Министерство образования Российской Федерации

Пензенский государственный университет

Медицинский институт

Кафедра Гинекологии

Зав. кафедрой д.м.н.

Реферат

на тему:

«Неотложные состояния в гинекологии»

Выполнила:

студентка V курса

Проверил: к.м.н., доцент

**Пенза**

**2008**

**План**

Введение

1. Негинекологические причины абдоминальных и тазовых болей
2. Повреждение придатков матки (не связанное с беременностью) как причина тазовых болей
3. Аномальное кровотечение из гениталий (не связанное с беременностью)
4. Воспалительное заболевание органов таза

Литература

**Введение**

В неотложных ситуациях в гинекологии, особенно у женщин репродуктивного возраста, отсрочка в лечении или ошибочный выбор лечебной тактики может подвергнуть риску настоящее состояние пациентки и поставить под угрозу репродуктивную способность в будущем. Хотя в гинекологии существует целый ряд ургентных состояний, оправдывающих быстрое лечебное воздействие, только три состояния относят к жизнеугрожающим и неотложным: 1) прерывание внематочной беременности; 2) разрыв кисты яичника с кровотечением; 3) разрыв тубоовариального абсцесса. Если постоянно помнить об этом, то многие диагностические ошибки не возникнут и соответствующая помощь при аналогично проявляющихся, но относительно менее срочных гинекологических заболеваниях и состояниях будет оказана своевременно.

Перед рентгенологическим исследованием или началом планового лечения всегда необходимо исключить возможную беременность у каждой женщины репродуктивного возраста независимо от характера основной жалобы. Наличие беременности, скорее всего, изменит решение о проведении рентгенологического исследования или повлияет на выбор антибиотиков.

Предметом обсуждения в настоящей главе являются оценка и лечение наиболее частых ургентных и неотложных гинекологических осложнений, возникающих у женщин репродуктивного возраста. После краткого рассмотрения негинекологических причин абдоминальных и тазовых болей основное внимание будет уделено ранним осложнениям, связанным с беременностью, заболеваниям придатков матки, аномальным генитальным кровотечениям и воспалительным заболеваниям таза (ВЗТ).

**1. Негинекологические причины абдоминальных или тазовых болей**

При начальной оценке состояния женщины с болью внизу живота или в области таза, врачи склонны сразу же предполагать гинекологическую этиологию имеющихся симптомов. Осторожный врач, однако, должен всегда подходить к каждой такой пациентке с мыслью исключения негинекологических состояний как источника осложнения. Причины болей в животе, очевидно, многочисленны и могут включать желудочно-кишечные, скелетно-мышечные, урологические и гинекологические заболевания, как в изолированном виде, так и в комбинации. Поскольку соматическое распределение боли, обусловленной патологической стимуляцией или повреждением ткани, определяется характером той или иной боли, диагноз не может всегда зависеть от установления точной локализации боли. Это особенно справедливо в тех случаях, когда от начала осложнения до его наблюдения в ОНП прошло достаточно много времени. Детальное описание клиники и лечения многих негинекологических заболеваний, сопровождающихся болью внизу живота и тазовыми болями, выходит за рамки этой главы. За гинекологическое осложнение могут быть ошибочно приняты (с различной степенью вероятности) следующие частые причинные факторы боли: 1) нижнедолевая пневмония; 2) холецистит; 3) панкреатит; 4) язва желудка или двенадцатиперстной кишки; 5) гастроэнтерит; 6) колит; 7) илеит; 8) дивертикулит; 9) аппендицит (наиболее часто). Некоторые обстоятельства, выясняемые при сборе анамнеза, обычно точно исключают перечисленные причины боли или сводят к минимуму их приоритет в возможной дифференциальной диагностике. Сделав это, можно с уверенностью продолжить рассмотрение специфических гинекологических осложнений.

**2. Повреждение придатков матки (не связанное с беременностью) как причина тазовых болей**

После устранения негинекологических и связанных с беременностью причинных факторов следует рассмотреть возможность перекрута или разрыва кисты, а также наличия овариальных, трубных или маточных масс. За исключением разрыва кисты сохраняющегося желтого тела, все подобные изменения в придатках появляются у пациенток с нормальным менструальным циклом, что исключает боль саму по себе.

Большинство подобных осложнений возникает у женщин репродуктивного возраста, у которых часто имеются овариальные эндометриомы, доброкачественные кистозные тератомы ("дермоидные"), дисфункциональные фолликулярные кисты, серозные или слизистые цистаденомы. Увеличение яичников, обусловленное развитием кисты или опухоли, обычно бывает бессимптомным, что связано с недостаточной афферентной иннервацией ткани яичников. Пациентка может испытывать определенный дискомфорт в области таза и живота вследствие давления яичников на прилегающие внутренние органы. При разрыве яичника острая боль возникает вследствие раздражения содержимым яичника тазовой брюшины, богато снабженной чувствительными нервными окончаниями.

Перекрут яичника встречается нечасто. В случае перекрута кровоснабжение яичника нарушается, вызывая болезненную прогрессирующую аноксическую дегенерацию яичников и в конечном итоге — гангренозный некроз. Причиной острой тазовой боли может быть также перекрут трубных масс (гидросальпинкс, пиосальпинкс) и субсерозных лейомиоматозных узлов.

Существует несколько специфических диагностических положений, которые могут помочь врачу ОНП при столкновении со столь острым тазовым осложнением. Наиболее важное значение имеет исключение осложнения беременности или инфекционного процесса (обсуждается ниже). Кроме теста на беременность, другие лабораторные и рутинные рентгенологические исследования не являются информативными. Срочное ультразвуковое исследование таза может выявить увеличение придатков, если их массы не удастся определить при пальпации.

Однако почти во всех случаях для постановки окончательного диагноза и определения направления дальнейшего лечения необходимо лапароскопическое исследование.

**3. Аномальное кровотечение из гениталий (не связанное с беременностью)**

При возникновении аномального кровотечения, вероятно, прежде всего, следует рассмотреть возможность таких осложнений беременности, как внематочная беременность, выкидыш и разрыв кисты желтого тела. После их исключения необходимо систематичное рассмотрение патологических и травматических причинных факторов кровотечения из нижнего отдела генитального тракта и матки. Кровотечение (за исключением травматического) обычно бывает безболезненным.

Травма вульвы и влагалища различного генеза может сопровождаться профузным кровотечением и гипотензией. Прежде всего, необходимо стабилизировать состояние пациентки с помощью внутривенного введения жидкостей; источник кровотечения легко устанавливается при влагалищном исследовании. В большинстве случаев для достижения гемостаза и проведения показанных хирургических процедур потребуются анестезиологическое пособие и помощь гинеколога.

Если источником кровотечения не является вульва, влагалище, прямая кишка или мочевой пузырь, то внимание должно быть сосредоточено на следующих причинных факторах кровотечения из шейки или тела матки: 1) эрозия шеечной сосудистой сети при инвазивной карциноме шейки матки; 2) карцинома эндометрия; 3) эндометриальный полип; 4) подслизистая лейомиома. Детальное описание лечения каждого из этих заболеваний выходит за рамки настоящей главы. Во всех случаях на врача неотложной помощи ложится ответственность за распознавание источника кровотечения, стабилизацию состояния пациентки и быстрое направление больной в гинекологическое отделение. Следует помнить о возможном появлении при беременности ановуляторного дисфункционального маточного кровотечения (ДМК). Гинеколог должен по сути дела определить нарушение в системе гипоталамус — гипофиз — яичники, которое лежит в основе ДМК, но в тяжелых случаях врач ОНП обязан немедленно начать лечение. К счастью, большинство проблем ДМК не требует неотложного вмешательства и успешно решается под наблюдением специалиста. Фактически все тяжелые случаи ДМК встречаются у девушек вскоре после начала менструации. Кровотечение иногда бывает довольно значительным и может вызвать геморрагический шок. Лечение таких пациенток в ОНП проводится в определенной последовательности.

Выяснение перименструального статуса пациентки и исключение беременности на основании анамнестических данных. Отсутствие боли и профузное кровотечение без примеси отходящей ткани в значительной степени уменьшает возможность разрыва при внематочной беременности или самопроизвольного аборта.

Установление локализации источника кровотечения в полости матки и возможных аномалий в анатомическом строении матки и ее придатков при влагалищном исследовании.

Стабилизация состояния пациентки с помощью внутривенного введения жидкостей или (при необходимости) трансфузии крови или ее компонентов. Проведение как минимум следующих лабораторных исследований: а) определение полной формулы крови, включая подсчет тромбоцитов; б) определение группы крови и резус-фактора; в) тест на беременность; г) получение коагулограммы. Коагулопатия, особенно вследствие нарушения функции тромбоцитов, может быть первым проявлением тяжелого кровотечения в связи с началом первой менструации.

Введение 20 мг связанного эстрогена (внутривенно, медленно) в течение 10—15 минут. Быстрое введение эстрогена вызывает спазм артериальной сосудистой сети матки и инициирует ряд функциональных реакций, связанных с коагуляцией, что часто значительно уменьшает маточное кровотечение.

Срочная консультация с гинекологом относительно продолжения гормонального или хирургического лечения.

**4. Воспалительное заболевание органов таза**

Воспалительное заболевание органов таза (ВЗОТ) является наиболее частым из серьезных инфекционных заболеваний у женщин репродуктивного возраста в США. Ежегодно в США регистрируется 2,5 млн обращений к врачу по поводу острого сальпингита, причем 250 000 женщин госпитализируются, а 150 000 — подвергаются хирургическим операциям по поводу осложнений этого заболевания. Отдаленные последствия сальпингоофорита включают хронические тазовые боли, диспареунию, бесплодие, обусловленное окклюзией труб или спайками, тубоовариальные абсцессы и повышенный риск трубной внематочной беременности. Ввиду серьезности острых и хронических осложнений, связанных с ВЗОТ, необходимо как можно раньше диагностировать заболевание, что позволит своевременно начать соответствующую интенсивную терапию антибиотиками.

Острый сальпингит прежде разделяли на гонококковый и негонококковый. Однако теперь признано, что сальпингит является заболеванием, вызываемым полимикробной флорой; часто обнаруживаемые при нем патогены включают Neisseria gonorrhoeae, анаэробные бактерии, такие как пептококки, пептострептококки и различные виды бактероидов, а также E.coli и Chlamydia. Выбор антибиотика осуществляется с учетом полимикробной природы заболевания, а также возросшей частоты обнаружения Chlamydia trachomatis при ВЗОТ и роли этого возбудителя в возникновении заболевания и его последствий.

Факторы риска развития воспалительного заболевания органов таза включают следующее: 1) перенесенный в прошлом гонорейный сальпингит; 2) значительную половую активность со многими партнерами; 3) юношеский возраст; 4) использование внутриматочной спирали. Помимо этих факторов, связанных с передачей инфекции половым путем, необходимо установить возможные (недавние) инструментальные манипуляции в области шейки или в полости матки. К развитию эндометрита и сальпингита могут также предрасполагать расширение шейки матки и кюретаж ее полости, биопсия эндометрия, гистеросальпингография, продувание труб и прижигание или криотерапия шейки матки.

Острый сальпингит может иметь различные клинические проявления. Набухание и отек инфицированных труб и параметриальной ткани вызывают боли внизу живота, болезненность при перемещении придатков и шейки матки, повышение температуры тела и общее недомогание. Выделение гноя из труб в прилегающее перитонеальное пространство или в область печени может вызвать более локализованную боль в связи с тазовым перитонитом с иррадиирующей болезненностью или перигепатит (синдром Фитц-Хью — Куртиса). Гастроинтестинальные симптомы (тошнота и потеря аппетита) наблюдаются достаточно часто и могут предполагать наличие аппендицита или вирусного гастроэнтерита. Признаки заболевания появляются вскоре после менструации, но аномальное маточное кровотечение наблюдается нечасто. Вообще, отсутствие аменореи в анамнезе и аномального кровотечения, а также обычное повышение температуры и общее недомогание следует четко отличать от проявлений таких состояний, как внематочная беременность, самопроизвольный выкидыш и острое заболевание придатков матки.

Немногие физические признаки, специфичные для сальпингита, включают болезненность внизу живота с возможной иррадиацией, боль при перемещении матки ("признак канделябра") и болезненность придатков матки. Часто обнаруживаются гнойные или слизисто-гнойные выделения из шеечного канала, которые всегда окрашиваются по Граму. Обнаружение масс с одной стороны (или с двух сторон) от придатков или мешка четко свидетельствует о наличии тубоовариального или тазовото абсиесса. Только у 1/3 пациенток с ВЗОТ отмечается лихорадка с температурой тела выше 38 °С.

У всех пациенток с подозреваемым сальпингитом проводится окрашивание секрета из шеечного канала по Граму для обнаружения грамотрицательных внутриклеточных диплококков (N.gonorrhoeae). Исследования микрофлоры шеечного канала должно ограничиваться выявлением гонококков и хламидий. Осуществляется полный анализ крови, хотя не у всех пациенток с ВЗОТ ожидается увеличение количества лейкоцитов. При малейшем подозрении на беременность проводится тест на наличие хорионического гонадотропина человека. Ультразвуковое исследование органов таза осуществляется в том случае, когда влагалищное исследование оказывается неадекватным из-за выраженной болезненности в области таза или когда отсутствует ответ на антибиотикотерапию в первые 48—72 часа лечения.

Ввиду многообразия проявлений заболевания диагностика острого сальпингита может быть трудной. Кроме того, клинические критерии, на которых основывается диагноз, многочисленны, различны по определению и не стандартизированы. Отсутствие корреляции между распространенностью поражения и тяжестью симптомов еще более способствует потенциальным диагностическим ошибкам.

Критерии, используемые при клинической диагностике острого сальпингита, представлены в табл. 1. Во всех случаях сомнительного диагноза показано лапароскопическое исследование органов таза.

Лечение осуществляется с учетом полимикробного характера патологического процесса и ввиду серьезности последствий ВЗОТ обычно проводится в условиях стационара. Внутривенная антибиотикотерапия в стационаре назначается пациенткам, имеющим какой-либо из следующих критериев: 1) диагностированный или предполагаемый пиосальпинкс или тубоовариальный абсцесс; 2) температура тела выше 38 "С; 3) беременность; 4) тошнота и рвота, препятствующие пероральному введению антибиотиков; 5) признаки перитонита в верхней половине брюшной полости; 6) наличие внутриматочной противозачаточной спирали; 7) недостаточная эффективность пероральной антибиотикотерапии в первые 48 часов; 8) неопределенный диагноз.

При лечении необходимо использовать наиболее современные рекомендации Центра по контролю заболеваемости. Амбулаторное лечение резервируется для пациенток с подозрением на гонорейный цервицит, с хламидиальным цервицитом или умеренно выраженным сальпингитом. Во всех подобных случаях схема лечения должна включать 10—14-дневный курс терапии тетрациклином; состояние пациентки повторно оценивается через 2 дня такого лечения. Недостаточная эффективность пероральной терапии в амбулаторных условиях делает необходимыми госпитализацию и проведение парентеральной антимикробной терапии.

**Таблнца 1.** Критерии, используемые при клинической диагностике острого воспалительного заболевания органов таза:

Должны иметь место все три состояния:

1. Непосредственная болезненность живота с иррадиацией или без нее
2. Болезненность при смещении шейки и матки
3. Болезненность придатков матки

Должен присутствовать хотя бы один из следующих признаков:

* + Окраска по Граму мазка из шейки матки — положительная для грамотрицательных внутриклеточных диплококков
  + Температура выше 38 "С Число лейкоцитов более 10 000/мм3
  + Наличие лейкоцитов и бактерий в перитонеальной жидкости, полученной при пункции заднего свода или лапароскопии
  + Воспалительное образование, обнаруженное при влагалищном исследовании и (или) ультрасонографии.

**Литература**

1. Айламазян Э.К. «Акушерство» - Санкт-Петербург: Специальная литература, 1997 г., 479 с.

2. Грицук В.И., Винокуров В.Л., Карелин М.И. Справочник практического гинеколога: 2-е издание, исправленное и дополненное - М.: Медицина, 2005 г.,750 с.