

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

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

Реферат

Тема: Основные неотложные состояния в гинекологии и оказание
доврачебной помощи

Выполнила:

Плохих А.А.

Ординатор 1 года

обучения

Красноярск 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

1.1 НАРУШЕННАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

1.2 ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

1.3 НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ УЗЛА МИОМЫ МАТКИ

ГЛАВА 2. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА И ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ

2.1 АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА: ПРИЧИНЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА И ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

2.2 ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы отмечен значительный рост неотложных состояний в гинекологии, поэтому совершенствование неотложной помощи является одной из актуальных задач современной медицины.

Если раньше под термином "апоплексия яичника" понимался разрыв доминантного фолликула, характеризующийся болевым синдромом и кровотечением в брюшную полость, то в настоящее время - это кровоизлияние в яичник, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость при разрыве сосудов граафова пузырька, стромы яичника, желтого тела, кисты желтого тела, фолликулярной кисты.

По данным ряда авторов, на долю апоплексии яичника приходится до 85,7% оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита, а в 30-50% случаев заболевание диагностируется как внематочная беременность.

В 41,9% случаев после заболевания наблюдается бесплодие, которое обусловлено не только травмой яичника, но и возникновением спаечного процесса в органах малого таза в 99,8%, а в 87% - формируются ретенционные кисты яичника.

Единственным методом лечения любых форм апоплексии яичника является прием КОК. Однако подавление функции яичников не обеспечивает полного выздоровления женщины и не предотвращает рецидивирования заболевания после отмены препарата.

Проблема внематочной беременности вновь стала актуальной для медицинской общественности. Наблюдается увеличение числа случаев внематочной беременности, что объясняется ростом воспалительных процессов женских половых органов, увеличением количества оперативных вмешательств на маточных трубах, проводимых с целью регуляции деторождения, увеличением числа женщин, использующих внутриматочные спирали в качестве метода контрацепции. Кроме того, число внематочных беременностей растет и за счет большого числа аборт и, соответственно, их осложнений. Наиболее часто внематочная беременность встречается у женщин 20-35 лет

Кроме того, после перенесенной эктопической беременности у 60-80% больных развивается бесплодие, а у 20-30% повторная внематочная беременность.

Наиболее часто встречается перекрут ножки опухоли яичника. Анатомическая ножка опухоли состоит из растянутых воронкотазовой связки, собственной связки яичника и мезоовария. В ножке кистомы проходят кровеносные сосуды, питающие опухоль (яичниковая артерия, анастомоз ее с маточной артерией), а также лимфатические сосуды и нервы. Хирургическая ножка представляет собой образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении опухоли.

Перекрут ножки опухоли иногда связан с резкими движениями, физическим напряжением. Это осложнение чаще возникает у девочек и девушек. Нередко перекрут ножки кистомы яичника происходит во время беременности и в послеродовом периоде. Перекрут может произойти внезапно (остро) или постепенно, бывает полным или частичным.

Перекрут ножки опухоли - это осложнение наиболее характерно для субсерозных узлов. Что такое субсерозный миоматозный узел? В этом случае, миома растет в сторону

брюшной полости и расположена под поверхностным слоем матки. Как правило, субсерозно расположенные миомы растут на тонких ножках. Перекручивание ножки субсерозного узла ведет к нарушению его питания и, в тяжелых случаях, его отмиранию - некрозу.

Цель курсовой работы: рассмотреть сущность заболевания апоплексия яичника, выявить основные неотложные состояния в гинекологии и оказание доврачебной помощи.

Задачи курсовой работы:

1. Рассмотреть неотложные состояния в гинекологии.
 2. Изучить сущность заболевания апоплексия яичника.
 - . Исследовать оказание доврачебной помощи при апоплексии яичника.
- неотложное состояние гинекология симптоматика

ГЛАВА 1. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ

1.1 НАРУШЕННАЯ ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Все случаи развития плодного яйца вне полости матки являются тяжелой патологией, которая, несмотря на все достижения современной практической гинекологии, представляет непосредственную угрозу не только здоровью, но и жизни женщины. Проксимальная эктопическая, или внематочная, беременность является одной из главных причин внутреннего кровотечения у женщин репродуктивного возраста.

Этиология и патогенез. Имплантация плодного яйца вне полости матки может происходить вследствие нарушения транспортной функции маточных труб, а также в связи с изменением свойств самого плодного яйца. Возможны сочетания обоих причинных факторов.

Практика показывает, что нарушение функции трубы чаще всего связано с воспалительными процессами любой этиологии. Преобладающую роль играет неспецифическая инфекция, распространению которой способствуют аборт, внутриматочная контрацепция, внутриматочные диагностические вмешательства, осложненное течение родового акта и послеродового периода, перенесенный аппендицит. Постоянно возрастает значение оперативных вмешательств на маточных трубах в структуре причинных факторов, ведущих к возникновению внематочной беременности. Даже внедрение микрохирургии не исключает подобной опасности.

Сократительная деятельность трубы тесно связана с характером гормонального статуса организма. Неблагоприятный гормональный фон у женщин может быть обусловлен нарушением регуляции менструального цикла любой природы, возрастом, а также употреблением экзогенных гормональных препаратов, способствующих нарушению или индукции овуляции.

Неадекватность развития бластоцисты месту физиологической имплантации связывают с чрезмерной биологической активностью самого яйца, приводящей к ускоренному образованию трофобласта и возможной инвазии, не доходя до полости матки. Выяснить причину такого быстрого развития бластоцисты практически невозможно.

Нарушение транспорта плодного яйца в некоторых случаях можно объяснить особенностями его пути, например наружной миграцией яйцеклетки после хирургического вмешательства на придатках: яйцеклетка из единственного яичника через брюшную полость попадает в единственную трубу противоположной стороны. В последние годы появились сообщения о возможности возникновения трубной беременности после экстракорпорального оплодотворения и пересадки бластоцисты в матку.

Прогрессирующая внематочная беременность растягивает плодоемкостное пространство, а ворсины хориона разрушают подлежащую ткань, в том числе и кровеносные сосуды. В зависимости от локализации беременности этот процесс может протекать быстрее или медленнее, сопровождаться большим или меньшим кровотечением.

Если плодное яйцо развивается в истмическом отделе трубы, где высота складок слизистой оболочки невелика, имеет место так называемый (Заворотный (основной) рост ворсин хориона, которые быстро разрушают слизистый, мышечный и серозный слои трубы, и уже через 4-6 нед это приводит к перфорации стенки с деструкцией сосудов, мощно развитых в связи с беременностью. Происходит прерывание беременности по типу

разрыва беременной трубы, что сопровождается массивным кровотечением в брюшную полость. Таков же механизм прерывания беременности, локализованной в интерстициальном отделе трубы. Однако ввиду значительного мышечного слоя, окружающего данный отрезок трубы, продолжительность беременности может быть более длительной (до 10-12 нед и более). Кровопотеря вследствие развитого кровоснабжения этой области при разрыве плодместилища, как правило, бывает массивной. При ампулярной локализации трубной беременности возможна имплантация плодного яйца в складку эндосальпинкса (колюмнарное, или акротропное, прикрепление). В этом случае рост ворсин хориона может быть направлен в сторону просвета трубы, что через 4-8 нед после nidации сопровождается нарушением внутренней капсулы плодместилища, а это, в свою очередь, приводит к небольшому или умеренному кровотечению. Антиперистальтические движения труб могут постепенно изгонять отслоившееся плодное яйцо в брюшную полость происходит трубный аборт. Повторяющиеся более обильные кровотечения приводят к скапливанию крови в прямокишечно-маточном углублении и формированию так называемой заматочной гематомы, отграниченной от брюшной полости фиброзной капсулой, спаянной с петлями кишечника и сальником.

В чрезвычайно редких случаях плодное яйцо, изгнанное из трубы, не погибает, а прикрепляется к париетальной или висцеральной брюшине органов брюшной полости (чаще всего к брюшине прямокишечно-маточного углубления). Развивается вторичная брюшная беременность, которая может существовать разное время, вплоть до доношенного срока. Еще реже плодное яйцо может имплантироваться в брюшной полости цервично-яичниковая беременность редко существует длительное время. Обычно происходит наружный разрыв плодместилища, сопровождающийся значительным кровотечением. Если беременность развивается на поверхности яичника, подобный исход наступает рано.

Клиника и диагностика. В ургентной гинекологии практический врач чаще всего сталкивается с нарушенной трубной беременностью (разрывом трубы или трубным абортом), имеющей разнообразные клинические проявления: от незначительно выраженных симптомов до ярких признаков внутреннего кровотечения. Беременность, нарушенная по типу разрыва трубы, обычно не представляет диагностических трудностей.

Основным требованием, которое предъявляет жизнь практическим врачам, является не столько умение поставить правильный диагноз, сколько умение быстро и четко оказать адекватную экстренную помощь.

Диагноз ставится на основании следующих данных. У некоторых женщин предшествует задержка очередных месячных от одного дня до нескольких недель. Внезапные резкие боли в нижних отделах живота справа или слева, которые иррадиируют в задний проход, в под- и надключичную область, плечо или лопатку, в подреберье. Боли сопровождаются тошнотой или рвотой, головокружением вплоть до потери сознания, иногда жидким стулом. Общее состояние больной прогрессивно ухудшается вплоть до развития тяжелых степеней геморрагического шока. У одних больных на это уходит несколько часов, у других - 20 - 30 мин в зависимости от скорости кровотечения и исходного состояния организма женщин.

Объективное обследование обычно дает все основания для подтверждения внутреннего кровотечения. проявляется заторможенность, реже проявляет признаки беспокойства. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, конечности холодные, дыхание частое поверхностное.

Тахикардия, пульс слабого наполнения, артериальное давление понижено. Язык влажный, не обложен. Живот может быть несколько вздутым, напряжение мышц передней

брюшной стенки отсутствует. При пальпации отмечается болезненность в нижних отделах живота, особенно на стороне поражения. Выявляются симптомы раздражения брюшины.

При перкуссии, как правило, обнаруживают притупление в отлогих местах живота. Производя внутренний гинекологический осмотр, не следует прилагать чрезмерных усилий для уточнения формы, размеров, консистенции матки и придатков. Из-за резкой болезненности сделать это не удастся, а излишние страдания небезразличны для больной, они могут способствовать усилению кровотечения и шока. При осмотре с помощью зеркал можно обнаружить разную степень цианоза или бледность слизистой оболочки влагалища и экзоцервикса. Кровянистые выделения из шеечного канала отсутствуют, их появление, связанное с отслойкой децидуальной оболочки, обычно обнаруживается позже, уже в послеоперационном периоде бимануальное исследование выявляет утолщение или выпячивание заднего и одного из боковых сводов. Матка легко смещается, как бы "плавает" в свободной жидкости. Можно прибегнуть к пункции прямокишечно-маточного углубления через задний свод влагалища. Применение данной манипуляции в подобных ситуациях в связи с доступностью, простотой, быстротой выполнения. Прерывание внематочной беременности по типу внутреннего разрыва плодместилища, или трубного аборта, в отличие от разрыва трубы представляет значительные диагностические трудности. Данный вариант прерывания беременности характеризуется медленным течением, продолжается от нескольких дней до нескольких недель. Периодически возобновляющаяся частичная отслойка плодного яйца от плодместилища сопровождается небольшим (20 - 30 мл) или умеренным (100-200 мл) кровотечением в просвет трубы и в брюшную полость, не оказывающим заметного влияния на общее состояние больной. Однако в любой момент кровотечение может стать значительным или обильным, что, конечно, проясняет клиническую картину, но существенно ухудшает состояние пациентки. Прерывание беременности, начавшееся по типу внутреннего разрыва плодместилища, всегда таит в себе угрозу перехода в наружный разрыв, сопровождающийся усилением кровотечения. Данные объективного обследования настолько многообразны, что правильная интерпретация их чрезвычайно затруднительна даже в сопоставлении с хорошо собранным анамнезом. Конечно, если у больной имеет место сочетание всех трех характерных жалоб (задержка месячных, боли с соответствующей иррадиацией, темные мажущие выделения из влагалища) с наличием болезненности и симптомов раздражения брюшины в нижних отделах живота на фоне нормальной температуры тела, с односторонним увеличением придатков, то диагноз трубного аборта становится очевидным. Однако подобная картина заболевания наблюдается далеко не всегда. В таком случае трубный аборт маскируется под другие гинекологические и экстрагенитальные заболевания: начавшийся маточный выкидыш ранних сроков, апоплексия яичника, острое воспаление придатков, пельвиоперитонит, нарушение питания субсерозных узлов миомы матки, перекрут ножки опухоли яичника, аппендицит.

1.2 ПЕРЕКРУТ НОЖКИ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА

"Острый" живот в гинекологической практике может быть следствием перекрута брыжейки патологически измененной или неизмененной маточной трубы и яичника. Но значительно чаще происходит перекрут ножки опухоли (кистомы) или опухолевидного, чаще ретенционного, образования (кисты) яичника. Это осложнение наблюдается у 10-20 % больных с указанной патологией.

Перекруту ножки могут быть подвержены опухоли различной гистологической структуры (эпителиальные, стромы полового тяжа, тератомы), не спаянные с соседними органами и имеющие выраженную ножку. Как правило, это доброкачественные и пограничные новообразования, но могут встречаться и злокачественные.

Патогенез. Перекрут ножки опухоли или кисты яичника может быть связан с переменной положения тела, физическим напряжением, усиленной перистальтикой кишечника, переполнением мочевого пузыря, переходом кисты из малого таза в брюшную полость, длинной подвижной ножкой кисты. У женщин с диагнозами киста и кистома яичника выявляются увеличение кровенаполнения, замедление кровотока, венозного застоя на фоне пониженного сосудистого тонуса с пораженной стороны.

Эти осложнения чаще возникают у девочек, девушек и молодых женщин. Характерна относительная частота пере - крута ножки кисты у детей и даже у новорожденных. Нередко перекрут ножки новообразования яичника происходит во время беременности и в послеродовом периоде.

Анатомическая ножка опухоли состоит из растянутой связки, подвешивающей яичник, собственной связки яичника и мезоооария. В ножке проходят кровеносные сосуды, питающие опухоль (яичниковая артерия, анастомоз ее с маточной артерией), а также лимфатические сосуды и нервы. Хирургическая ножка представляет собой образование, которое приходится пересекать во время операции при удалении опухоли. Чаще всего в хирургическую ножку, помимо анатомической, входит перерастянутая маточная труба. Ряд авторов считают перекручиванием поворот кисты вокруг своей ножки на 90° , другие - поворот на 120° - 180° .

Перекрут может произойти внезапно (остро) или постепенно, бывает полным или частичным. Изменения в опухоли при перекручивании ее ножки зависят от быстроты, с которой происходит поворот опухоли по оси, и от степени перекручивания. Если перекручивание происходит медленно и оно не полное, то прежде всего изменения наблюдаются в тонкостенных, малоустойчивых венах ножки вследствие сжатия их и прекращения оттока крови, в то время как упругие артерии продолжают снабжать опухоль артериальной кровью. В результате возникает выраженный венозный застой: опухоль быстро увеличивается в размерах, при этом часто бывают кровоизлияния в ее паренхиму. Иногда стенка опухоли разрывается, вследствие чего развивается кровотечение в брюшную полость. Перекручивание ножки опухоли, сопровождающееся пережатием артерий; приводит к некротическим изменениям в тканях опухоли и даже к перитониту. Клиническая картина перекрута ножки кисты или кистомы практически не зависит от характера новообразования яичников и довольно характерна. Заболевание, как правило, начинается с сильных болей в низу живота, сопровождающихся тошнотой и рвотой. Приступ болей иногда совпадает с физической нагрузкой, резким движением. При частичном перекруте ножки все явления значительно менее выражены и могут исчезать даже без лечения. В дальнейшем перекрут ножки кисты может оказаться неожиданной находкой на операции, предпринятой по поводу кисты яичника или какого-либо другого заболевания брюшной полости.

При полном перекруте ножки кистомы резко нарушаются кровоснабжение и питание опухоли. Клинически это проявляется картиной "острого" живота. Больная принимает вынужденное положение в постели из-за возникших резких болей. При пальпации напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина - Блюмберга, парез кишечника, задержка стула, реже - диарея. Температура тела может повышаться, пульс частый, отмечают бледность кожных покровов и слизистых оболочек, холодный пот. При влагалищном исследовании обнаруживают опухоль в области придатков матки; попытки смещения ее вызывают резкую боль. Важным диагностическим признаком

перекручивания кистомы является увеличение ее размеров, что имеет большое значение. Однако выявить это возможно лишь в тех случаях, когда больная находится под наблюдением врача. Такие больные нуждаются в срочной операции - удалении опухоли. Всегда отмечаются боли в животе и/или спине, которые нарастают постепенно, но могут быть и внезапными. У 50 % женщин боли носят острый характер; иногда переходят в тупые и постоянные, часто локализуются в правом или левом нижнем квадранте живота. Тошнота и рвота отмечаются у 2/3 больных, реже встречаются нарушения функций мочевыводящих путей и ощущение тяжести в низу живота.

При объективном обследовании обнаруживаются признаки умеренно выраженной интоксикации: температура тела не превышает 38°C; тахикардия в пределах 100 уд/мин. При пальпации живота выявляют некоторое напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность в нижних отделах. Часто наблюдаются симптомы раздражения брюшины. Перистальтические шумы кишечника выслушиваются хорошо.

Диагноз перекрута придатков матки редко устанавливают до операции. В ряде работ показано, что только в 18% случаев диагноз был поставлен правильно и своевременно. Ультразвуковое исследование не дает дополнительной диагностической информации, если придатковые образования пальпируются, но помогает выявить их у 80 % больных, у которых они не определялись при влагалищном исследовании. Наличие серозно-кровянистой жидкости при пункции заднего свода влагалища обычно не дает дополнительной информации. При поступлении женщин в стационар с картиной острого живота и опухолевидным образованием, расположенным в малом тазу, вряд ли целесообразны ультразвуковые, рентгенологические исследования и пункция заднего свода влагалища, затягивающие начало оперативного лечения.

Дифференциальный диагноз перекрута ножки кисты или кистомы яичника проводят с нарушенной трубной беременностью, воспалением придатков, апоплексией яичника, почечной коликой, аппендицитом и острой кишечной непроходимостью.

Для внематочной беременности характерны задержка менструаций, появление темных кровянистых выделений из половых путей; доминируют симптомы внутреннего кровотечения и коллапса, а не явления раздражения брюшины. Большую ценность в дифференциально-диагностическом отношении имеют характер болей и их локализация. При разрыве трубы они обычно острые и сильные, а при трубном аборте - схваткообразные.

Боли почти всегда иррадиируют в область прямой кишки и наружных половых органов, реже - в плечо и ключицу (френикус-симптом). Часто бывает полезным в этом случае проведение пробы на беременность.

Тубоовариальные абсцессы или сальпингиты обычно характеризуются более выраженной лихорадкой и лейкоцитозом, билатеральной болезненностью придатков матки, а также гнойными выделениями из половых путей. В пункта - те из брюшной полости обнаруживают гной или серозную жидкость.

Больные с диагнозом перекрут ножки кисты или кистомы яичника подлежат срочной операции. Более предпочтительным среди других оперативных доступов считается продольный разрез, так как он дает возможность ревизии органов брюшной полости. После вскрытия брюшной полости, прежде чем приступить к дальнейшему вмешательству, следует тщательно осмотреть матку, оба яичника, маточные трубы, определить состояние брюшины, наличие сращений и т.д. Необходимо получить ясное представление об образовании, исходящем из яичника.

При перекруте ножки опухоли ее следует отсечь, не раскручивая, по возможности выше места перекрута. Такая тактика обусловлена тем, что в ножке опухоли формируются тромбы, которые при ее раскручивании могут отделиться и попасть в общий кровоток.

1.3 НАРУШЕНИЕ ПИТАНИЯ УЗЛА МИОМЫ МАТКИ

Миома - наиболее часто встречающаяся опухоль внутренних половых органов женщин. Заболевание встречается у 15-17 % Женщин в возрасте старше 30 лет.

По современным представлениям, миома матки - это дисгормональная опухоль, образующаяся в связи с нарушением в системе гипоталамус - гипофиз - кора надпочечников - яичники. Дисгормональная природа опухоли обуславливает метаболические нарушения, функциональную недостаточность печени, а также нарушения жирового обмена.

Опухоль возникает вначале межмышечно, затем в зависимости от направления роста развиваются интерстициальные (в толще стенки матки), субсерозные (растущие в сторону брюшной полости) и субмукозные (растущие в сторону слизистой оболочки матки) узлы опухоли. Вокруг миоматозного узла образуется капсула из мышечных и соединительнотканых элементов миометрия. При наличии субсерозных узлов в образовании капсулы опухоли участвует также брюшинный покров матки; в субмукозных узлах капсула состоит из мышечного слоя и слизистой оболочки матки.

Наиболее часто (80 %) встречаются множественные миомы различной величины, формы и с разным количеством узлов. Значительно реже наблюдаются одиночные субсерозные или интерстициальные узлы. Субсерозные узлы обычно связаны с телом матки широким основанием, но иногда растут непосредственно под брюшиной, соединяясь с маткой тонкой ножкой. Такие узлы очень подвижны и легко подвергаются перекручиванию. Частота некроза миомы матки, по данным сводной статистики, составляет около 7 %. Узлы опухоли особенно часто некротизируются во время беременности, в послеродовом или послеабортном периоде.

Нарушение кровоснабжения в миоматозных узлах объясняется в основном механическими факторами (перекрут, перегиб, сдавление опухоли). Однако нельзя не учитывать особенностей гемодинамики в период беременности. Клиническим проявлением изменений гемодинамики матки являются симптомы повышения тонуса миометрия, легкой возбудимости матки, наличие болей (тянущих, ноющих, спастического характера).

Многими авторами описаны различные дистрофические процессы в миоматозных узлах (отек, очаги некроза, кровоизлияние, гиалиновое перерождение, дегенерация), которые развиваются не только вследствие перекрута ножки подбрюшинного узла, но также в результате ишемии, венозного застоя, множественного тромбообразования в межмышечных узлах опухоли. Предрасполагающим фактором при этом является увеличение размеров миоматозных узлов в процессе увеличения матки во время беременности.

Различают сухой и влажный типы некроза миомы матки. Описан и так называемый красный некроз миомы. При сухом некрозе происходит постепенное сморщивание участков некротизированной ткани, при этом образуются своеобразные пещеристые полости с остатками омертвевшей ткани. При влажном некрозе наблюдаются размягчение и влажное омертвление ткани с последующим образованием кистовидных полостей. Красному некрозу подвергаются чаще миомы, расположенные интрамурально. Обычно эта форма некроза встречается при беременности и в послеродовом периоде.

Макроскопически узлы опухоли окрашены в красный или коричнево-красный цвет, имеют мягкую консистенцию, микроскопически обнаруживают выраженное расширение вен и их тромбоз. Причину возникновения красного некроза некоторые исследователи видят в повышении тонуса окружающего узел миометрия с последующим развитием расстройства кровообращения в капсуле опухоли и на периферии. Некротические изменения обычно обусловлены нарушением кровообращения в опухоли.

К асептическому некрозу почти всегда присоединяется инфекция, проникающая в узел гематогенным или лимфогенным путем. Возбудители инфекции обычно принадлежат к

септической группе микробов (стафилококк, стрептококк, кишечная палочка). Инфицирование некротически измененных узлов миомы матки представляет большую опасность вследствие реальной возможности разлитого перитонита и генерализованной инфекции (сепсис).

Клиника нарушения питания опухоли зависит от степени нарушения кровоснабжения узла.

Некроз миомы матки обычно сопровождается острыми болями в животе, напряжением передней брюшной стенки, возможным повышением температуры тела и лейкоцитозом. Диагностика заболевания не представляет особых трудностей. При влагалищном исследовании определяют наличие в матке миоматозных узлов, один из которых резко болезнен при пальпации.

Ультразвуковое сканирование облегчает выявление трудно прощупываемых узлов, позволяет оценить их состояние.

ГЛАВА 2. АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА И ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ

2.1 АПОПЛЕКСИЯ ЯИЧНИКА: ПРИЧИНЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА И ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Апоплексия яичника (apoplexia ovarii) - это внезапно наступившее кровоизлияние в яичник при разрыве сосудов фолликула, фолликулярной кисты, стромы яичника, желтого тела или кисты желтого тела, сопровождающееся нарушением целостности ткани яичника и кровотечением в брюшную полость.

Апоплексия яичника чаще встречается в репродуктивном возрасте (18 - 45 лет) и занимает третье место в структуре острой гинекологической патологии. Частота рецидива заболевания достигает 42-69%.

Причины апоплексии яичника

Развитие апоплексии яичника патогенетически связано со спецификой овариальной ткани. Предрасполагающими факторами являются особенности кровенаполнения органов малого таза, изменение проницаемости яичниковых сосудов в разные фазы овариального менструального цикла. При наличии изменений сосудистых стенок в результате расширения и кровенаполнения сосудов их проницаемость может повышаться вплоть до нарушения целостности.

Фоном, на котором происходит апоплексия яичника, могут служить дистрофические и склеротические изменения яичниковой ткани вследствие и т.д.

Провоцировать апоплексию яичника могут травма живота, физическое перенапряжение, верховая езда, спортивные занятия, бурный или прерванный половой акт и другие моменты, связанные с повышением внутрибрюшного давления. Однако апоплексия яичника отмечается и при отсутствии провоцирующих факторов. Нередко разрыв яичника коррелирует с развитием.

Апоплексия яичника может возникнуть в любую фазу менструального цикла, но чаще это случается в период овуляции или накануне менструации, когда содержание гонадотропных гормонов достигает своего пика. Также возможен вариант возникновения апоплексии яичника на фоне.

Классификация

В зависимости от клинических проявлений и тактики ведения больных с апоплексией яичника выделяют три формы заболевания:

болевою;

геморрагическую (анемическую);

смешанную.

С учетом величины внутрибрюшной кровопотери выделены три степени геморрагической формы апоплексии яичника:

легкая (кровопотеря 100-150 мл);

среднетяжелая (кровопотеря 150-500 мл);

тяжелая (кровопотеря более 500 мл).

Клиническая симптоматика и диагностика. Основным клиническим симптомом при любой форме апоплексии яичника является внезапная боль в нижних отделах живота.

Остальные симптомы (слабость, головокружение, тошнота, рвота, обморочное состояние) и степень их выраженности зависят от величины внутрибрюшного кровотечения. Боль связывают с раздражением рецепторного поля яичниковой ткани и воздействием излившейся крови на брюшину, а также со спазмом в бассейне яичниковой артерии.

Клиническая картина болевой и легкой геморрагической формы апоплексии яичника сходна.

Болевая форма апоплексии яичника наблюдается при кровоизлиянии в ткань фолликула или желтого тела. Заболевание манифестирует приступом болей внизу живота, без иррадиации, иногда с тошнотой и рвотой. Признаков внутрибрюшного кровотечения нет. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Пульс и АД в пределах нормы. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, хотя возможно незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки в нижних отделах.

Пальпаторно отмечается болезненность в подвздошной области на стороне пораженного яичника, перитонеальных симптомов нет. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

При гинекологическом осмотре матка нормальных размеров, яичник несколько увеличен и болезнен. Своды влагалища глубокие, свободные. УЗИ органов малого таза позволяет визуализировать непосредственно разрыв яичника.

В клинической картине среднетяжелой и тяжелой степени геморрагической (анемической) апоплексии яичника основные симптомы связаны с внутрибрюшным кровотечением.

Заболевание начинается остро, часто связано с внешними причинами (половой акт, физическое напряжение, травма и т.д.). Боль в нижних отделах живота часто иррадирует в задний проход, ногу, крестец, наружные половые органы, сопровождается слабостью, головокружением, тошнотой, рвотой, обмороками. Выраженность симптоматики зависит от величины внутрибрюшной кровопотери.

В случае большой кровопотери кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, на коже выступает холодный липкий пот. АД понижено, отмечается тахикардия. Язык сухой, живот напряжен, возможно незначительное его вздутие. При пальпации определяется выраженная болезненность в одной из подвздошных областей или по всему гипогастрию.

При гинекологическом осмотре слизистая оболочка влагалища нормальной окраски, при кровопотере - бледная. Матка обычных размеров, безболезненная, на стороне апоплексии пальпация придатков болезненна, слегка увеличенный яичник. Двуручное исследование может быть затруднено из-за выраженной болезненности и напряжения передней брюшной стенки. Своды влагалища нависают, тракции за шейку матки резко болезненные.

Для диагностики заболевания при отсутствии нарушений гемодинамических показателей применяют пункцию брюшной полости через задний свод влагалища. Однако методом выбора в диагностике апоплексии яичника является лапароскопия. Апоплексия яичника при лапароскопии выглядит как стигма овуляции: приподнятое над поверхностью

небольшое пятно диаметром 0,2-0,5 см с признаками кровотечения или прикрытое сгустком крови (рис.1), в виде кисты желтого тела в "спавшемся" состоянии либо в виде желтого тела с линейным разрывом или округлым дефектом ткани с признаками кровотечения (рис.2).

Лечение При болевой форме и незначительной внутрибрюшной кровопотере (менее 150 мл) без признаков нарастания кровотечения можно проводить консервативную терапию. Она включает покой, лед на низ живота (способствует спазму сосудов), препараты гемостатического действия (этамзилат, викасол, аскорутин), спазмолитические средства (папаверин, но-шпа), витамины (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин).

Консервативная терапия проводится в стационаре под круглосуточным наблюдением. При повторном приступе болей, ухудшении общего состояния, нестабильности гемодинамики, увеличении количества крови в брюшной полости, определяемом клинически и при ультразвуковом сканировании, возникают показания к оперативному вмешательству (лапароскопии, лапаротомии).

Обследование и диагностика:

Диагностика основана на методах общего осмотра, результатах пункции заднего свода влагалища, УЗИ малого таза, лапароскопии. Наиболее точный метод диагностики остается лапароскопия - эндоскопическое обследование брюшины. При этом при апоплексии яичника, лапароскопия может служить как диагностическим методом, так и терапевтическим.

Лапароскопия - методика, позволяющая осмотреть органы малого таза и брюшной полости на фоне пневмоперитонеума. В брюшную полость вводят через малый разрез оптику лапароскопа, что дает возможность непосредственно осмотреть органы малого таза или путем подключения видеокамеры передать изображение на монитор. С помощью этой методики можно дифференцировать воспалительные процессы в придатках, аппендиксе, в считанные минуты поставить диагноз внематочной беременности и т.д.

Показания к лапароскопии:

наличие более 150 мл крови в брюшной полости, подтвержденное физикальным исследованием и УЗИ, при стабильных показателях гемодинамики и удовлетворительном состоянии пациентки;

неэффективность консервативной терапии в течение 1-3 дней, признаки продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, подтвержденного при УЗИ органов малого таза;

дифференциальная диагностика острой гинекологической и острой хирургической патологии.

Оперативное вмешательство при апоплексии яичника должно быть максимально щадящим: коагуляция места разрыва, резекция яичника. При больших повреждениях и отсутствии возможности сохранения яичника его удаляют.

Показания к лапаротомии:

признаки внутрибрюшного кровотечения, приводящего к нарушениям гемодинамики с тяжелым состоянием больной (геморрагический шок);

невозможность проведения лапароскопии (спаечный процесс, усиление кровотечения из поврежденных сосудов яичника).

Дифференциальная диагностика. Апоплексию яичника следует дифференцировать от других острых заболеваний (внематочная беременность, острый аппендицит, острый сальпингоофорит, перекрут придатков матки, перекрут или некроз миоматозного узла, кишечная непроходимость, перфоративная язва желудка, почечная колика).

Профилактика. У больных с впервые возникшей болевой формой апоплексии яичника нарушения ЦНС, гормонального профиля и кровообращения в яичнике обратимы, поэтому специфические профилактические мероприятия не требуются. В течение 3 мес проводят терапию, корригирующую деятельность структур головного мозга: назначают

ноотропы, препараты, улучшающие церебральную перфузию (Танакан, винпоцетин - Кавинтон), при внутричерепной гипертензии - мочегонные средства. Некоторым пациенткам по назначению психоневролога проводится терапия транквилизаторами. Для подавления овуляции и коррекции гормонального профиля в течение 3-6 мес. используют комбинированные эстроген-гестагенные монофазные низкоили микродозированные оральные контрацептивы (ярина*, джес, жанин, фемоден, силест, новинет, мерсилон, логест, марве-лон, регулон). Что способствуют снижению частоты рецидивов заболевания.

Прогноз. При болевой форме апоплексии яичника прогноз для жизни благоприятный. У больных с геморрагической формой прогноз зависит от своевременности диагностики и лечебных мероприятий. К летальному исходу при разрыве яичника может привести декомпенсированный необратимый геморрагический шок, возникающий при кровопотере >50% ОЦК, при отсутствии лечебных мероприятий.

2.2 ТЕХНОЛОГИЯ ОКАЗАНИЯ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА

Информация, позволяющая акушерке заподозрить апоплексию яичника:

1. Интенсивные боли внизу живота с правой или левой стороны с иррадиацией в прямую кишку

2. Могут быть темные кровянистые выделения из половых путей

. Слабость, головокружение, мелькание "мушек" перед глазами

Действия акушерки:

. Диагностика:

. Анамнез: (чаще всего) происходит в середине менструального цикла, острое внезапное начало (чаще боли возникают после повышения внутри брюшного давления - физическое напряжение, акт дефекации, половой акт)

2. Определение симптомов раздражения брюшины,

Цель: не допустить патологической кровопотери

. Срочный вызов врача

2. Доврачебная помощь:

- Уложить в горизонтальном положении с приподнятой головной частью туловища

- Контрольная подкладка

- Катетеризация 2-3 магистральных вен: 0,9 % натрия хлорида 4,0 или раствор 5% глюкозы 400,0

- Холод на низ живота

- Следим за функциями (АД, ЧДД, PS, температура) и объемом кровопотери

- Приготовить набор для оказания неотложной медицинской помощи

- Срочная госпитализация в гинекологическое отделение

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Апоплексия яичника преимущественно обусловлена кровоизлиянием в кисту желтого тела и ее разрывом, реже - разрывом доминантного фолликула, желтого тела, фолликулярной кисты и кровоизлиянием в нее.

Наиболее значимыми факторами риска развития апоплексии яичника являются: возраст до 25 лет, рождение от преждевременных родов, черепно-мозговые травмы, оперативные вмешательства на органах брюшной полости, воспалительные процессы в придатках матки, функциональные образования яичников, инфекции из группы ИППП, ранняя половая жизнь, частая смена половых партнеров.

Комплекс реабилитационной терапии после перенесенной апоплексии яичника включает в себя препараты, улучшающие церебральную гемодинамику, функцию и кровоток в яичниках, противовоспалительную терапию.

Все женщины, входящие в группу риска по возникновению апоплексии яичника, должны находиться на диспансерном учете, не менее одного раза в год проходить оценку гормонального профиля, церебральной гемодинамики, УЗИ органов малого таза с доплерометрией яичниковых артерий; в зависимости от выявленных нарушений получать соответствующую коррекцию.

Все больные с подозрением на внематочную беременность подлежат госпитализации в стационар

Лечение в настоящее время комплексное. Оно складывается из следующих этапов:

- . Операция
- . Борьба с кровотечением, шоком и кровопотерей
- . Реабилитация репродуктивной функции.

Больная должна быть оперирована непосредственно после того, как установлен диагноз внематочной беременности, даже если состояние ее удовлетворительное. Исключение в смысле срочности оперативного вмешательства могут составлять случаи эктопической беременности поздних сроков, обычно после 7 месяцев, когда плод становится жизнеспособным.

Профилактика перекрута ножки кисты (опухоли) яичника

Регулярное посещение гинеколога (2 раза в год), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (нижней части живота) 1 раз в год.

Тщательное наблюдение за существующими кистами (доброкачественными образованиями, наполненными жидкостью) яичников.

Своевременное лечение кист и опухолей яичников.

При кровоснабжение в миоматозном узле нарушается, чаще всего опухоль начинает быстро увеличиваться в размерах за счет отека, а организм испытывает выраженную интоксикацию. Лечение - экстренная хирургическая операция, детородную функцию пациентки чаще всего сохранить не удастся. Иногда врачи пробуют сохранить матку и сначала назначают консервативное лечение - эффект его оценивается в течении ближайших суток.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авербух, И.С. О диагностике и тактике при разрыве и апоплексии яичника / И.С. Авербух, Л.Л. Петровицкая // Хирургия. 2007. - № 1. - С.15-17.
- . Аветисова, К. Р. Лапароскопия в диагностике гинекологических заболеваний у девочек и девушек / К. Р. Аветисова, Н.И. Волков, Т.Я. Пшеничникова // Акушерство и гинекология. 1987. - № 3. - С. 2006.
- . Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева.Н. Новгород: изд-во НГМА, 2000. - 66 с.
- . Апоплексия яичника: клинические формы, методы и отдаленные результаты исследования / А.Э. Тер-Овьякмян, О.С. Элибекова,
- . А. С. Гаспаров, И.А. Ререкин // Материалы 8-го Всерос. науч. форума "Мать и дитя". М., 2006. - С.531.
- . Арсеньева М.Г. Кольпоцитологические исследования в диагностике и терапии эндокринных гинекологических заболеваний / М.Г. Арсеньева. - М.: Медицина, 2009.365 с.
- . Астапенко, В.Г. Ошибки и осложнения в хирургии "острого живота" /
- . В.Г. Астапенко, С.С. Максимов. Минск: Высшая школа, 2009. - 189 с.
- . Астринская, С.Д. О дифференциальной диагностике апоплексии яичника и острого аппендицита / С.Д. Астринская, Л.Б. Мальцева // Советская медицина. 2010. - № 3. - С.22-25.
- . Брауде, Л.И. Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии / И.Л. Брауде, Л.С. Персианинов. М.: Медгиз, 2011. - 359 с.

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра мб. подготовка здр-я, мк, СП
(наименование кафедры)

Рецензия Иггерман О.А. д.м.н., зав. каф.
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения

по специальности СМТ

Прохин А.А.

(ФИО ординатора)

Тема реферата Основные этапы развития в эмбриологии
и организации габрикулярной почки

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	не удовлетворительно
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	—
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка (оценка по пятибалльной шкале)	Хорошо

Дата: «21» декабря 2020 год

Подпись рецензента

Иггерман О.А.

(подпись)

Иггерман О.А.

(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

Прохин А.А.

(подпись)

Прохин А.А.

(ФИО ординатора)

