитонит бывает намного чаще и является результатом распространения воспалительного процесса с органов, в результате их перфорации или воспаления.

Для гинекологических заболеваний чаще всего характерен местный ограниченный тазовый перитонит. Однако при недостаточности механизмов защиты, при высокой вирулентности микрофлоры, при неадекватном лечении воспаление брюшины прогрессирует и возникает диффузный перитонит. При тазовом перитоните на фоне предрасполагающих моментов возникают постоянные усиливающиеся боли, недомогание, повышение температуры тела, озноб, тахикардия, тошнота, одышка, сухой и

обложенный язык, газы не отходят, задержка стула или жидкий стул. Живот вздут, отстаёт от акта дыхания, напряжён, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика кишечника вялая. При ограниченном перитоните эти симптомы наблюдаются ниже линии пупка.

При двуручном исследовании выявляется уплощение сводов, резко болезненные смещения шейки матки. Матка и придатки не пальпируются из-за резкой болезненности и напряжения брюшных мышц.

В крови – лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, увеличение СОЭ, отмечаются нарушения белкового, водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния. Клиника диффузного разлитого перитонита характеризуется дальнейшим распространением локальной симптоматики, прогрессированием метаболических нарушений и ухудшением общего состояния больной.

Необходима срочная госпитализация и основное лечение проводится в стационаре.

В итоге хотелось бы заострить внимание врачей на следующем. Важным элементом действий врача догоспитального и госпитального этапа является оформление документации – истории болезни, карты скорой и неотложной помощи. Это далеко не формальный акт. Записывая, врач ещё раз анализирует все, что увидел у больного, и одновременно проводит дифференциальную диагностику. Это способствует уменьшению диагностических ошибок. Если всё же ошибка произошла, подробная запись поможет впоследствии произвести её критический анализ, сделать правильные ретроспективные выводы, а в итоге обогатит любого врача необходимым опытом и практикой.

Дифференциальная таблица клинических симптомов острого живота в гинекологии и хирургии. (таблица № 1.).

Жалобы и симптомы.	Прерванная трубная беременность	Апоплексия яичника	Перекрыт ножки опухоли	Пио-сальпинкс	Аппендицит	Кишечная непроходимость	Перитонит
Задержка менструаций	+						
Начало заболевания в середине менструального цикла		+					
Начало заболевания в конце менструации				+			
Постоянные боли		+	+	+	+		+
Приступообразные боли	+						
Схваткообразные боли						+	
Боли в эпигастрии	+				+		
Боли в пахово-поясничной области	+	+	+	+	+		
Боли разлитые			+	+		+	+
Иррадиация в прямую кишку	+	+		+			
Френикус-симптом	+	+					
Рвота, тошнота			+	+	+	+	+
Субфебрильная температура			+		+	+	
Высокая температура				+			+
Нормальная температура	+	+	+				
Головокружения, обморок	+	+	+				
Субъективные признаки беременности	+						
Гипотония	+	+	+				
Бледность	+	+	+				
Тахикардия	+	+	+	+	+	+	+
Сухой обложенный язык			+	+	+	+	+
Неотхождение газов						+	+
Задержка стула						+	+
Жидкий стул				+	+		+
Лейкоцитоз			+	+	+	+	+
Анемия	+	+					
Увеличение СОЭ				+			+

Дифференциальная таблица клинических симптомов острого живота в гинекологии и хирургии.(таблица №1,продолжение).

Локальные симптомы	Прерванная трубная беременность	Апоплексия яичника	Перекрут ножки опухоли	Пио-сальпинкс	Аппендицит	Кишечная непроходимость	Перитонит
Вздутие живота	+	+	+	+	+	+	+
Ассиметрия живота			+			+	
Отставание брюшной стенки от дыхательной экскурсии	+	+	+	+	+	+	+
Напряжение мышц			+	+	+	+	+
Болезненность брюшной стенки	+	+	+	+	+	+	+
Симптом Щеткина-Блюмберга			+	+	+	+	+
Симптом Куленкампа	+	+					
Притупление в отлогих местах или локальное	+	+	+	+			+
Тимпанит						+	
Отсутствие перистальтики						+	+

Дифференциальная таблица клинических симптомов острого живота в гинекологии и хирургии (таблица №1, продолжение).

Данные гинекологического исследования	Прерванная трубная беременность	Апоплексия яичника	Перекрыт ножки опухоли	Пио-сальпинкс	Аппендицит	Кишечная непроходимость	Перитонит
Цианоз шейки и влагалища	+						
Кровяные выделения из влагалища	+						
Гнойные выделения				+			
Нависание сводов	+	+		+			+
Болезненность при смещении шейки	+	+	+	+			+
Увеличение матки	+						
Увеличение придатков	+	+	+	+			
Матка и придатки не определяются из-за болезненности	+			+			+

Список литературы.

- 1.Грязнова И.М. Внематочная беременность.,М.,Медицина,1980г.
- 2.Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под редакцией акад. Савельева В.С., Медицина, 1990г.
- 3.Селезнёва Н.Д. Неотложная гинекология.,Медицина,1986г.
- 4.Ирышков Д.С. и соавт. Эндоскопическая хирургия в гинекологии
Актуальные вопросы диагностики лечения и реабилитации больных. ПИУВ,Пенза.,1997.
5. Ирышков Д.С. Реабилитационная терапия женщин после внематочной беременности.,
Пособие для врачей., ПИУВ, 2001г.
- 5.Стрижаков А.И. и соавт. Малоинвазивная хирургия в гинекологии.,2001г.
- 6.Ищенко А.И.,Новые технологии и малоинвазивная хирургия в гинекологии.,2004г.

Содержание.

1. Введение.	стр.1
2. Анамнез.	стр.2
3. Дополнительные данные анамнеза.	стр.4
4. Физикальные методы исследований.	стр.5
5. Гинекологические методы исследований.	стр.9
6. Дополнительные методы исследований.	стр.10
7. Тактика ведения.	стр.12
8. Острый живот в гинекологии (основные причины и симптомы).	стр.13
9. Дифференциальные таблицы.	стр.19
10. Список литературы.	стр.22