**План**

1. Заболевания женских наружных половых органов

1.1 Бартолинит

2. Боль в заднем проходе

2.1 Геморрой при беременности

2.2 Острый тромбоз геморроидальных узлов

2.3 Острый парапроктит

Литература

**1. Заболевания женских наружных половых органов**

**1.1 Бартолинит**

Воспалительное заболевание большой железы преддверия влагалища, вызывается стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой, гонококком и некоторыми другими микробами, которые попадают в железу через ее выводной проток. Воспалительный процесс может быть одно- или двусторонним (при гонорее).

Боль в области наружных половых органов (большой и малой половой губ), усиливающаяся при движении, в положении сидя и при половых сношениях. Боль нередко иррадиирует по внутренней поверхности бедра.

Острый бартолинит почти всегда сопровождается недомоганием и повышением температуры тела до 37,5–38˚ С, может быть озноб. При наличии комбинированной инфекции (гонококк и стафилококк или стрептококк) образуется гнойный экссудат, заполняющий дольки железы. Это приводит к образованию так называемого псевдоабсцесса железы (истинный абсцесс железы с вовлечением окружающей жировой клетчатки при бартолините наблюдается редко).

При осмотре обнаруживаются припухлость и болезненность в области половых губ, кожа больших и малых половых губ гиперемирована и отечна. При нагноении отмечается симптом флюктуации. Псевдоабсцесс может самостоятельно вскрыться на внутренней поверхности половых губ, при этом одномоментно выделяется значительное количество гноя, нередкое запахом (при колибациллярной инфекции). Самочувствие больной после этого заметно улучшается, менее выраженными становятся боль и болезненность в области пораженной железы, снижается и нормализуется температура тела. Однако вскоре в просвете железы, вновь скапливается гной и заболевание рецидивирует.

Неотложная помощь и госпитализация. Покой; к пораженой железе – пузырь со льдом. В остром периоде заболевания, особенно при образовании нагноения, показана госпитализация в гинекологический или хирургический стационар. Вскрытие псевдоабсцесса бартолиновой железы производят только в стационаре. При рецидивах заболевания показано удаление железы. Консервативная терапия заключается в назначении антибиотиков, сульфаниламидных препаратов, обезболивающих средств.

**2. Боль в заднем проходе**

**1. Геморрой при беременности**

Условия образования застоя крови и отека заложены в самом строении вен прямой кишки, а стимулирующим фактором нередко является задержка калового содержимого в нижнем отделе кишечника. Переполненная каловыми массами прямая кишка давит на окружающие венозные стволы и вызывает застой крови. В результате этого отток крови из кавернозных телец уменьшается, что приводит к их расширению.

Очень часто во второй половине беременности или после родов у женщин проявляется геморрой. Во время вынашивания ребенка матка значительно увеличивается в объеме, а к моменту родов занимает большую часть брюшной полости. Прямая кишка может изменить положение и поэтому как бы прижимается маткой. Пережимаются и венозные сосуды, что приводит к застою крови в них и увеличению кавернозных телец. После родов геморроидальные вены резко сужаются, и симптомы заболевания, если нет других предрасполагающих факторов, часто исчезают.

От многих заболеваний геморрой выгодно отличается наглядностью симптомов. Необходимо только знать, что же следует искать.

Боль является главным симптомом геморроя. Происхождение боли при этом заболевании связано с обилием нервных болевых рецепторов в области анального отверстия, которые вовлекаются в патологический процесс и, посылая импульсы в кору головного мозга, формируют неприятное ощущение. Основными причинами проявления боли при геморрое являются травмирование кожи и слизистой оболочки каловыми массами, а также развитие воспаления.

Особенности болевых ощущений разнообразны. Они зависят как от индивидуальных особенностей человека, так и от характера патологических изменений заднего прохода.

Другой распрострвненный симптом – кровотечение. При геморрое кровотечение начинается во время дефекации: иногда при натуживании перед отхождении каловых масс, чаще – сразу после. Причина проста – расширенные и истонченные геморроидальные узлы при натуживании переполняются кровью, а затем травмируются и надрываются проходящими через анальный канал каловыми массами – открывается кровотечение.

Диагноз. При выявлении вышеперечисленных симптомов лучше сразу направиться к проктологу.

Лечение. Местное лечение геморроя является наиболее популярным и заключается в использовании препаратов разнообразных лекарственных форм – свечей, мазей, примочек, сидячих ванночек. Обезболивающим действием обладают свечи, содержащие экстракт красавки, новокаин, лидокаин, анестезин, экстракт опия. При кровоточащем геморрое используют свечи с адреналином, тромбином и танином. Для борьбы с микробами в свечи добавляют антисептики – метиленовый синий, резорцин, йод, ихтиол.

Наиболее широко при лечении геморроя применяются мази «Ультрапрокт», «Проктокол», «Проктогливенол», «Проктоседил». Их можно использовать несколько раз в день, но обязательно на ночь и после стула: в задний проход с помощью наконечника вводят по 1,5–2 см столбика мази. Также желательно отказаться от использования туалетной бумаги и после стула подмываться теплой водой.

**2. Острый тромбоз геморроидальных узлов**

Чаще всего острая боль в заднем проходе бывает обусловлена острым тромбозом и воспалением геморроидальных узлов. Обострение геморроя может быть спровоцировано приемом алкоголя, острых блюд с пряностями, тяжелой физической нагрузкой, запором, беременностью.

Заболевание обычно развивается остро. Боль при этом может быть почти нестерпимой, особенно усиливается при дефекации, ходьбе и в сидячем положении. Больные жалуются на плохое самочувствие, озноб. Температура повышается до 38 ˚С и выше. Наблюдаются дизурические расстройства. Выпавшие наружу и ущемленные в анальном канале геморроидальные узлы резко увеличены, напряжены, сине-багрового цвета. На поверхности некоторых из них могут быть видны участки некроза и налеты фибрина на слизистой оболочке. Ткани, окружающие задний проход, отечны, напряжены и резко гиперемированы. Пальпация воспаленных геморроидальных узлов крайне болезненна.

Неотложная помощь и госпитализация. При остром тромбозе геморроидальных узлов показана экстренная госпитализация в специализированное отделение. Недопустимо вне больничных условий вправление выпавших тромбированных геморроидальных узлов, так как подобные манипуляциии могут вызвать значительные повреждения слизистой оболочки, кровотечение и более серьезные, опасные для жизни больного осложнения. При остром тромбофлебите геморроидальных узлов рекомендуется постельный режим, сидячие ванны с раствором перманганата калия, холодные примочки с применением свинца ацетата или 2% раствора гидрокарбоната натрия, сменяемые каждые полчаса. Через 1 – 2 дня целесообразно применить теплые сидячие ванны. Внутрь дают антикоагулянты (под контролем протромбинового индекса). Назначают молочнорастительную диету, вазелиновое масло внутрь по 1 столовой ложке 3 раза в день. Могут назначаться и физиотерапевтические процедуры.

Возможно оперативное лечение острых флеботромбозов аноректальной области и в остром периоде заболевания.

**3. Острый парапроктит**

Гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки обусловлено ее инфицированием из просвета прямой кишки, происходящим вследствие травмы слизистой оболочки при запоре, анальной трещине, геморрое, проктите и других заболеваниях заднего прохода и прямой кишки.

Острый парапроктит у мужчин наблюдается чаще, чем у женщин. У детей это заболевание развивается крайне редко, чаще – в результате мелких травм слизистой оболочки и несоблюдения гигиены заднего прохода. Проникновение инфекции у них происходит преимущественно не через задние, а через боковые анальные крипты и железы и из поверхностных гнойников вследствие опрелости кожи при плохом уходе. В зависимости от локализации нагноительного процесса различают следующие формы острого парапроктита:

1) подслизистый абсцесс прямой кишки;

2) подкожный (перианальный),

3) ишиоректальный;

4) пельвиоректальный;

5) ретроректальный.

Клинические проявления острого парапроктита зависят от формы и стадии течения. Общие признаки: заболевание начинается обычно с резкой боли в области заднего прохода или прямой кишки, высокой температуры, плохого общего состояния, задержки стула при отсутствии задержки газов.

Подслизистый абсцесс прямой кишки локализуется в подслизистом слое прямой кишки, чаще всего на задней стенки. Больные жалуются на тупую, иногда пульсирующую боль в нижнем отделе прямой кишки, чувство тяжести в промежности. Боль усиливается при дефекации. Повышение температуры незначительное. При пальцевом исследовании определяются отечность и болезненность в области заднепроходного отверстия, а на одной из стенок – округлый, резко болезненный инфильтрат (первоначально плотный, в последующем – с размягчением).

Подкожный парапроктит встречается чаще, чем другие формы острого парапроктита. Гнойник располагается в подкожной клетчатке с той или иной стороны заднего прохода. Начинается заболевание остро. Появляются боль в области заднего прохода, усиливающаяся при дефекации, гипертермия, озноб. Болезнь быстро прогрессирует – боль принимает пульсирующий характер, усиливается при малейшем движении. Местно на расстоянии 2–4 см от заднего прохода определяются припухлость и гиперемия кожных покровов. Зона поражения резко болезненна при пальпации, в центре ее нередко определяется участок флюктуации. Введение пальца в прямую кишку резко болезненно (необходимо вводить палец медленно и осторожно). При подкожном парапроктите в отличие от ишиоректального верхняя граница инфильтрата (определяемая при пальцевом исследовании прямой кишки) располагается относительно близко, не выше 2 см от наружного сфинктера.

Парапроктит (седалищно-прямокишечный) начинается остро. Процесс, захватывая глубокие слои клетчатки седалищно-прямокишечных впадин, быстро распространяется позади прямой кишки на другую сторону до предстательной железы и, идя кверху, захватывает тазовую клетчатку. С самого начала заболевание протекает с выраженной интоксикацией, высокой температурой, нередко с ознобом, нарастающим ухудшением общего состояния. Появляются общая слабость, нарушается сон. Отмечаются тяжесть и пульсирующая боль в глубине тазовой области. При дефекации боль резко усиливается. Местно обнаруживается легкая отечность соответствующей ягодицы, постепенно нарастающая в последующие дни; появляется гиперемия кожных покровов, кожа становится напряженной, определяется флюктуация. При пальцевом исследовании прямой кишки на стороне поражения обнаруживают болезненное уплотнение стенки прямой кишки, а в более поздние сроки – выпячивание инфильтрата в просвет кишки. Болезненность первоначально отмечается лишь при глубокой пальпации.

Пельвиоректальный парапроктит (тазово-прямокишечный) – крайне редкая форма заболевания. Процесс локализуется в тазово-прямокишечном фасциальном пространстве, расположенном между мышцей, поднимающей задний проход, и брюшиной тазового дна. Эта форма является наиболее трудно распознаваемой и в то же время наиболее тяжелой. Больные жалуются на боль или чувство тяжести в тазу, постоянное давление «на низ» без каких-либо наружных признаков заболевания в области заднего прохода и без поверхностной боли. Появляются неопределенная лихорадка, дизурические расстройства, иногда резь в конце акта мочеиспускания вследствие распространения воспалительного процесса на стенку мочевого пузыря. Боль при дефекации непостоянна. Иногда при этой форме парапроктита появляются перитонеальные симптомы в нижнем отделе живота (вследствие воспалительных изменений тазовой брюшины), которые могут симулировать клиническую картину острого аппендицита и острых гинекологических заболеваний. Пальцевое ректальное исследование обнаруживает болезненное уплотнение одной из стенок прямой кишки (чаще всего передней) на высоте от 5 до 10 см от анального отверстия. Верхний край инфильтрата обследовать, обычно не удается. Позднее, когда инфильтрат расширяется и опускается вниз по верхней поверхности мышцы, поднимающей задний проход, клинические признаки заболевания становятся сходными с таковыми при седалищно-прямокишечном парапроктите.

Ретроректальный парапроктит (позадипрямокишечный) также встречается крайне редко. Гной скапливается в ретроректальном пространстве выше мышцы, поднимающей задний проход. В начальный период заболевание характеризуется как бы бессимптомным течением. В дальнейшем появляется ощущение тяжести в прямой кишке и ноющая боль в области крестца и копчика, значительно усиливающаяся при дефекации. В этот период отмечается резкая болезненность при давлении пальцем в области задней промежности. Пальцевое ректальное исследование позволяет обнаружить выбухание задней стенки прямой кишки болезненное при давлении.

Неотложная помощь и госпитализация. Необходима экстренная госпитализация в хирургическое отделение. Консервативное лечение таких больных в домашних условиях недопустимо.

Лечение только оперативное, сразу же после установления диагноза. Основные моменты операции при остром парапроктите:

1) вскрытие и дренирование гнойника,

2) ликвидация внутреннего отверстия свища, сообщающего полость гнойника с прямой кишкой. При глубоких гнойниках быструю ликвидацию воспалительных явлений и закрытие полости удается получить при применении аспирационно-промывного метода лечения гнойных процессов.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Р.Л.. 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