**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Акушерства и гинекологии**

Реферат

на тему:

**«Острая хирургическая и гинекологическая патология»**

**Пенза**

**2008**

**План**

1. Острая хирургическая патология

1.1 Разрыв аневризмы брюшной аорты частичный

1.2 Тромбоз селезеночной артерии

1.3 Тромбоз и эмболия мезентериальных сосудов

2. Боль в животе при гинекологических заболеваниях

2.1 Острая боль в животе при беременности

2.2 Перекрут ножки кисты яичника

2.3 Некроз миоматозного узла

Литература

**1. Острая хирургическая патология**

**1.1 Разрыв аневризмы брюшной аорты частичный**

Аневризма брюшной аорты возникает почти исключительно при атеросклерозе, поэтому заболевание характерно преимущественно для людей относительно пожилого возраста. Развивается аневризма брюшной аорты чаще всего на фоне гипертонической болезни, что увеличивает опасность спонтанного разрыва. Очень редко возможна сифилитическая этиология аневризмы. Разрыв первоначально нередко оказывается частичным с расслаиванием стенок пораженной аорты, в связи, с чем возможна временная самостоятельная остановка кровотечения с образованием пульсирующей гематомы, располагающейся в забрюшинном пространстве рядом с аортой. Полость гематомы выполняется кровяными сгустками и частично жидкой кровью. У некоторых бальных кровотечение не прекращается из места разрыва аневризмы и быстро приводит к гибели, у других же происходит самостоятельная остановка кровотечения и на какой-то срок состояние больного может улучшиться и стабилизироваться. В дальнейшем, однако, при отсутствии хирургического лечения больные погибают от возобновившегося кровотечения.

Клинически частичный разрыв аневризмы брюшной аорты проявляется приступом боли в животе, возможны рвота, задержка стула и газов.

В зависимости от скорости и объема кровопотери развиваются более или менее выраженные признаки острого малокровия (бледность, тахикардия, головокружение, обморочное состояние и др.). Живот чаще всего вздут с более или менее выраженными симптомами раздражения брюшины, по локализации соответствующими проекции забрюшинной гематомы. При небольшом кровоизлиянии большинство из перечисленных симптомов может отсутствовать. При пальпации часто удается определить глубокий инфильтрат, который может пульсировать (пульсирующая гематома, авевризма). Нередко в области аневризмы и гематомы прослушивается систолический шум. Если расслаивание стенок аорты распространяется до области ее бифуркации, то может исчезнуть пульс на обеих бедренных артериях.

Неотложная помощь и госпитализация. Больных с частичным разрывом брюшной аорты необходимо экстренно доставлять в специализированные хирургические отделения. Чрезмерно энергичные меры по повышению снизившегося АД противопоказаны в связи с опасностью возобновления кровотечения.

В клинически ясных случаях нужды в дополнительных методах исследования в стационаре нет; больным требуется срочная операция.

**1.2 Тромбоз селезеночной артерии**

Тромбоз или эмболия селезеночной артерии (инфаркт селезенки) – относительно редкая причина возникновения боли в животе. Инфаркты селезенки развиваются при эндокардитах, пороках сердца, инфаркте миокарда, портальной гипертонии, после травм и др.

Инфаркт селезенки проявляется внезапной болью в левом подреберье различной интенсивности иногда иррадиирующей в поясничную область или под лопатку. Повышается температура, нарастает СОЭ. M0iyr наблюдаться явления пареза кишечника. Селезенка умеренно увеличена, болезненна. В крови чаще отмечается лейкопения, иногда появляются тельца Жолли.

Неотложная помощь и госпитализация. Необходима экстренная госпитализация. Лечение (введение анальгетиков, гепарина и антикоагулянтов), учитывая трудности диагностики, при оказании неотложной помощи проводить, не рекомендуется. Обычно наступает самоизлечение с последующим образованием на поверхности селезенки Рубцовых втяжений. Реже в области инфаркта происходит инфицирование с образованием абсцесса. В этом случае показано хирургическое лечение.

**1.3 Тромбоз и эмболия мезентериальных сосудов**

Острое нарушение мезентериального кровообращения возникает относительно часто. В подавляющем большинстве случаев острые нарушения мезентериального кровообращения приводят к инфаркту кишечника.

Заболевание в большинстве случаев начинается внезапное появления резкой (чаще постоянного характера) боли в животе. Особенностью боли (например, в отличие от боли, связанной с перфорацией язвы желудка) во многих случаях является ее неопределенная локализация, схваткообразный характер и возможность перемещения. Весьма показательно поведение больных: они кричат, не находят себе места, подтягивают ноги к животу, принимают коленно-локтевое положение. Появляется тошнота, рвота, при которой рвотные массы приобретают характер кофейней» гущи. Более чем у половины больных появляется неоднократный жидкий стул с примесью крови.

Живот в начальном периоде (первые 2 и болезни) бывает обычно мягким; при пальпации живота в соответствии с зонами инфаркта кишечника появляется важный симптом – локальная болезненность. В первый период болезни возможно возникновение тестовидной опухоли, пальпируемой между пупком и лобком. В стадии перитонита состояние больных ухудшается в связи с усилением интоксикации, обезвоживанием, нарушением электролитного баланса, ацидоза тканей. Особенностью перитонита при острых нарушениях мезентериального кровообращения является более позднее по сравнению с гнойными перитонитами появление симптомов мышечного напряжения и симптома Щеткина-Блюмберга. Перитонит, как правило, начинает развиваться снизу.

Диагноз эмболии сосудов кишечника при возникновении описанной выше клинической картины облегчается, если симптомы заболевания появляются на фоне патологического процесса, сопровождающегося внутрисердечным тромбозом или тромбозом аорты (инфаркт миокарда, атеросклероз, пороки сердца, эндокардит и т.д.). Диагноз заболевания в первую очередь должен основываться на анализе клинических проявлений.

Неотложная помощь и госпитализация. При малейшем подозрении на острое нарушение мезентериального кровообращения больных необходимо госпитализировать в хирургический стационар. Основной метод лечения-оперативный.

**2. Боль в животе при гинекологических заболеваниях**

Возникновение острой боли в животе у женщин может быть связано с нарушенной трубной беременностью, разрывом (апоплексией) яичника, перекрутом субсерозного узла, миомы матки, некрозом миоматозного узла, острым воспалительным процессом в придатках матки, особенно при образовании гнойного очага (пиосальпинкс, пиоовар), пельвиоперитонитом и рязлитым перитонитом как осложнением воспалительного процесса в половых органах.

Острый болевой синдром сопровождает и целый ряд акушерских заболеваний (разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

Для боли гинекологического происхождения типична локализация в нижних отделах живота, в области крестца и в паховых областях. Боль обычно иррадиирует вниз – в область прямой кишки (при внематочной беременности), в бедро (при воспалительном процессе). В отдельных случаях боль может распространяться вверх, в частности при раздражении диафрагмального нерва излившейся кровью при нарушенной внематочной беременности. Боль может появиться внезапно (внематочная беременность, перекрут ножки кисты яичника) или же быть относительно длительной и с периодами усиления и ослабления (воспалительный процесс в придатках матки). Боль может протекать с перитонеальными явлениями (острый живот), как это наблюдается при многих острых гинекологических заболеваниях: нарушенной внематочной беременности, перскруге ножки кисты или опухоли яичника, апоплексии яичника, разрыве пиосальпинкса или пивовара, остром воспалении придатков матки с исходом в тазовый перитонит и т.д.

При гинекологических заболеваниях вскоре вслед за появлением болевого симптома возникают другие клинические признаки, характерные для той или иной формы патологии. Там, при разрыве маточной трубы при внематочной беременности вскоре после болевого приступа развиваются симптомы внутреннего кровотечения, при перекруте ножки кисты яичника или разрыве пиосальпинкса боль сочетается с явлениями начинающегося перитонита и т.д.

Дифференциальную диагностику болей при гинекологических заболеваниях чаще всего приходится проводить с болями, возникающими при остром аппендиците.

**2.1 Острая боль в животе при беременности**

Острый болевой синдром при беременности поздних сроков наиболее часто обусловлен угрожающим разрывом матки или преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

При угрозе разрыва матки во время родов сильная боль в животе чаще всего возникает при клинически узком тазе (несоответствие между размерами головки плода и тазом матери), родах при поперечном положении плода. Менее выраженный болевой синдром наблюдается при угрожающем разрыве матки по рубцу после операции кесарева сечения или в результате дистрофических процессов в миометрии, обусловленных воспалительными заболеваниями.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты сопутствует тяжелым формам позднего токсикоза (нефропатия, преэклампсия, эклампсия), гипертонической болезни, гломерулонефриту.

При угрозе разрыва матки во время родов роженица жалуется на сильные схваткообразные боли в животе, которые не исчезают в паузах между истинными схватками. Матка напряжена и болезненна при пальпации.

Отмечаются признаки перерастяжения нижнего маточного сегмента и высокое стояние коитракционного кольца (граница между нижним сегментом матки и ее телом). Круглые маточные связки напряжены, болезненны и отчетливо пальпируются через переднюю брюшную стенку. Мочеиспускание задержано.

При влагалищном исследовании отмечается прижатие и отек шейки матки (при головном предлежании плода). Из половых путей появляются кровянистые выделения (начавшийся разрыв матки). При совершившемся разрыве матки бурная родовая деятельность прекращается, при этом женщина ощущает сильную боль в животе. Быстро нарастают явления внутреннего кровотечения и шока.

Плод находится в состоянии тяжелой гипоксии и быстро погибает. При угрожающем разрыве матки по рубцу после бывшей операции кесарева сечения беременная или роженица жалуется на боль в области рубца. Пальпация рубца на матке вызывает боль.

Для преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, если она произошла на значительном протяжении (до 1 /3 плаценты и более), характерна острая боль в животе распирающего характера. Матка плотная, напряженная, не расслабляется. На стороне образования ретроплацентарной гематомы – асимметрия матки (выбухание) и выраженная локальная болезненность. Отмечаются признаки внутреннего и (или) наружного кровотечения (учащение пульса, снижение артериального давления, появление кровянистых выделений из влагалища). Сердечные тоны плода быстро перестают выслушиваться.

Неотложная помощь и госпитализация. При подозрении на угрожающий разрыв матки или преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты необходимо расслабить матку. Это достигается дачей эфирно-кислородного наркоза, после чего женщину транспортируют в ближайший родильный дом для срочного родоразрешения (кесарево сечение).

**2.2 Перекрут ножки кисты яичника**

Клиническая картина зависит от скорости развития и степени перекрута. При постепенном перекруте, когда ножка перекручивается на 90–180˚С, происходит нарушение кровообращения в основном по венам, которые легко сдавливаются, при этом кровь продолжает поступать по артерии. В результате этого киста (опухоль) значительно увеличивается, на ее поверхности выпадает фибрин, который способствует образованию спаек с кишечником и сальником. Это приводит к потере подвижности кисты (опухали). При перекруте ножки на 360˚С прекращается поступление крови и по артериям, вследствие чего в кисте (опухоли) развиваются ишемические и некротические процессы, в при инфицировании может развиться перитонит.

Заболевание начинается с появления острой боли внизу живота, выраженной преимущественно на стороне поражения. Боль сопровождается тошнотой, нередко рвотой. Повышается температура, учащается пульс, живот становится напряженным и болезненным при пальпации. В нижних отделах живота отмечается положительный симптом Щеткина. В крови нарастает лейкоцитоз, увеличатся СОЭ. При влагалищном исследовании сбоку и чаще всего кзади от матки находят овоцидной формы образование, тугоэластической консистенции, ограниченно подвижное, резко болезненное при пальпации и перемещении.

Неотложная помощь и госпитализация. Перекрут ножки кисты (опухоли) яичника является показанием к срочной госпитализации больной в гинекологический или хирургический стационар. Лечение операционно.

**2.3 Некроз миоматозного узла**

Некротическим изменениям могут подвергаться узлы миомы матки различной локализации: субсерозные, интрамуральные и субмукозные. Субсерозные узлы подвергаются некрозу чаще всего при перекруте ножки опухоли. Интрамуральные узлы нередко подвергаются дистрофическим изменениям и некрозу при резко выраженных сокращениях миометрия (сокращения матки в послеродовом периоде, после применения окситоцина и других препаратов, вызывающих сокращение мускулатуры матки). Некротически измененный узел миомы часто подвергается вторичному инфицированию, что угрожает развитием перитонита. Субмукозные узлы подвергаются вторичным изменениям в основном при их рождении.

Ведущим признаком является боль, возникающая внезапно в нижних отделах живота. Она может быть резкой (при перекруте ножки субсерозного узла) или тупой (при некрозе интерситциального или субмукозного узла). Рождение субмукозной миомы, кроме того, сопровождается типичной схваткообразной болью внизу живота. Некроз узла миомы, помимо боли, сопровождается повышением температуры тела, ухудшением общего состояния больной, возможен озноб. При влагалищном исследовании находят сглаженную шейку матки и нижний полюс рождающегося субмукозного узла или локальную болезненность в области расположения одного из межмышечных узлов. При перекруте ножки субсерозного узла клиническая картина практически не отличается от симптомов перекрута ножки кисты яичника, но консистенция узла миомы более плотная, чем кисты яичника.

Неотложная помощь и госпитализация. Больных необходимо срочно госпитализировать в гинекологический стационар, где после обследования решают вопрос об оперативном или консервативном лечении.

**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