

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины
катастроф и скорой помощи с курсом ПО

Зав. кафедры: ДМН, доцент Штегман О.А.
Преподаватель: КМН, ассистент Лисун И.И.

РЕФЕРАТ

Острый живот в гинекологии.

Выполнила врач-ординатор 1 года обучения
Специальности Скорая медицинская помощь: Русяева К.В.

Красноярск, 2023

Содержание:

1. Понятие «Острый живот», актуальность.....	3
2. Классификация.....	4
3. Острые кровотечения из внутренних половых органов.....	5
3.1. Внематочная беременность.....	5
3.2. Апоплексия яичника.....	7
3.3. Перфорация матки.....	8
4. Острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов.....	10
4.1. Перекрут ножки опухоли яичника.....	10
4.2. Нарушение питания узла фибромиомы матки.....	11
5. Острые гнойные заболевания внутренних половых органов с последующим развитием перитонита.....	12
5.1. Гнойный tuboовариальный абсцесс.....	12
5.2. Пельвиоперитонит.....	12
6. Вывод.....	14
7. Список использованной литературы.....	15

Понятие «Острый живот», актуальность.

Острый живот (ОЖ) - это клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, угрожающий жизни и требующий неотложной помощи. Термин «ОЖ» является собирательным понятием, объединяющим группу заболеваний, различных по этиологическому признаку и патогенезу.

Причины возникновения «ОЖ»:

1. Хирургическая патология (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит, кишечная непроходимость).
2. Гинекологические заболевания (перекрут ножки кисты, нарушение питания миомы, перекрут субсерозного узла).
3. Осложнения беременности, родов и послеродового периода (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрыв матки, септические осложнения, в т.ч. акушерский перитонит, внутреннее кровотечение вследствие прервавшейся внематочной беременности).
4. Заболевания, связанные с органами, которые расположены вне брюшной полости (болезни почек: острый пиелонефрит, почечная колика; заболевания легких – долевая пневмония; заболевания сердца).

Актуальность данной патологии обусловлена высокой частотой и связанных с ней осложнений. Несмотря на различные причины, симптоматика острого живота в гинекологии имеет много общих черт: внезапное появление болей среди полного здоровья (боли чаще начинаются внизу живота, постепенно усиливаясь и распространяясь по всему животу, могут быть настолько сильными, что вызывают обморок); тошнота, рвота; нарушение отхождения кишечных газов и кала; симптомы раздражения брюшины. Все заболевания с картиной «острого живота» требуют немедленной госпитализации больных, своевременной диагностики патологии и оказания неотложной помощи.

Классификация:

1. Острые кровотечения из внутренних половых органов:

- внематочная беременность;
- апоплексия яичника;
- травматические повреждения матки (ятрогенного или криминального происхождения) – перфорация матки.

2. Острые нарушения кровообращения в опухолях и опухолевидных образованиях внутренних половых органов:

- перекрут ножки опухоли яичника;
- нарушение питания фиброматозного узла.

3. Острые гнойные заболевания внутренних половых органов с последующим развитием перитонита:

- пиосальпинкс и пиовар, гнойная tuboовариальная опухоль;
- пельвиоперитонит;
- распространенный перитонит.

ОСТРЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Внематочная беременность

Внематочная беременность (ВБ) (graviditas extrauterina) — имплантация оплодотворённого яйца вне полости матки.

За последнее время наблюдается тенденция к увеличению частоты ВБ, которая составляет в среднем 12—14 на 1000 беременностей. В 99% случаев ВБ – трубная. Овариальные и абдоминальные формы ВБ встречаются в 1% случаев. Бесплодие после операции по поводу трубной беременности возникает в 70—80% случаев. Частота повторной трубной беременности варьирует от 4 до 12,6 %. Это связано с распространенностью воспалительных процессов гениталий, растущим числом хирургических вмешательств на маточных трубах, внедрением в медицинскую практику индукторов овуляции, применением внутриматочных контрацептивов. Локализация плодного яйца выше полости матки относится к проксимальным вариантам эктопической беременности и является одной из главных причин внутреннего кровотечения у женщин репродуктивного возраста. Имплантация оплодотворённого яйца в шейке матки приводит к формированию шеечной или перешеечной беременности, т.е. к ее дистальным вариантам и сопровождается наружным кровотечением из влагалища. При несвоевременной диагностике, без оказания неотложной помощи ВБ может стать одной из причин материнской смертности.

Классификация ВБ:

По локализации плодного яйца ВБ:

1. Трубная (ампулярная – 60-95%), истмическая – 15%, интерстициальная – 1-3%)
2. Яичниковая (0,1-0,7%)
3. Брюшная (0,3-0,4%)
4. Шеечная (0,01%)
5. Рудиментарная (0,5%).

По клиническому течению трубная беременность:

1. Прогрессирующая
2. Прервавшаяся по типу трубного аборта
3. Прервавшаяся по типу разрыва трубы
4. Замершая

Яичниковая беременность по форме бывает:

1. Интрафолликулярная (оплодотворение и имплантация происходят в фолликуле);
2. Эпиформальная (оплодотворение и имплантация происходят на поверхности яичника).

В редких случаях наблюдается многоплодная и двусторонняя трубная беременность. В 1 из 30000 наблюдается сочетание маточной и внематочной беременности. Такие формы ВБ чаще возникают после индукции овуляции и резекции маточной трубы.

Беременность после экстирпации матки – самый редкий вид ВБ, когда имплантация эмбриона в маточной трубе происходит при наличии сообщения брюшной полости с культей шейки матки или влагалища, незадолго до или в первые сутки после операции.

Хроническая ВБ – состояние, когда плодное яйцо после гибели не полностью организуется и в маточной трубе остаются жизнеспособные ворсины хориона. Пациенты отмечают боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей, определяется объемное образование в малом тазу.

Интралигаментарная беременность диагностируется в 1 из 300 случаев ВБ. Она возникает обычно при разрыве маточной трубы по брыжеечному краю и проникновении плодного яйца между листками широкой связки. Данная беременность возможна также при свище, соединяющем полость матки и параметров.

Шеечная беременность наблюдается от 0,2 до 0,4% на 50000 беременностей. Считается, что риск этой патологии повышают предшествующий аборт или кесарево сечение, синдром Ашермана, миома матки и ЭКО.

Причинами ВБ являются замедление транспорта плодного яйца (гормоны, внутриматочный контрацептив), нарушения проходимости маточной трубы (эндометриоз, аднексит, реконструктивные операции на маточных трубах), перитубарные синехии, генитальный инфантилизм (длинные извитые маточные трубы с замедленной перистальтикой).

Клиническая картина.

Клиническая картина зависит от локализации плодного яйца в маточной трубе.

Имплантация в ампулярном отделе маточной трубы приводит к трубному аборту с хроническим течением.

Клиника:

Вторичная аменорея 6-8 недель;

Положительный тест на беременность;

Нагрубание молочных желез;

Скудные темные кровянистые выделения из половых путей;

Боли внизу живота, в большинстве случаев односторонние, с иррадиацией в прямую кишку;

Общая слабость, склонность к коллапсу.

Имплантация в истмическом отделе маточной трубы приводит к разрыву маточной трубы с характерной острой клинической картиной:

Вторичная аменорея 6-8 недель, положительный тест на беременность;
внезапная, сильная боль при разрыве трубы;
Боли в плече (диафрагмальный нерв);
Защитное напряжение мышц брюшной стенки;
Быстрое ухудшение общего состояния с развитием гиповолемического шока
- слабость, головокружение, бледность, цианоз, холодный пот. Пульс слабого
наполнения, тахикардия, снижение АД, спутанность и потеря сознания.

Неотложная помощь:

Горизонтальное положение, ноги приподняты под углом 30
(аутотрансфузия).

Формирование венозных доступов: 2-3 периферических катетера крупного
калибра для длительного использования.

Оксигенотерапия: маска (6-10 л/мин), носовой зонд (2-6 л/мин).

Восполнение ОЦК

Седативная терапия: диазепам 5-10 мг в/в.

Транспортировка машиной скорой помощи.

Апоплексия яичника

Апоплексия яичника (АЯ) - внезапно наступившее кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость. Кровоизлияние в яичник происходит при разрыве сосудов граафова пузырька, стромы яичника, фолликулярной кисты или кисты желтого тела. АЯ возникает, как правило, у женщин в возрасте 20—35 лет. Встречается у 0,5—3 % гинекологических больных. Рецидив заболевания достигает 42-69%. АЯ яичника встречается в 2-4 раза чаще, чем левого, что объясняется более обильным кровоснабжением правого яичника. АЯ может наблюдаться в различные фазы менструального цикла, однако чаще всего это бывает в период овуляции или в стадии васкуляризации и расцвета желтого тела. Не исключена возможность разрыва желтого тела во время беременности.

Предрасполагающими факторами к разрыву яичника являются воспалительные процессы ОМТ, заболевания крови и длительный прием антикоагулянтов. Среди экзогенных причин выделяют травму живота, физическое напряжение, бурный или прерванный половой акт, влагалищное исследование. Эндогенными причинами могут быть неправильное положение матки, механическое сдавление сосудов, давление на яичник опухолью, спаечные процессы в малом тазу, нарушения гормонального статуса.

Классификация АЯ:

Болевая форма

Геморрагическая (анемическая) форма

Смешанная форма.

Клиническая картина:

Внезапно возникшая боль внизу живота, часто иррадиирующая в задний проход, ногу, крестец, наружные половые органы (в основном после полового контакта, поднятия тяжести, травме), усиливающаяся при движении, ходьбе.

Боль при надавливании: сначала односторонняя, затем диффузная (нижняя часть живота, гипогастрий).

При гинекологическом осмотре: исследование затруднено из-за резкой болезненности передней брюшной стенки, на стороне апоплексии пальпируется болезненный, слегка увеличенный яичник, своды нависают, тракции за шейку матки резко болезненные.

Защитное напряжение мышц брюшной стенки.

Тошнота, позывы к рвоте.

Гиповолемический шок: слабость, головокружение, бледность, цианоз, холодный пот.

Пульс слабого наполнения, тахикардия, снижение АД, спутанность и потеря сознания.

Неотложная помощь:

Горизонтальное положение, ноги приподняты под углом 30 (аутотрансфузия).

Формирование венозных доступов: 2-3 периферических катетера крупного калибра для длительного использования.

Оксигенотерапия: маска (6-10 л/мин), носовой зонд (2-6 л/мин).

Восполнение ОЦК.

Седативная терапия: диазепам 5-10 мг в/в.

Транспортировка машиной скорой помощи.

Перфорация матки

Перфорация матки — ятрогенное заболевание, заключающееся в травматическом повреждении стенки матки. Как следствие внутриматочных вмешательств, диагностируют у 1% больных.

Классификация перфорации матки в зависимости от степени повреждения ее стенки:

1) Полная (происходит сквозное повреждение стенки матки с проникновением в брюшную полость):

- неосложненная (без повреждения ОМТ и брюшной полости);
- осложненная (с травмами кровеносных сосудов, кишечника, сальника, мочевого пузыря, придатков матки).

2) Неполная (серозная оболочка матки остается неповрежденной).

Перфорация матки является следствием внутриматочных манипуляций (искусственного аборта, диагностического выскабливания, гистероскопии) и при введении ВМС.

Клиническая картина:

жалобы на резкие боли в нижних отделах живота, мажущие кровянистые выделения из половых путей, повышение температуры (обычно до 37,5 °С), слабость и головокружение. При значительной кровопотере отмечают снижение АД, тахикардию, бледность кожи. Если перфорационное отверстие прикрыто каким-нибудь соседним органом малого таза или брюшной полости (например, большим сальником), клиническая картина заболевания имеет стёртые клинические симптомы.

На догоспитальном этапе обязательны: холод на низ живота, инфузионная терапия, объём и компоненты которой будут зависеть от общего состояния больной.

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ОПУХОЛЯХ И ОПУХОЛЕВИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Перекрут ножки опухоли яичника.

Перекрут ножки опухоли или кисты яичника встречается в 15-25% наблюдений. Перекрут встречается у 1,5% беременных с опухолью яичника на ножке. Приводит к нарушению кровообращения, вследствие чего в опухоли возникает венозный застой; нарушение проходимости артерий приводит к некрозу опухоли. Опухоль может быть разной по гистологическому типу (эпителиальной, ретенционной кистой, тератомой, редко злокачественным новообразованием). Перекрут ножки опухоли может наступить во время беременности (чаще наступает у многорожавших женщин) на сроке гестации более 14 недель (срок, когда матка оттесняет опухоль в брюшную полость).

Различают анатомическую и хирургическую ножку опухоли. Анатомическая ножка опухоли состоит из растянутых воронкотазовой и собственной связок яичника и его брыжейки. В ножке проходят сосуды, питающие опухоль и ткань яичника (яичниковая артерия, ветвь восходящей части маточной артерии), лимфатические сосуды и нервы. В хирургическую, образующуюся в результате перекрута, помимо анатомической, входит маточная труба. Причиной перекрута ножки опухоли являются физические нагрузки, резкое изменение внутрибрюшного давления, гимнастические упражнения, танцы. Перекруту ножки способствуют ассиметричная форма, неравномерная плотность опухоли.

Клиника перекрута зависит от того, на сколько градусов перекрутилась ножка образования. Перекруты частичные до 180° могут проходить бесследно, при перекруте на 270° пережимаются вены, (артерии еще не пережаты), возникает нарушение оттока крови от образования, наступает постепенное нагнетание крови, опухоль пропитывается кровью, приобретает темно-багровый цвет, затем истончается капсула и происходит разрыв капсулы опухоли. При перекруте более 360° (полном) или при нескольких витках нарушается кровоснабжение опухоли, возникает ее некроз, затем перитонит. Быстрый перекрут сопровождается острой клинической картиной, клиника напоминает перекрут любого другого органа.

Различают:

постепенный перекрут ножки опухоли, которому способствуют рост опухоли, перистальтика кишечника, «выталкивание» опухоли из полости таза;

внезапный перекрут ножки опухоли при резком, прерванном движении (изменении положения тела, поворачивании на кровати, поднятии тяжести).

Клиническая картина.

- Постепенный перекрут ножки опухоли:

Боли внизу живота.

Лихорадка.

Защитное напряжение мышц брюшной стенки.

Тошнота, позывы к рвоте.

Болезненность при пальпации опухоли.

- Внезапный перекрут ножки опухоли:

Внезапно возникающая на фоне хорошего самочувствия сильная резкая боль внизу живота на стороне поражения.

Измощенный внешний вид.

Защитное напряжение мышц брюшной стенки, вздутие живота.

Частый пульс. Потливость. Тошнота, рвота.

Задержка стула и газов (парез кишечника)

Болезненность при пальпации опухоли.

Неотложная помощь.

Положение тела, способствующее расслаблению мышц брюшной стенки.

Обезболивание: пентазоцин (фортрал).

Транспортировка машиной скорой помощи.

Нарушение питания узла фибромиомы матки.

Некроз миоматозных узлов наступает у 7% больных миомой матки, нередко во время беременности, послеродовом и послеабортном периоде. Миома матки — доброкачественная опухоль, происходящая из мышечной ткани, даже очень небольших размеров, может деформировать сосуды, обеспечивающие её кровоснабжение, и вызывать омертвление тканей.

Причинами являются перекрут ножки узла при субсерозной локализации либо его недостаточная васкуляризация. Некроз сопровождается развитием отека, кровоизлияний, асептического воспаления в узле. При прогрессировании заболевания может развиваться перитонит.

Клиническая картина. Острые сильные схваткообразные боли внизу живота. Повышение температуры тела до 37,5С, озноб, сухость во рту, нарушение функции кишечника.

Защитное напряжение мышц брюшной стенки, вздутие, напряжение живота. Тошнота, позывы к рвоте.

При гинекологическом осмотре: увеличенная, миоматозно измененная матка, болезненная в месте некроза миоматозного узла.

Неотложная помощь.

Положение тела, способствующее расслаблению мышц брюшной стенки.

Обезболивание: пентазоцин (фортрал).

Транспортировка машиной скорой помощи.

ОСТРЫЕ ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАЗВИТИЕМ ПЕРИТОНИТА

Гнойный тубоовариальный абсцесс.

Гнойный тубоовариальный абсцесс — гнойное расплавление маточной трубы и яичника с образованием единой полости, окружённой пиогенной капсулой. Женщины с ВЗОМТ составляют 60–65% всех гинекологических больных, обратившихся в женские консультации, и 30% — всех, направленных на стационарное лечение. У 4–5% женщин диагностируют гнойные воспалительные заболевания маточных труб и яичников.

Этиологическими факторами являются различные микроорганизмы. Под действием провоцирующего фактора бактерии проникают через полость матки в просвет труб, откуда попадают в брюшную полость. Здесь микробы поражают серозную оболочку маточной трубы, покровный эпителий яичника и окружающую брюшину. После разрыва фолликула инфицируется гранулезная оболочка фолликула, развивается воспаление в яичнике.

Клиническая картина.

Внезапно возникающие боли внизу живота с одной или двух сторон;

Повышение температуры тела до 39С, озноб;

Зловонные желтовато-зеленые выделения из влагалища;

Боль при половом контакте;

Сухость во рту, тошнота, рвота, болезненное мочеиспускание, метеоризм, чередование запоров и поноса;

При гинекологическом осмотре: боль усиливается, пальпируется объемное образование с нечеткими контурами, неравномерной консистенцией, полной неподвижностью и выраженной болезненностью.

Защитное напряжение мышц брюшной стенки.

Пельвиоперитонит

Пельвиоперитонит - воспаление висцеральной и париетальной брюшины малого таза, которое возникает как осложнение воспалительных процессов его органов.

Причиной является восходящая и нисходящая инфекция с широким спектром возможных возбудителей.

Восходящая инфекция.

Вагинит, приводящий к развитию эндометрита, сальпингита, аднексита, пельвиоперитонита, перитонита, сепсиса, септического шока.

Аборт, роды, внутриматочный контрацептив, оперативные вмешательства в полости матки.

Нисходящая инфекция.

Контактный путь: аппендицит, перитифлический абсцесс, сигмоидит, перитонит.

Гематогенное распространение: туберкулез.

Возбудители инфекции: стрепто-, стафило-, энтерококки, кишечная палочка, анаэробы, микоплазмы, хламидии, гонококки.

Классификация.

Серозно-фибринозный;

Гнойный.

Клиническая картина.

Внезапно возникающие сильные боли внизу живота с одной или двух сторон;

Повышение температуры тела до 40С;

Зловонные желтовато-зеленые выделения из влагалища;

Постменструальные мажущие кровянистые выделения;

Боль при половом контакте;

Тошнота, рвота, метеоризм, чередование запоров и паноса;

Защитное напряжение мышц брюшной стенки, вздутие живота;

При гинекологическом осмотре: ригидность, выпячивание и болезненность заднего свода влагалища.

Вывод:

Острый живот в практике врача скорой помощи занимает неотъемлемую часть. Со стороны врача необходимо, за короткое время, проведя дифференциальную диагностику определиться с диагнозом и начать соответствующую терапию по показаниям. Срочно госпитализировать женщину, для оказания квалифицированной медицинской помощи.

Список использованной литературы:

1. Гинекология. Национальное руководство: руководство / Российское общество акушеров-гинекологов, Ассоциация медицинских обществ по качеству; под ред. В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. - М. : Гэотар Медиа, 2018
2. Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учеб. пособие/ под ред. В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019
3. Внематочная беременность. Алгоритмы диагностики и лечения : учебное пособие / Башкирский гос. мед. ун-т ; сост.: Т. Б. Трубина [и др.]. - Уфа : Здравоохранение Башкортостан, 2016
4. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии : краткое руководство / под ред. В. Н. Серова. М. : Гэотар Медиа, 2019