**Неотложные состояния в гинекологии.**

**Острый живот.**

Неотложные состояния в гинекологии.

Острые заболевания брюшной полости у гинекологических больных возникают внезапно. Диагностика их должна быть своевременной, так как от этого зависит здоровье и жизнь женщины. Все заболева­ния, при которых возникает клиника острого живота, требует оказа­ния неотложной помощи.

Заболевания женских половых органов, при которых наблюдается клиника острого живота, делятся на группы:

1. Острые кровотечения из внутренних половых органов.
2. Внезапные нарушения кровообращения во внутренних половых ор­ганах.
3. Разрыв пиосальпинкса либо пиовара с последующим развитием пе­ритонита.

**Внематочная беременность.**

Внематочной называется беременность, при которой оплодотворен­ное яйцо имплантируется и развивается вне полости матки. Различают трубную, яичниковую и брюшную беременность. Редко возникает внематочная беременность в рудиментарном роге матки. 99% патологии – трубная беременность. Беременность в правой ма­точной трубе наблюдается несколько чаще, чем в левой.

Яичниковая ( интрафолликулярная и эпиофоральная ) беременность встречается в 0,1 – 0,7 %. При первой оплодотворение и импланта­ция происходят в фолликуле, при второй – на поверхности яичника. Брюшная беременность ( 0,3-0,4% ) локализуется в сальнике, печени , прямокишечно-маточном углублении и др.

Беременность в рудиментарном роге матки (0,1-0,9%) анатомически относится к маточным , а клинически протекает как внематочная.

Чаще всего внематочная беременность встречается у женщин 20-35 лет.

Этиология и патогенез.

Обычно оплодотворенное яйцо продвигается к матке благодаря пе­ристальтике трубы и движениям ресничек мерцательного эпителия слизистой.Транспортная функция труб зависит от : гормональной функции яичника и введенных экзогенно гормонов , полноценности всех слоев стенки трубы, состояния кровоснабжения и иннервации внутренних половых органов. Следовательно, факторы , препятст­вующие транспортировке яйцеклетки ,могут явиться причиной вне­маточной беременности. Чаще всего к внематочной беременности приводят воспалительные процессы

маточных труб. Следствием воспаления может быть образование пе­ритубарных спаек и срастание складок. Нарушается функция мерца­тельного эпителия, двигательная активность маточных труб , снижа­ется способность нервных рецепторов воспринимать воздействие эс­трогенов и прогестерона. Одной из причин внематочной беременно­сти является нарушение функции яичника, что может быть следствием нейроэндокринных нарушений или воспалительного процесса . Нарушения в гипоталамо-гипофизарно яичниковой сис­теме , приводящие к недостатку или избытку выработки половых гормонов в яичнике или нарушению нормальной цикличности сек­реции гормонов, извращают моторную функцию труб –их перистальтику, состояние сфинктера и слизистой. Все это приводит к тому , что транспорт яйцеклетки затрудняется и она имплантиру­ется не в матке , а в трубе.

# Факторами, способствующими возникновению внематочной бере­менности , являются инфантилизм, искусственные аборты, эндометриоз маточных труб, опухоли матки и придатков, стрессы.

Клиника.

Оплодотворенная яйцеклетка с помощью трофобласта расплав­ляет децидуальную оболочку и погружается в нее. Ворсины трофобласта , разрушая слизистую , внедряются в мышечную оболочку . Низкая выработка антипротеолитического фермента препятствует погружению трофобласта. Все это предопределяет исход трубной беременности, которая чаще прерывается в 5-6 нед.

Различают прогрессирующую и прерывающуюся внематочную беременность. Описаны редкие случаи донашивания внематоч­ной беременности и извлечения живого ребенка оперативным путем (при брюшной беременности ).

Прогрессирующая внематочная беременность.

Внематочная беременность вызывает такие же изменения , как и маточная. Но есть признаки, более характерные для внематоч­ной беременности: размер матки не соответствует сроку , в области придатков матки с одной стороны пальпируется болез­ненное опухолевидное образование, содержание хориогониче­ского гонадотропина несколько ниже, иногда появляются схваткообразные боли внизу живота, субфебрильная темпера­тура и незначительное увеличение СОЭ.

Важно дифференцировать прогрессирующую внематочную беременность от воспаления придатков. Для этого используют сле­дующие методы : УЗИ, противовоспалительное лечение, прогесте­роновую пробу, реографические исследования, кульдо- или лапароскопию.

Разрыв маточной трубы. Разрыв трубы приводит к массивному кровотечению, шоку. Внезапно при физической нагрузке или акте дефекации наступает острый приступ боли внизу живота с иррадиацией в прямую кишку, падает AD, PS слабый и частый. Френикус - симптом положительный если в брюшной полости не менее 500 мл крови. В боковых отделах живота притупляется перкуторный звук, живот умеренно вздут, болезненность на сто­роне разрыва. Гинекологически определяется увеличение матки до 6 – 8 недель, пальпация ее и движение шейки резко болез­ненны, из шеечного канала после болевого приступа появляются темно – кровянистые выделения, отторгается децидуальная ткань. По мере увеличения внутрибрюшинного кровотечения развива­ется коллапс и шок. Диагностическим тестом является пункция через задний свод влагалища, подтверждающее наличие свобод­ной крови в брюшной полости.

Трубный аборт. Обычно после небольшой задержки менструа­ции, появляются схваткообразные, односторонние боли внизу живота. Из половых путей появляются скудные темно – кровяни­стые выделения, обусловленные отторжением децидуальной обо­лочки. Кровь в брюшную полость поступает небольшими порциями не вызывая резких перитонеальных симптомов. Диагностика трубного аборта требует тщательного анамнеза и клинических проявлений. Внематочная беременность прервав­шаяся по типу трубного аборта, клинически исходна с прервав­шейся маточной беременностью малых сроков. Дифференци­ровка основывается на данных анализа, клиники, дополнитель­ных методов исследования. В затруднительных случаях проводят диагностическое выскабливание с последующим гистологиче­ским исследованием. Делают также пункцию через задний свод влагалища, полученная темная кровь не сворачивается.

Лечение. Обычно удаляют патологически измененную маточную трубу, реже проводят пластические операции. Операция произво­дится в течении 30 – 40 мин со времени установления диагноза. Необходимо переливание крови, кровезаменителей или реинфу­зия аутокрови. После операции кроме обычной терапии назна­чают комплекс мероприятий направленный на предупреждение спаек и сращений.

**Апоплексия яичника.**

Этиология и патогенез. Гематома яичника может возникнуть из – за изменениях в сосудах и тканях яичника. Провоцирующими моментами служат травма, физическое напряжение и др.

Клиника: Обусловлена характером внутреннего кровотечения и сопутствующими заболеваниями. Наиболее характерными являются боли и признаки внутреннего кровотечения. Различают анемическую, болевую и смешанные формы. Анемическая форма часто принимает0ся за трубную беременность, а болевая за аппендицит. Окончательный диагноз устанавливают во время операции. Дифференциальный диагноз между яичниковым кровотечением и внематочной беременностью не имеет практи­ческого значения т.к. в обоих случаях показано срочное чревосе­чение. Для дифференциальной диагностики между аппендицитом и яичниковым кровотечением используют признак Промптова, при аппендиците исследования через прямую кишку вызывает резкую боль в области прямокишечно – маточного углубления, перемещение матки болезненно при апоплексии наоборот.

Лечение.

При небольшом кровотечении и удовлетворительном состоянии больной возможна консервативная терапии . При значительном кровотечении прибегают к чревосечению, резекции или ушива­нию яичника.

**Перекрут ножки яичника.**

Этиология и патогенез.

Причины не всегда ясны. У многорожавших с перерастянутой передней брюшной стенкой перекрут встречается чаще. Иногда перекрут возникает при внезапной остановке вращательного движения туловища, физических напряжениях.

Клиника.

Если перекрут происходит медленно , то в начале нарушается от­ток крови по более тонким сосудам , а по артериям кровь про­должает поступать. В опухоли образуется венозный застой, возникают кровоизлияния ,разрыв капсулы опухоли с кровотече­нием в брюшную полость . При более значительном перекруте кровь перестает поступать по артерии , появляются некротиче­ские изменения , что может вести к перитониту.

Диагностика.

Резкие боли приступообразного характера возникают внезапно , иррадиируют в ноги и поясницу. Живот вздут, симптомы раздражения брюшины, тошнота, рвота и др. Гинекологически в области придатков определяется опухолевидное образование овальное резко болезненное .Дифференциальный диагноз проводят с внематочной беременностью и аппендицитом .

Лечение.

Лечение оперативное. После чревосечения на перекрученную ножку накладывают зажимы , ножку пересекают. Перитонизацию культи проводят листками широкой связки. Опухоль вскрывают и исследуют ее характер.

**Экстренные состояния при миоме матки.**

Иногда при наличии миоматозного изменения матки возникают показания для оказания экстренной хирургической помощи:

Рождающийся подслизистый узел, нарушение кровоснабжения и дистрофические изменения в миоматозном узле, перекрут ножки подбрюшного узла. При рождении подслизистого миоматозного узла щипцами Мюзо захватывают верхушку узла и максимально низводят книзу, надсекают основание узла, откручивают и отделяют узел. При нарушении питания узла вначале используют консервативное лечение, а если оно не помогло, то удаляют матку. При перекруте ножки подбрюшного узла прибегают к консервативной миомэктомии или надвлагалищной ампутации матки.

**Пиосальпинкс и пиовар .**

Гнойные мешотчатые образования придатков матки нередко служат показанием к неотложной помощи .

Клиника.

В воспалительный процесс часто вовлекается брюшина, сальник, петли кишечника с образованием единого воспалительного конгломерата. Развивается картина острого живота. Гинекологи­чески определяется опухолевидное болезненное образование с плотной капсулой и нечеткими границами. Возникает угроза раз­рыва пиосальпинкса ( пиовара ) с излитием гноя в брюшную по­лость и развитием разлитого гнойного перитонита. Гной может прорваться в мочевой пузырь, прямую кишку и влагалище.

Диагностика.

Ведется на основании данных:

1.указаний в анамнезе на длительное течение воспаления придат­ков с частыми обострениями

2. внезапное острое начало

3.начало разлитого перитонита

4.гинекологически – опухоль с нечеткими границами.

Лечение.

Методы оперативного вмешательства индивидуальны. У моло­дых при одностороннем процессе удаляют воспаленные придатки матки. У пожилых проводится надвлагалищная ампутация или экстирпация матки с придатками. При отсутствии выпота в брюшной полости и разлитого перитонита брюшную полость за­шивают наглухо. При разлитом перитоните дренируют брюш­ную полость через боковые каналы с оставлением микроиррига­торов для введения антибиотиков и проведения перитонеального диализа.