**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Акушерства и гинекологии**

Реферат

на тему:

**«Неотложная патология в гинекологии»**

**Пенза**

**2008**

**План**

1. Апоплексия яичника
2. Воспаление придатков матки
3. Пельвиоперитонит
4. Болезненные менструации (альгодисменорея)
5. Внематочная беременность

Литература

**1.** **Апоплексия яичника**

Кровотечение из яичника может возникнуть у женщин в любом возрасте, но чаще оно бывает в репродуктивном периоде, иногда – у девушек, не живущих половой жизнью. В большинстве случаев непосредственную причину кровотечения из яичника установить невозможно. Чаще всего апоплексия яичника происходит при разрыве зрелого фолликула (12–14-й день нормального менструального цикла) или во время васкуляризации желтого тела (20–22-й день цикла). Обычно происходит апоплексия одного яичника, чаще правого.

Симптомы. Картина заболевания зависит от выраженности и скорости нарастания внутреннего кровотечения. Боль острая, локализуется в нижних отделах живота, иррадиирует в ногу, наружные половые органы и прямую кишку. Вследствие раздражения брюшины излившейся кровью возникает тошнота и нередко рвота. В дальнейшем к боли присоединяются симптомы внутреннего кровотечения (бледность, холодный пот, учащение пульса, снижение артериального давления и др.). По особенностям клинической картины различают три формы апоплексии яичника: болевую, анемическую и смешанную.

Болевая форма имеет много сходных черт с картиной острого аппендицита, а анемическая – с проявлением прервавшейся внематочной беременности. При смешанной форме имеется сочетание болевого и анемического синдрома.

У больных с апоплексией яичника пульс учащен, артериальное давление при значительном внутреннем кровотечении снижается. При пальпации живота определяется напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность на стороне поражения. Перитонеальные явления отсутствуют или выражены слабо. При влагалищном исследовании отмечается болезненность при смещении шейки матки. Матка не увеличена, плотная, влагалищные своды болезненны на стороне поражения. Придатки матки несколько увеличены с одной стороны, болезненны при пальпации. При наличии перитонеальных явлений пальпация придатков матки бывает затрудненной. Иногда из половых путей появляются кровянистые выделения (ответная реакция эндометрия на гормональные изменения), что напоминает симптоматику нарушенной внематочной беременности.

Диагноз апоплексии яичника в большинстве случаев устанавливают во время операции (часто операцию производят в связи с подозрением на нарушенную внематочную беременность). Однако в ряде случаев правильный диагноз можно поставить и до операции, если врач обращает внимание на отсутствие признаков беременности (нет задержки менструации, цианоза слизистых оболочек влагалища и шейки матки, увеличения и размягчения матки и др.), совпадение начала заболевания с серединой или второй половиной менструального цикла.

Дифференциальный диагноз апоплексии яичника проводят с нарушенной внематочной беременностью, острым аппендицитом, воспалением придатков матки, перекрутом ножки кисты яичника. Следует также учитывать, что у некоторых женщин процесс овуляции сопровождается появлением в середине менструального цикла болевого синдрома, но признаки внутреннего кровотечения при этом отсутствуют. При дифференциальной диагностике этих форм патологии необходимо учитывать указания в анамнезе на повторяемость овуляторных болей, которая отсутствует при апоплексии яичника.

Неотложная помощь и госпитализация. При подозрении на кровотечение из яичника необходима госпитализация, так как в процессе диагностики исключают другие заболевания, имеющие сходную симптоматику. Перед транспортировкой введение обезболивающих препаратов противопоказано. В условиях стационара решают вопрос о характере лечения. При подтверждении диагноза апоплексии яичника и небольшом внутреннем кровотечении возможна консервативная терапия под строгим врачебным наблюдением. При значительном внутреннем кровотечении показана операция (резекция яичника).

**2. Воспаление придатков матки**

Выраженная боль обычно возникает при остром воспалении придатков матки, а также при обострении хронического воспаления. Обычно острое воспаление придатков бывает связано с развитием послеабортной (чаще) и послеродовой (реже) инфекции, которая попадает в придатки матки по трубам. Острое воспаление чаще всего вызывается кишечной палочкой, стафилококками, стрептококками, а также гонококками.

Обострение воспалительного процесса может быть вызвано активацией аутоинфекции, реинфекцией и быть следствием воздействия неспецифических факторов внешней среды (переохлаждение, переутомление, интеркуррентные инфекции и др.).

Клинические проявления острого сальпингоофорита и выраженного обострения воспалительного процесса придатков матки сходны. Появляется резко выраженная боль, локализующаяся в нижних отделах живота, в паховой области справа или слева (или с обеих сторон при двустороннем процессе). Боль иррадиирует вниз (область крестца, наружных половых органов). Быстро ухудшается общее состояние, повышается температура тела от 38–39 ˚С, может появиться озноб. При распространении воспалительного процесса на тазовую брюшину больные жалуются на тошноту, может быть рвота. Пульс учащен в соответствии со степенью повышения температуры.

При пальпации живота отмечается некоторое напряжение мышц передней брюшной стенки в нижних отделах и болезненность при поверхностной и глубокой пальпации. При присоединении пельвиоперитонита возникают явления раздражения брюшины. Влагалищное исследование затруднено из-за ригидности и болезненности передней брюшной стенки. Размеры матки не изменены или несколько увеличены (метроэндометрит), придатки матки увеличены с одной или с двух сторон. Пальпация придатков вызывает резкую боль. В острой стадии воспаления контуры придатков расплывчаты вследствие отека.

Пальпация заднего свода влагалища вызывает боль. Из наружного зева шейки матки могут появляться кровянистые выделения как следствие присоединившейся дисфункции яичников воспалительного происхождения.

Неотложная помощь и госпитализация. Острое воспаление придатков матки и выраженное обострение хронического процесса, сопровождающееся высокой температурой, болевым синдромом, напряжением мышц передней брюшной стенки и явлениями раздражения тазовой брюшины, служат показанием к госпитализации в гинекологический стационар. До установления точного диагноза больным в связи с общностью симптомов острого сальпингоофорита, нарушенной внематочной беременностью, апоплексии яичника, перекрута ножки кисты яичника и некоторых других острых заболеваний органов брюшной полости введение обезболивающих средств противопоказано.

В стационаре после проведения бактериологического исследования отделяемого из уретры, влагалища и цервикального канала приступают к активной антибактериальной, инфузионной, обезболивающей, десенсибилизирующей и противовоспалительной терапии. До получения бактериологических данных и определения чувствительности микробной флоры к антибиотикам назначают препараты широкого спектра антимикробного действия (полусинтетические пенициллины в сочетании с кантамицином, антибиотики группы цефалоспоринов). При обострении хронического воспаления придатков матки часто отсутствует необходимость в назначении антибиотиков, так как воспаление имеет неспецифический абактериальный характер.

**3. Пельвиоперитонит**

У женщин пельвиоперитонит – чаще всего следствие острого воспаления придатков матки, осложненного течения послеабортного и послеродового периодов. Пельвиоперитонит в большинстве случаев развивается вторично. Возбудители инфекции – кишечная палочка, стафилококки, стрептококки, гонококки и др.

В острой стадии воспалительная реакция характеризуется гиперемией и отеком брюшины» появлением экссудата, вначале серозного, а затем и гнойного (не всегда). В результате повышения проницаемости сосудистых стенок происходит массивное выпадение фибрина, способствующее возникновению спаек с кишечником и сальником с ограничением воспаления в области малого таза. При нагноении воспалительной) экссудата гной вследствие тяжести спускается в прямокишечно-маточное пространство (абсцесс позадиматочный).

В начальной стадии заболевание напоминает клинику разлитого перитонита. Однако при пельвиоперитоните местные симптомы обычно преобладают над общими. Характерны сильная боль внизу живота, высокая температура, озноб, учащение пульса. Общее состояние тяжелое. Живот вздут в верхних отделах и напряжен в нижних, здесь же определяется положительный симптом Щеткина. Перистальтика кишечника ослаблена, язык суховат, могут быть тошнота и даже рвота, отмечается усиление боли при мочеиспускании и дефекации. Типичны лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. При перкуссии и пальпации живота можно определить верхнюю границу воспалительного образования, располагающегося в малом тазу.

При влагалищном исследовании отмечается резкая болезненность при пальпации матки и придатков, контуры которых затушеваны вследствие экссудации и выраженной мышечной защиты. Отмечается выбухание и резкая болезненность заднего свода влагалища.

Дифференциальную диагностику пельвиоперитонита необходимо проводить с разлитым перитонитом (в начале заболевания), нарушенной трубной беременностью, перекрутом ножки кисты яичника, острым аппендицитом. Различия между диффузным и тазовым перитонитом основываются на оценке выраженности процессов интоксикации и на динамике самого патологического процесса.

При разлитом перитоните явления интоксикации бывают более выраженными (тахикардия, рвота, резкая боль в животе и др.). Перистальтика снижена во всех областях живота, а не только в, его нижних отделах, как это имеет место при тазовом перитоните. Это же относится и к перитонеальным симптомам. При тазовом перитоните сравнительно быстро наблюдается тенденция к ограничению воспалительного процесса, в то время как при диффузном перитоните процесс продолжает оставаться распространенным. При нарушенной внематочной беременности с образованием позадиматочной гематомы в анамнезе имеются указания на задержку менструаций и другие признаки беременности. Типичны указания на обморочные состояния, боль, иррадиирующую в прямую кишку, появление темных кровянистых выделений из влагалища. При пункции заднего свода влагалища получают характерную темную кровь, а не серозный или гнойный экссудат, как при пельвиоперитоните.

Диагностика перекрута ножки кисты яичника облегчается указаниями в анамнезе на наличие этого образования при предыдущих гинекологических осмотрах. При влагалищном исследовании сбоку и кзади от матки находят образование типичной округлой формы» тугоаластической консистенции, болезненное при пальпации и смещеиии. Диагноз острого аппендицита основывается на наличии характерной боли с начальной локализацией в эпигастральной области или в области пупка. Выраженные характерные аппендикулярные симптомы отсутствуют при пельвиоперигоните.

Неотложная помощь и госпитализация. Больные с пельвиоперитонитом должны быть экстренно госпитализированы в гинекологический иди хирургический стационар. До госпитализации введение обезболивающих средств противопоказано из-за опасности изменения клинической картины заболевания.

Допустимо лишь применение льда на низ живота (по 20–30 мин со сменой через 30–40 мин). В стационаре для уточнения диагноза можно произвести пункцию заднего свода влагалища. Полученный экссудат направляют на бактериологическое исследование, и определите чувствительности микробной флоры к антибиотиам. При наличии в пунктате гноя прибегают к кольпотомии с введением резинового дренажа. Терапия пельвиоперитонита комплексная: антибиотики, сульфаниламиды, инфузионная терапия (растворы глюкозы, реополиглюкин, гемодез и др.) денсенсибилизирующие» обезболивающие средства.

**4. Болезненные менструации (альгодисменория)**

Могут быть обусловлены функциональными (заболевания нервной системы с повышением порога болевой чувствительности, нарушения нормальных соотношений между эстрогенами и гестагенами и др.) и органическими причинами (инфантилизм половых органов, эндометриоз, неправильное положение матки, аномалии развития половых органов и др.).

Симптомы. Обычно за 1 – 2 дня до начала менструации у женщины возникает резкая боль внизу живота и в области крестца. Боль часто сопровождает все менструальное кровотечение и исчезает с его окончанием. Боль сочетается с вегетативными реакциями: головокружением, тошнотой, рвотой, повышенной раздражительностью. При функциональной альгодисменорее изменений половых органов не выявляется, при альгодисменорее органического характера гинекологическое обследование обнаруживает их патологические изменения, присущие тому или иному заболеванию.

Неотложная помощь. Постельный режим и освобождение от работы. Назначают болеутоляющие препараты (анальгин по 0,5 г, баралгин по 1 таблетке 3–4 раза в день и др.), спазмолитические препараты (но-шпа по 0,04–0,08 г. 2–3 раза в день, экстракт белладонны в свечах по 0,02 г.), транквилизаторы (андаксин по 0,2 г, триоксазин по 0,3 гидр.).

**5. Внематочная беременность**

Заболевание обусловлено имплантацией и развитием плодного яйца вне матки, чаще всего (99%) в маточной трубе. В результате этого плодное яйцо не находит благоприятных условий для развития. Ворсины хориона начинают разрушать маточную трубу, при этом возможны два исхода: отслойка плодного яйца от стенки маточной трубы и его изгнание в брюшную полость (трубный аборт) или разрушение ворсинами хориона всех слоев трубы (разрыв трубы). В зависимости от типа прерывания внематочной беременности различаются и особенности клинической картины заболевания.

Симптомы. Общим симптомом внематочной беременности, прервавшейся по типу разрыва трубы или трубного аборта, является боль внизу живота и при относительно небольшой задержке менструации (обычно на 1–3 нед). Болевой симптом нередко сопровождается тошнотой, рвотой, учащением пульса, снижением артериального давления и другими признаками нарастающего внутреннего кровотечения. На фоне этих проявлений заболевания развиваются признаки, уже характерные для разрыва маточной трубы или для трубного аборта.

Разрыв маточной трубы характеризуется острым началом и быстрой динамикой симптомов. Обычно на фоне общего хорошего состояния у женщины появляется резкая боль внизу живота с иррадиацией в область наружных половых органов и прямую кишку. Иррадиация боли в область прямой кишки часто неправильно расценивается больной как позыв на дефекацию. При обильном внутреннем кровотечении боль может иррадиировать в шею и лопатку, выявляется френикус-синдром. Вскоре за болевым приступом появляются симптомы внутреннего кровотечения и острого живота: рвота, головокружение, обморок, учащение пульса, снижение артериального давления, резкая слабость и анемизация. При пальпации живота определяется напряжение мышц брюшной стенки, особенно выраженное в нижних отделах, и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При значительном кровотечении в брюшную полость обнаруживают притупление перкуторного звука в латеральных отделах живота (боковых каналах), При осторожном перемещении больной с боку на бок границы притупления соответственно перемещаются. Темных кровянистых выделений из половых органов может и не быть, так как в острых случаях разрыва маточной трубы децидуальная оболочка матки не успевает отслоиться и не начинает выделяться.

При бережно произведенном влагалищном исследовании (грубое исследование усиливает кровотечение) обнаруживается легкий цианоз слизистых оболочек влагалища и влагалищной части шейки матки. Матка размягчена, но меньше, чем при маточной беременности. При небольшом сроке внематочной беременности (до 7 нед) размеры матки практически соответствуют сроку беремености; при больших сроках отмечается некоторое отставание размеров матки от предполагаемого срока беременности (один из характерных признаков внематочной беременности). Пальпация придатков матки на стороне поражения обычно затруднена вследствие напряжения мышц передней брюшной стенки и резко выраженной болезненности. Однако при тщательном исследовании все же удается пальпировать «опухолевидное» образование, располагающееся в области придатков матки справа или слева. Это образование не имеет четких границ, отличается тестоватой консистенцией, округло-овальной формой (перитубальная гематома). Задний свод влагалища уплощен или даже выпячен, резко болезнен при пальпации, болезненность еще больше усиливается при смещении матки к лону.

При трубном аборте, хотя нередко и наблюдаются симптомы, присущие острому разрыву трубы, все же в большинстве случаев течение заболевания длительное. Больная жалуется на периодически возникающую или постоянную боль внизу живота и в крестце с иррадиацией вниз. Каждое новое поступление крови из маточной трубы в брюшную полость сопровождается усилением боли и появлением дурнотного или полуобморочного состояния. На 2–3-й день от начала заболевания из половых путей появляются характерные темные кровянистые выделения, иногда отходят видимые на глаз части децидуальной оболочки. Кровянистые выделения имеют стойкий характер и не прекращаются, несмотря на применение сокращающих матку средств и даже диагностического выскабливания матки (характерный признак). Эти явления могут стихать и вновь появляться через неопределенное время. В промежутках между приступами боли состояние больной становится удовлетворительным.

Постепенное скапливание крови около маточной трубы приводит к образованию перитубарной гематомы, а в прямокишечно-маточном пространстве – заматочной гематомы.

При влагалищном исследовании наряду с признаками, выявляемыми при разрыве трубы, можно пальпировать в области пораженной маточной трубы образование ретортообразной формы, тестоватой консистенции, болезненную гематому.

В противоположность разрыву маточной трубы при трубном аборте симптомы внутреннего кровотечения и раздражения брюшины менее выражены и даже могут в течение некоторого периода времени отсутствовать совсем. Все это значительно усложняет диагностику трубного аборта.

Диагноз нарушенной внематочной беременности основывается на данных анамнеза, клинической картине заболевания и данных дополнительных методов исследования. Из анамнеза удается установить наличие задержки менструации на 2–3 нед., редко больше. Однако у отдельных больных при очень раннем прерывании беременности задержки менструации может и не быть, а кровянистые выделения, связанные с распадом и выделением децидуальной оболочки, ошибочно принимаются за начало обычной менструации. Для всех типов прерывания внематочной беременности характерны болезненность при пальпации заднего свода влагалища и наличие опухолевидного образования в области придатков матки.

Большое диагностическое значение имеет пункция заднего свода влагалища в условиях стационара. К этой манипуляции прибегают только в диагностически неясных случаях, а также при проведении дифференциальной диагностики между нарушенной внематочной беременностью и обострением воспалительного процесса придатков матки. При сильном кровотечении вследствие разрыва маточной трубы или быстро текущего трубного аборта, когда картина внутреннего кровотечения не вызывает сомнений, необходимости в пункции заднего свода влагалища нет. При проведении пункции следует принимать во внимание, что получение темной крови с мелкими сгустками крови является подтверждением диагноза нарушенной внематочной беременности.

Получение яркой крови скорее говорит о ранении кровеносного сосуда. Отсутствие крови не свидетельствует против диагноза внематочной беременности, поскольку при определенной давности процесса (трубный аборт) кровь превращается в свернувшуюся гематому.

Дифференциальный диагноз нарушенной внематочной беременности с самопроизвольным абортом, воспалением придатков матки и острым аппендицитом наиболее часто приходится проводить не при разрыве трубы, когда картина сильного внутреннего кровотечения бывает типичной, а при трубном аборте.

При начавшемся самопроизвольном аборте схваткообразная боль внизу живота не сопровождается симптомами внутреннего кровотечения, явления раздражения брюшины отсутствуют. При влагалищном исследовании размеры матки соответствуют сроку беременности, наружный зев слегка приоткрыт, матка мягкая, легко возбудимая. В области придатков патологических изменений не обнаруживают, надавливание на задний свод влагалища безболезненно.

При остром воспалении придатков матки или обострении хронического процесса у больной нередко определяют двустороннее увеличение придатков.

Матка не увеличена, признаки беременности отсутствуют. В крови отмечается выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ увеличена.

Для острого аппендицита нередко характерна боль первоначально в эпигастральной области или в области пупка, а не внизу живота. Постепенно боль перемещается в правую подвздошную область. Типичными для острого аппендицита симптомами являются выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского.

Перекрут ножки кисты яичника, как и трубный выкидыш, обычно сопровождается симптомами острого живота. Решающим в дифференциальной диагностике этих заболеваний является указание в анамнезе на наличие кисты яичника и обнаружение при влагалищном исследовании сбоку от матки образования округлой формы, тугоэластичной консистенции, резко болезненного при пальпации и смещении.

Неотложная помощь и госпитализация. При установлении диагноза нарушенной трубной беременности или при подозрении на нее – срочная госпитализация в стационар (гинекологический, хирургический). Перед транспортировкой нельзя вводить обезболивающие препараты, чтобы не изменить клинической картины заболевания, не следует также применять холод на низ живота.

В стационаре после установления диагноза показана операция.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год