

СИМПТОМЫ ОСТРОГО ЖИВОТА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Худоярова Дилдора Рахимовна

Турсунов Нуриддин Бахриддинович

Самаркандский государственный медицинский университет

Самарканд, Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10511195>

Аннотация. Наиболее частыми операциями по поводу острого живота являются внематочная беременность (67,4%), апоплексия яичника (25,1%) и перекрут придатков (5%). Цель исследования оценить возможности дифференциальной диагностики симптомов острого живота у женщин. На основании полученных данных можно сделать вывод, что симптомы «острого гинекологического живота» легче всего дифференцировать на основании анамнеза и данных УЗИ. В запущенных случаях гемоперитония различить характер боли труднее, чем в других ситуациях.

Ключевые слова: острые гинекологические заболевания, лапароскопические и лапаротомные методы, альгоменорея, внематочная беременность, травмы органов малого таза.

SYMPTOMS OF ACUTE ABDOMINAL IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Abstract. The most common operations for acute abdomen are ectopic pregnancy (67.4%), ovarian apoplexy (25.1%) and adnexal torsion (5%). The purpose of the study was to evaluate the possibilities of differential diagnosis of symptoms of acute abdomen in women. Based on the data obtained, we can conclude that the symptoms of "acute gynecological abdomen" are most easily differentiated based on medical history and ultrasound data. In advanced cases of hemoperitonitis, it is more difficult to distinguish the nature of the pain than in other situations.

Key words: acute gynecological diseases, laparoscopic and laparotomic methods, algomenorrhea, ectopic pregnancy, pelvic organ injuries.

Актуальность. Боль в животе – одна из наиболее частых причин обращения за неотложной помощью. Особенно актуальна эта проблема, когда мы говорим о синдроме «острого живота» у девушек, молодых женщин и женщин, поскольку у этой категории больных к структуре причин болей в животе добавляется огромное количество гинекологических патологий: острые воспалительные заболевания придатков матки (сальпингит, аднексит, оофрит, сальпингофрит, пельвиоперитонит); заболевания,

вызывающие внутрибрюшное кровотечение (апоплексия яичника), кистозные образования придатков матки, перекрут придатков матки, опухолевые образования, овуляторный синдром, альгоменорея, внематочная беременность, травмы органов малого таза [1-4].

Эти заболевания могут проявляться как самостоятельно, так и в сочетании с хирургическим заболеванием, например острым аппендицитом. Далее речь пойдет об аппендикулярно-генитальном синдроме – состоянии, при котором имеется взаимосвязь воспалительного процесса придатков матки и аппендикса [3, 5]. Дифференциальная диагностика гинекологических заболеваний, вызывающих клиническую картину «острого живота», и наиболее распространенного хирургического заболевания — острого аппендицита, может быть затруднена, поскольку клиническая картина этих патологий весьма схожа, учитывая анатомическую близость отростка и органов малого таза и в то же время разнообразны. Разнообразие будет зависеть от локализации процесса, тяжести, времени от начала заболевания [1, 4, 6].

Особого внимания заслуживают воспалительные заболевания придатков матки, кистозные и опухолевые образования, а также перекрут придатков матки, поскольку ошибки диагностики могут привести к различным осложнениям, репродуктивной дисфункции и бесплодию [5, 7, 8]. Все это требует от врача дополнительных знаний о диагностике и лечении этих заболеваний. В диагностике приоритет отдается клиническому обследованию [4].

Для успешной диагностики заболеваний, вызывающих боль в животе, используются дополнительные методы исследования, такие как ультразвуковая сонография и видеолaparоскопия, возможности которых не ограничиваются установлением диагноза. Лапароскопические вмешательства также позволяют определить дальнейшую тактику ведения больных, выполнять симультанные операции, снизить хирургическую травматичность, эффективны при лечении гинекологической патологии, вызывающей синдром «острого живота» [8, 9].

Учитывая тот факт, что данные хирургические вмешательства уже предполагают травмирование репродуктивных органов, а иногда и резекцию или эктомию, для сохранения фертильности необходимо тщательно продумывать план лечения с минимальной травматизацией.

Цель исследования. Оценить возможности дифференциальной диагностики симптомов острого живота у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены данные пациентов, поступивших с жалобами на боли внизу живота с иррадиацией или без нее. У всех больных имелась клиническая и объективная картина острого живота.

Обследование женщин включало: определение клиничко-анамнестических особенностей, лабораторную диагностику (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ свертываемости крови, коагулограмму, биохимический анализ крови), инструментальные методы (УЗИ органов малого таза и брюшной полости).

Результаты и обсуждение. Возраст больных колебался от 22 до 48 лет, в среднем $33,4 \pm 2,2$ года. Все пациенты предъявляли жалобы на острые боли в животе и нижних отделах живота. Трудности дифференциальной диагностики возникали при диффузных формах заболевания, когда возник гемоперитониеум. Они часто сопровождалась неопределенной локализацией, то есть больной жаловался на боли в брюшной полости и не мог указать конкретный квадрант. При переходе больного из лежачего положения в горизонтальное боль резко усиливается. Это происходит из-за скопления крови и воспалительного экссудата в брюшной полости, раздражающих нервные окончания. Этим же объясняется напряжение мышц передней брюшной стенки.

В 40% случаев больные принимали спазмолитики самостоятельно. В то же время у 20% наблюдалось временное улучшение на 20-30 минут. В 20% случаев больные принимали таблетированные формы нестероидных противовоспалительных препаратов, что способствовало мнимому улучшению состояния также на определенное время.

В анамнезе и данных наследственности особенностей не было. В лабораторных исследованиях у всех больных наблюдалось увеличение лейкоцитов со сдвигом лейкоцитов влево и увеличением скорости оседания эритроцитов. Биохимические показатели были в пределах нормы, коагулограмма также имела нормальные значения. В основном данные о нормальном стуле и отхождении газов позволяли исключить патологию кишечника. Окончательный диагноз устанавливался по данным УЗИ; при подозрении на внематочную беременность проводился тест на ХГЧ.

Всем больным проведено стандартное обследование по протоколу, установлен диагноз и показаны показания к хирургическому лечению. В структуре диагнозов в первой группе доминировала внематочная беременность (50%), а во второй группе основное место делили разрыв кисты (40%) и внематочная беременность (40%).

В целом объем оперативного вмешательства был одинаковым в обеих группах. Среднее время операции при лапароскопическом методе во всех случаях занимало 40-45

минут, а при лапаротомии время операции имело разный разброс (5% случаев операция выполнялась за 15 минут, а в 20% случаев - 85 минут), хотя в большинстве случаев, как и при лапаротомии, это занимало 40-45 минут. Учитывая различия в нашем слухе, лапаротомия занимала в среднем около часа.

Заключение. На основании полученных данных можно сделать вывод, что симптомы «острого гинекологического живота» легче всего дифференцировать на основании анамнеза и данных УЗИ. В запущенных случаях гемоперитонеума различить характер боли труднее, чем в других ситуациях.

REFERENCES

1. Абдикулов Б. С., Касымова Д. М. Лапароскопия в ургентной гинекологии: результаты лечения //Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2018. – Т. 3. – №. 2. – С. 105-114
2. Дьяконова Е. Ю. и др. Лапароскопическая хирургия при острой гинекологической патологии у девочек //Российский педиатрический журнал. – 2018. – Т. 21. – №. 4. – С. 196-202
3. Икаев З. Э., Таймазова А. С. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ. ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ //Трибуна ученого. – 2020. – №. 2. – С. 181-186.
4. Лукас Е. Р. ЛЕЧЕНИЕ ДЕВОЧЕК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ" ОСТРОГО ЖИВОТА" //FORCIPE. – 2022. – Т. 5. – №. S1. – С. 106.
5. Малышкина А. И., Батрак Н. В. ОСТРЫЙ ЖИВОТ В ГИНЕКОЛОГИИ: АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРГЕНТНЫХ СОСТОЯНИЯХ //Вестник Ивановской медицинской академии. – 2021. – Т. 26. – №. 3. – С. 44-47.
6. Шнайдер И. С., Цап Н. А. ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ СИНДРОМЕ" ОСТРОГО ЖИВОТА" //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. 6. – С. 377-382.
7. Broach A, Mansuria SM, Sanfilippo JS. Pediatric and adolescent gynecologic laparoscopy. Clin Obstet Gynecol. 2009; 52(2): 380-9; Chan SH, Lara-Torre E. Surgical considerations and challenges in the pediatric and adolescent gynecologic patient. BestPractRes Clin Obstet Gynaecol. 2018; 48(1): 128-36

8. Khudoyarova D. R., Shopulotova Z. A., Solieva Z. M. PREVENTION OF COMPLICATIONS IN PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS //Бюллетень студентов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – №. 5. – С. 25-29.
9. Kadhem A. H., Muhsin A. A. A., Al-Sewadi W. H. Acute appendicitis and associated pathologies in females //Basrah Journal of Surgery. – 2020. – Т. 26. – №. 1. – С. 69-73.
10. Khudoyarova D., Tuxtaulova Y., Kudratova S. WAYS TO PREVENT POST-ABORTION COMPLICATIONS //Бюллетень студентов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – №. 6. – С. 99-102.
11. Rakhimovna K. D., Abdumuminovna S. Z. Traumatization of the genital organs. – 2022.
12. Shopulotova Z. COMPARATIVE ANALYSIS OF CLINICAL CASES OF EXACERBATION OF CHRONIC PYELONEPHRITIS IN PREGNANT WOMEN //International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research. – 2023. – Т. 3. – №. 8. – С. 22-25.
13. Shopulotova Z. A., Zubaydilloeva Z. K., Khudoyarova D. R. COMORBID EVENTS IN PREGNANT WOMEN WITH PYELONEPHRITIS AND PREVENTION OF THESE CONDITIONS //Бюллетень педагогов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – №. 9. – С. 35-38.
14. Shopulotova Z. A., Zubaydilloeva Z. K. THE VALUE OF ULTRASOUND DIAGNOSTICS IN PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS //Бюллетень студентов нового Узбекистана. – 2023. – Т. 1. – №. 9. – С. 19-22.
15. Shopulotova Z. A., Zubaydilloeva Z. K. PERINATAL CARDIOLOGY: PREGNANCY AND CONGENITAL HEART DEFECTS //Евразийский журнал академических исследований. – 2023. – Т. 3. – №. 9. – С. 55-59.
16. Shopulotova Z. A. et al. PHENOMENA OF COMORBIDITY IN PREGNANT WOMEN WITH PYELONEPHRITIS.
17. Syed S. et al. Fallopian tube torsion secondary to paraovarian fimbrial cyst: a difficult to diagnose and a rare cause of acute abdomen in adolescent //Cureus. – 2021. – Т. 13. – №. 9.
18. Yang H. et al. Diagnosis and analysis of transabdominal and intracavitary ultrasound in gynecological acute abdomen //Computational and Mathematical Methods in Medicine. – 2021. – Т. 2021.