Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения,

медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО

**РЕФЕРАТ**

**Тема: АиГ Неотложная помощь при острых воспалительных и септических заболеваниях. Неотложная помощь при острых гинекологических заболеваниях.**

Выполнила: ординатор кафедры

мобилизационной подготовки

здравоохранения, медицины катастроф

и скорой помощи с курсом ПО

Ивкина Ксения Викторовна

Красноярск

2023

Содержание

1. Кровотечение в акушерско-гинекологической практике.Методы остановки кровотечения. Неотложная помощь.**3**

2. Кровотечения при травмах женских половых органов. **7**

3. Острый живот в гинекологической практике .**9**

4. . Эктопическая беременность **9**

5. Апоплексия яичника **14**

6. Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника**17**

**7.** Перфорация гнойных образований придатков матки.…………………… .**19**

8. Пельвиоперитонит …………...…… ……………………………….......**22**

9. Список используемой литературы…………...………………………………**23**

Кровотечение в акушерско-гинекологической практике.Методы остановки кровотечения. Неотложная помощь.

Патологические маточные кровотечения, не связанные с беременностью называются негравидарные метроррагии. Это одна из наиболее частых вариантов гинекологической патологии. Этиология и патогенез По этиологическим факторам негравидарные метроррагии делятся на две большие группы: органические и функциональные. Органические причины связаны с системными заболеваниями и патологией органов репродуктивной системы.

1. Системные заболевания. Коагулопатии могут быть наследственными (болезнь Виллебранда, дефицит протромбина, дефицит фибриногена, дефицит V и XI факторов) и приобретенными. Приобретенные коагулопатии наблюдаются при лейкозах, тяжелом сепсисе, идиопатической тромбоцитопенической пурпуре, гиперспленизме, которые приводят к тромбоцитопении. Коагулопатия может впервые проявиться тяжёлым маточным кровотечением, особенно в период менархе. По различным литературным данным, 5-70% ювенильных кровотечений связаны именно с наследственной коагулопатией. − Гипотериоз может проявляться меноррагиями и межменструальными кровотечениями (0,3-2,5% случаев негравидарных метроррагий). При негравидарных метроррагиях неясного генеза обязательно необходимо исследовать функцию щитовидной железы (тиреотропный гормон, тироксин свободный, трийодитронин свободный, УЗИ щитовидной железы). − Цирроз печени приводит к развитию негравидарных метроррагий в связи со снижением метаболизма эстрогенов и развитием гипотромбинемии. − Ожирение (ароматизация андростендиона в эстрон в жировой ткани приводит к избыточной эстрогенной стимуляции эндометрия). − СД (секреция эстрогенов гиперплазированной тека-тканью). − Гиперплазия (аденома) коркового слоя надпочечников (избыточная секреция эстрогенов).

2. Патология репродуктивной системы. − Патология тела матки (лейомиома, аденомиоз, полипы эндометрия). Следует учитывать вероятность того, что органическая патология матки является в некоторых случаях сопутствующей. − Органические изменения яичников (фолликулярные кисты, гиперплазия тека-ткани и хилюсных клеток яичника, синдром склерокистозных яичников). − Злокачественные опухоли любого отдела репродуктивного тракта, а также гормонально-активные опухоли яичников. − Острые и хронические воспалителные заболевания органов малого таза, в частности эндометрит, могут проявляться меноррагиями, хотя яболее частый симптом – эпизодические скудные кровянистые выделения. − Поражения шейки матки и влагалища, такие как эктопия, эктропион шейки матки, полипы шейки матки травматические повреждения шейки матки, влагалища, выраженные воспаления, могут быть причиной нерегулярных кровянистых выделений, особенно контактных.

3. Ятрогенные причины. − Применение инертных и медьсодержащих внутриматочных контрацептивов достаточно часто приводит к негравидарным метроррагиям, что связывают с развитием местной воспалительной реакции и индуцированным ИТ повышением фибринолитической активности эндометрия. Гормональные препаратыЮ назначаемые с целью контрацепции, заместительной гормональной терапии, лечения акне, дисменореи, гирсутизма, эндометриоза, могут быть причиной негравидарных метроррагий. − Транквилизаторы и другие психотропные средства, влияющие на нейротрансмиттеры, изменяют гормональную активность гипоталамуса, тем самым вызывая ановуляторные кровотечения. − Крайне редкая причина негравидарных метроррагий – гинетически обусловленный дефект рецепторного аппарата эндометрия (снижение концентрации рецепторов и эстрогенов и прогестерона в эндометрии с соответственным снижением чувствительности к гормональным воздействиям).

Функциональные причины. Маточное кровотечение может быть симптомом повреждения любого вена функциональной системы гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. Чаще метроррагии данной этиологии регистрируют в пубертатном и перименопаузальном периодах – 2,5 – 32,0% и 50-60% в структуре дисфункциональных маточных кровотечений соответственно, что связано с функциональной перестройкой репродуктивной системы в эти возрастные периоды. В репродуктивном периоде частота функциональных маточных кровотечений составляет 4-5% в структуру общей гинекологической заболеваемости. Основная причина метроррагий в пубертатном и перименопаузальном периодах – ановуляция, связанная с нарушением нейроэндокринной регуляции овариального цикла. В репродуктивном периоде причиной метроррагий могут быть стрессы, инфекции, гормональные нарушения после самопроизвольного или искусственного прерывания беременности. Эпизоды подобных нарушений регистрируют как минимум у 10% женщин. Поскольку метроррагии в различные возрастные периоды имеют особенности патогенеза, клинической картины и тактики ведения, в клинической практике принято выделять метроррагии:

− Пубертатного периода (ювенильные кровотечения) (12-18 лет);

− Репродуктивного периода (1845 лет);

− Перименопаузального периода (45-55 лет).

Классификация. Параметры нормального менструального цикла:

− интервал между кровотечениями – 21-35 дней;

− длительность кровотечения – 3-7 дней;

− кровопотеря – до 80 мл (в среднем 35-40 мл).

Выделяют следующие нарущения менструального цикла: − межменструальное кровотечение – возникает между регулярными менструациями, варьирует по интенсивности (скудные непродолжительные кровянистые выделения в середине цикла могут быть внешним проявлением овуляции, связаны с падением уровня эстрогенов, не являются патологией). − Меноррагия (гиперменорея) – продолжителность и обильное маточное кровотечение, возникающее с регулярными интервалами.

− Метроррагия – нерегулярные маточные кровотечения (обычно длительные, различной интенсивности).

− Полименорея – маточное кровотечение, возникающее с регулярными короткими интервалами (менее 21 дня).

− Олигоменорея - редкие маточные кровотечения с интервалом более 35-40 дней. − Аменорея – отсутствие менструаций у женщин 18-45 лет в течение 6 месяцев и более (вне беременности и лактации)

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Диагностика − при осмотре оценить характер и количество кровянистых выделений (по прокладке).

− Исследовать пульс, измерить артериальное давление, оценить общее состояние и жизненно важные функции : сознания, дыхания, кровообращения.

− Визуально оценить цвет кожного покрова и слизистых оболочек, наличие кахексии, асцита (вероятность онкозаболеваний), сыпи (коагулопатии, системных заболеваний), признаков поражения печени (телеангиэктазий, расширения подкожных вен брюшной стенки, желтухи, асцита). При расспросе выяснить:

− Длительность, интенсивность кровотечения;

− Срок последних нормальных месячных;

− Наличие возможной беременности;

− Есть ли миома матки, аденомиоз, злокачественные заболевания половых органов (в том числе в анамнезе), наблюдались ли у гематолога;

− Есть ли связь начала кровотечения с половым контактом (возможность травмы);

− Принимались ли препараты, влияющие на свертывающую систему, или оральные контрацептивы.

Лечение

− Холод на низ живота.

− Не есть, не пить (возможность оперативного лечения!).

− Ввести окситоцин в дозе 5 МЕ внутримышечно.

− При САД менее 90 мм РТ.ст. – катетеризация кубитальной (для специализированной бригады скорой медицинской помощи – подключичной) вены с дальнейшей инфузией: гидроксоэтилкрахмала 6 или 10% раствора по 500-1000 мл, 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 400 мл, 5% раствора декстрозы – 400 мл.

− При прогрессировании признаков геморрагического шока на фоне проводимой терапии придавить и зафиксировать брюшную аорту кулаком к позвоночнику слева от пупка. Чего нельзя делать Не повышать САД более 100 мм рт.ст. Дальнейшее ведение − Всех пациенток с ургентными негравидарными метроррагиями (УНМ) госпитализируют в стационар.

− При признаках шока известить через бюро госпитализации стационар, куда планируется доставить пациентку.

− При отказе от госпитализации – актив в женскую консультацию.

Кровотечения при травмах женских половых органов.

Травматические повреждения половых путей могут возникать при дефлорации (особенно у детей и подростков), половом акте (может быть и у рожавших женщин), изнасиловании, несчастных случаях, ДТП, ранениях во время введения во влагалище инородных тел в целях мастурбации или прерывания беременности во время криминального аборта. Особенности травмы женских половых органов следующие:

− Травма половых органов женщины, как правило, сопровождается значительным кровотечением, что требует необходимости оказания неотложной помощи.

− В значительной части случаев наружное кровотечение сочетается с внутренним.

− Вследствие анатомических особенностей травмы таза и половых органов часто сопровождаются повреждением кишечника, вне- или внутриутробным разрывом мочевого пузыря.

Классификация:

− Огнестрельные раны (сквозные, слепые, касательные).

− Неогнестрельные повреждения (ушибы, резаные, колотые, рубленые, рваные раны).

− Ожоги.

− Комбинированные поражения.

− Ранения и закрытые повреждения женских половых органов делят на изолированные и сочетанные (с одновременным поражением других органов), систем и областей тела (брюшной полости, таза, мочевыделительной системы).

По тяжести повреждения травмы женских половых органов бывают лёгкими, средней тяжести и тяжёлыми, что определяется характером и обширностью повреждений, величиной наружного и внутреннего кровотечения. Клиническая картина

− Выделения крови из половой щели.

− Возможно наличие ран, кровоподтёков и ссадин в области промежности, ягодиц, нижней части передней брюшной стенки.

− При выраженном продолжительном кровотечении развивается клиническая картина анемии вплоть до геморрагического шока.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе. Диагностика.

Диагноз при травматических повреждениях половых путей устанавливают при сборе анамнеза, на основании объективного обследования: по данным осмотра наружных половых органов и входа во влагалище. − Определить вид и характер повреждения с учётом возможности внутрибрюшного кровотечения. Необходимо помнить, что женщина может скрыть факт травмы, в частности при изнасиловании и особенно при криминальном аборте.

− Исследовать пульс, измерить артериальное давление, оценить степень гемодинамических нарушений.

− После оценки общего состояния пациентки – определить характер повреждений, наличие пятен крови, спермы, особенно на нижнем белье; имеется ли алкогольное (наркотическое) опьянение. При осмотре необходимо обращать внимание на соседние органы (уретру, анус), поскольку не исключается их сочетанная травма. Осмотр необходимо проводить комплексно в целях выявления возможных травм грудной клетки, головы и т.д.

− Уточнить наличие возможной беременности.

− При изнасиловании (или подозрении на него) о случившемся немедленно известить правоохранительные органы.

Лечение

− Успокоить пациентку, при необходимости ввести седативные средства (диазепам в дозе 5-10 мг внутривенно).

− Обезболить (метамизол натрия в дозе 1 г (2 мл) внутривенно или внутримышечно; кетопрофен в дозе 100 мг (2 мл) внутримышечно).

− При наличии обильного кровотечения ввести транексам внутривенно капельно 5% раствор в дозе 10 мг/кг в разведении 200 мл 0,9% раствора NaCl или этамзилат 4 мл (1000 мг) внутримышечно или внутривенно.

− При открытой ране промежности – наложитьдавящую асептическую повязку, приложить холод.

− При признаках геморрагического шока (ознобе, холодном поте, снижении наполнения вен, тахикардии более 100 в минуту, гипотонии (АДсист менее 100 мм РТ.ст.) наладить надежный венозный доступ, начать инфузию плазмозамещающих растворов (гидроксиэтилкрахмала в дозе 400 мл, 0,9% раствора натрия хлорида – 400 мл, 5% раствора декстрозы – 400 мл).

− При обильном кровотечении с признаками прогрессирующего геморрагического шока брюшную аорту придавливают кулаком к позвоночнику слева от пупка (это удаётся сделать при вялой брюшной стенке). Недостатком пальцевого прижатия сосудов является невозможность длительной остановки кровотечения из-за того, что оказывающий помощь быстро устаёт. Но вместе с тем этот способ незаменим в тех случаях, когда невозможно тотчас остановить кровотечение более радикально. Чего нельзя делать

− Не есть, не пить.

− Инородное тело не извлекать.

− При указании на изнасилование – не мыться, белье не менять.

− Не повышать САД более 100 мм.рт.ст.

Дальнейшее ведение . Пациентки с травматическими повреждениями женских половых органов подлежат экстренной госпитализации в гинекологическое отделение многопрофильной больницы. Транспортировку осуществляют на носилках. При признаках шока через бюро госпитализации известить стационар, куда планируется доставить пациентку.

Острый живот в гинекологической практике .

«Острый живот» в гинекологии – синдром, развивающийся в результате острой патологии со стороны внутренних половых органов женщины и проявляющийся внезапно возникающими болями в животе, перитониальными симптомами и выраженными изменениями в общем состоянии больной. Острая боль в нижних отделах живота у женщин с выраженными перитониальными симптомами и общими проявлениями возможна при следующих патологических состояниях:

1. Внутриутробное кровотечение:

- эктопическая беременность;

- апоплексия яичника.

2. Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника

3. Перфорация гнойных образований придатков матки.

1 Эктопическая беременность Внематочная беременность, к факторам риска которой относят перенесенные ранее сальпингоофорит, эндометрит, аборты, операции на внутренних половых органах, нарушения гормональной функции яичников, генитальный инфантилизм, эндометриоз и повышенную активность трофобласта. При внематочной беременности оплодотворенная яйцеклетка имплантируется и развивается вне полости матки. Такая беременность может развиваться или нарушаться ( по типу трубного аборта и по типу разрыва маточной трубы).

− При трубном аборте плодное яйцо, не имея соответствующих условий для развития, отслаивается от стенок маточной трубы и изгоняется в брюшную полость. В связи с ритмичным сокращением маточной трубы кровь в брюшную полость поступает периодически.

− При разрыве маточной трубы (при задержке менструации в среднем на 3-4 недели) в результате внематочной беременности ворсинки плодного яйца полностью разрушают тонкую стенку маточной трубы, и кровь из поврежденных сосудов попадает в брюшную полость.

Классификация внематочной беременности По локализации:

− трубная;

− яичниковая;

− шеечная;

− в рудиментарном роге;

− брюшная.

По клиническому течению:

− прогрессирующая;

− нарушенная:

− по типу трубного аборта;

− по типу разрыва маточной трубы.

1.1 Клиника Прерывание беременности по типу внутреннего разрыва плодовместилища (трубный аборт).

− Медленное, приступообразное течение до нескольких недель;

− Боль в нижних отделах живота, продолжающуюся от нескольких минут до нескольких часов, иррадиирующую в прямую кишку (иногда боль в подреберье);

− Слабость, головокружение, потемнение в глазах, тошнота, рвота;

− Появление жидкого стула – важный клинический симптом;

− У некоторых женщин возможен субфебрилитет;

− Женщина длительное время ощущает себя удовлетворительно до следующего приступа;

− Чувство тяжести в низу живота.

При пальпации:

− в момент приступа живот мягкий, не вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах, на стороне пораженной трубы;

− вне приступа живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

1.2 Клиническая картина разрыва маточной трубы

− Внезапное начало и быстрое нарастание клинической картины заболевания;

− Интенсивные боли в нижних отделах живота справа или слева, с иррадиацией в задний проход;

− Состояние неуклонно ухудшается, вплоть до развития геморрагического шока.

− Появляются признаки массивного внутреннего кровотечения!

− Заторможенность;

− Бледность кожных покровов, слизистых;

− Поверхностное дыхание;

− Тахикардия;

− Пульс слабого наполнения;

− АД понижено;

− Болезненность в нижних отделах живота, особенно на стороне поражения;

− Притупление в отлогих местах;

− Объём кровопотери от 500 мл до 1200 мл и более!!!

1.3 Диагностика эктопической беременности

1. Прогрессирующая ЭБ

− Нарушения менструальной функции (часто задержка и нетипичный характер последней менструации), другие вероятные признаки беременности: нагрубание молочных желёз, тошнота, вкусовые изменения.

− Незначительные тянущие боли без четкой локализации, чаще унилатеральные.

− Тест на беременность положительный, уровень ХГЧ несколько ниже, чем при маточной беременности этого срока.

− При влагалищном исследовании (только специализированной бригады скорой медицинской помощи) – незначительное размягчение матки и её перешейка.

− Отсутствие ранних признаков маточной беременности (симптомы Пискачека, Гентера).

− Размеры матки не соответствуют срокам гестации.

− В области придатков пальпируется болезненное образоввание тестообразной консистенции.

− При шеечной беременности может пальпироваться матка в виде песочных часов. При подозрении на шеечную беременность бимануальное и ректальное исследования не проводить!

2. Нарушенная ЭБ. Клиническая картина обусловлена гемоперитонеумом, а выраженность её зависит от длительности и интенсивности кровотечения.

− Общие признаки кровопотери: снижение давления, частый пульс, общая слабость, головокружение, бледность кожных покровов, тошнота, иногда жидкий стул – возникают при дефиците ОЦК, как правило, более 15%. − Вздутие, боли в животе без чёткой локализации с иррадиацией в задний проход, внутреннюю поверхность бедра.

− Симптомы раздражения брюшины (Блюмберг-Щёткина).

− Больная стремится принять положение сидя, что уменьшает боль в животе (симптом ваньки-встаньки).

− Френикус-симптом.

− Симптом Куленкампфа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки).

− Притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.

− При пальцевом исследовании прямой кишки определяется нависание её передней стенки; при влагалищном исследовании (только для специализированной бригады скорой медицинской помощи) – уплощение сводов, нависание заднего свода, резкая его болезненность («крик Дугласа»).

− Нарушенная шеечная беременность характеризуется массивным наружным кровотечением.

Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе

1. При прогрессирующей ЭБ терапии на догоспитальном этапе не требуется. Медицинская госпитализация – в положении сидя. Контроль за АД в процессе медицинской эвакуации.

2. При нарушенной ЭБ:

− Холод на низ живота;

− Катетеризация кубитальной вены;

− Инфузия: гидроксиэтилкрахмала 6% или 10% раствора по 500- 1000 мл, 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 400 мл, 5% раствора декстрозы – 400 мл;

− Ввести внутримышечно или внутривенно этамзилат в дозе 4 мл (1000 мг) и/или транексамовая кислота внутривенно в дозе 5 мл;

− Ингаляция кислорода.

3 При нарушенной шеечной беременности с обильным кровотечением брюшную аорту придавить кулаком к позвоночнику слева от пупка.

4 При развитии геморрагического шока дополнительно:

− Пульсоксиметрия;

− ЭКГ;

− Инфузия: гидроксиэтилкрахмала 6 или 10% раствора по 1000- 1500 мл, 0,9% раствора натрия хлорида – 1000 мл струйно;

− Преднизолон в дозе 90-120 мг внутривенно (B, 2\_+);

− При отсутствии эффекта (САД < 70 мм рт.ст.) – допамин в дозе 200 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида, 14-18 капель в минуту;

− Ингаляция кислорода;

− При нарушении функции дыхания;

− Атропина 0,1% в дозе 1 мл внутривенно;

− Диазепам в дозе 2 мл внутривенно.

ЧЕГО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ . Не повышать САД более 90 мм рт.ст.

− При подозрении на шеечную беременность – избегать влагалищного и ректального исследований.

Дальнейшее ведение

− Всех пациенток с подозрением на ЭБ госпитализируют в гинекологический стационар.

− При развитии геморрагического шока через бюро госпитализации известить стационар, куда планируется доставить пациентку.

2 Апоплексия яичника

Апоплексия яичника (разрыв яичника, инфаркт яичника, гематома яичника) – острое нарушение целостности яичника с кровоизлиянием в его строму и последующим кровотечением в брюшную полость. Апоплексия яичника чаще возникает у женщин репродуктивного возраста, но может развиваться и у подростков. Разрыв яичника чаще происходит в период овуляции и в стадии васкуляризации и расцвета жёлтого тела в результате застойной гиперемии, наличия варикознорасширенных и склерозированных сосудов, склеротических изменений в строме и нарушений вегетативной и эндокринной системы. Часто имеется связь с половым контактом. Образующаяся гематома вызывает резкие боли из-за нарастания внутрияичникового давления, а затем приводит к разрыву ткани яичника. Для апоплексии яичника характерны внутрибрюшное кровотечение (анемическая форма) и болевой синдром (болевая форма). Заболевание начинается остро, с внезапных болей внизу живота, преимущественно на стороне поражения. Болевая форма – не сопровождающаяся внутрибрюшным кровотечением. Анемическая форма – сопровождающаяся внутрибрюшным кровотечением.

2.1 Клиника

− Боли внизу живота на стороне поражённого яичника с иррадиацией в крестец, прямую кишку.

− При значительном кровотечении (анемическая форма): коллапс, тахикардия, гипотензия, бледность кожи и слизистых.

− Перкуторно-притупление в отлогих местах.

− Положительные симптомы раздражения брюшины.

− Болевая форма наблюдается при кровоизлиянии в ткань фолликула.

− Приступ болей внизу живота, тошнота, рвота.

− При пальпации живот мягкий болезненный в нижних отделах.

− Кровотечение отстутствует.

2.2 Диагностика апоплексии яичника

− Вторая фаза менструального цикла.

− Унилатеральные боли в нижних отделах живота.

− Острое начало болей, как правило, связанное с половым актом.

− Связь начала болей с физическим напряжением, половым актом, травмой, клизмой.

− При пальцевом исследовании прямой кишки определяется нависание, болезненность её передней стенки. При кровопотере более 150 мл клиническая картина в основном обусловлена гемоперитонеумом, а выраженность её зависит от длительности и интенсивности кровотечения.

− Общие признаки кровопотери: снижение давления, частый пульс, общая слабость, головокружение, бледность кожных покровов, тошнота, иногда жидкий стул – возникают при дефиците ОЦК, более 15%.

− Вздутие, боли в животе без чёткой локализации с иррадиацией в задний проход, внутреннюю поверхность бедра.

− Симптомы раздражения брюшины (Блюмберг-Щёткина).

− Больная стремится принять положение сидя, что уменьшает боль в животе (симптом ваньки-встаньки).

− Френикус-симптом.

− Симптом Куленкампфа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки).

− Притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.

2.3. Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе

1. При болевой форме:

− Ввести внутримышечно или внутривенно этамзилат в дозе 4 мл (1000 мг) и/или транексамовая кислота (транексам) внутривенно в дозе 5 мл;

− Холод на низ живота.

− Медицинская госпитализация – в положении сидя. Контроль за АД в процессе эвакуации.

При анемической форме АЯ дополнительно:

− Катетеризация кубитальной вены;

− Инфузия: гидроксиэтилкрахмала 6 или 10% раствора по 500- 1000 мл, 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 400 мл, 5% раствора декстрозы – 400 мл;

− Ввести внутримышечно или внутривенно этамзилат в дозе 4 мл (1000 мг) и/или транексамовая кислота внутривенно в дозе 5 мл

− Ингаляция кислорода. Транспортировка пациентки – на носилках.

При развитии геморрагического шока дополнительно:

− для фельдшерской бригады – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи;

− пульсоксиметрия;

− ЭКГ;

− Инфузия гидроксиэтилкрахмала 6 или 10% раствора по 1000 – 1500 мл, 0,9% раствора хлорида натрия в дозе 1000 мл внутривенно струйно;

− Преднизолон в дозе 90-120 мг внутривенно;

− При отсутствии эффекта (САД < 70) – допамин в дозе 200 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида со скоростью 14-18 капель в минуту;

− Апротинин в дозе 400-500 тыс. ЕД внутривенно

− Ингаляция кислорода.

При нарушении функции дыхания:

− Атропин 0,1% в дозе 1 мл внутривенно;

− Диазепам в дозе 2 мл внутривенно;

− Кетамин в дозе 1мг/кг внутривенно с последующей интубацией и ИВЛ (ВВЛ).

Дальнейшее ведение

− Всех пациенток с воспалительными заболеваниями женской половой сферы госпитализируют в гинекологический стационар.

− Признаки распространённой и генерализованной форм воспаления предполагают госпитализацию в многопрофильный стационар. При признаках шока через бюро госпитализации известить стационар, куда планируется доставить пациентку.

3. Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника.

Перекрут ножки кисты яичника – осложнение кисты или кистомы яичника. − Начало заболевания часто связано со следующими факторами:

− резкое изменение положения тела;

− повышение внутрибрюшного давления в результате сильного натуживания, продолжительного кашля, тяжёлой физической работы;

− нарушение кровоснабжения кисты.

− При перекруте ножки кисты (кистомы) возникают нарушения кровоснабжения и отёк кисты, кровоизлияние и некроз паренхимы.

Выделяют частичный и полный перекрут ножки кисты (кистомы):

− при частичном (постепенном) перекруте ножка изменяет своё положение на 90-180°, в результате чего артериальный ток крови сохраняется, а венозный отток затруднён в связи с компрессией сосудов, что ведёт к развитию венозного полнокровия и отёка стенки кисты;

− при полном (внезапном) перекруте ножка изменяет своё положение на 360 ° и артериальный кровоток прекращается, в результате чего в кисте (кистоме) яичника происходят некробиотические процессы, появляются перитонеальные симптомы и при инфицировании кисты (кистомы) развивается перетонит.

3.1 Клиника

− Приступ сильных болей внизу живота, связанных с физической нагрузкой, резким движением;

− Тошнота, рвота;

− При пальпации напряжение передней брюшной стенки; положительный симптом Щёткина-Блюмберга;

− Больная принимает вынужденное положение в постели из-за боли;

− Парез кишечника, задержка стула;

− Повышение температуры, бледность кожных покровов, холодный пот. 62 3.2 Дифференциальная диагностика. Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника необходимо дифференцировать от следующих патологических состояний: Эктопическая беременность; Острый аппендицит; Сальпингиты, тубоавариальные абсцессы; Апоплексия яичника; Почечная колика; Острая кишечная непроходимость.

3.3 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе: Холод на низ живота; Экстренная госпитализация в гинекологическое отделение стационара.

4.4 Перфорация гнойных образований придатков матки.

Термин «воспалительные заболевания женских половых органов» является обобщающим для различных заболеваний женской половой сферы: воспалительных поражений вульвы и влагалища, воспаления матки и придатков – яичников и фаллопиевых (маточных) труб, а также воспаления тазовой клетчатки. К провоцирующим факторам развития гнойных образований придатков матки относят: − микробную инвазию; − ослабление или изменение барьерных свойств матки и половых путей физиологического (менструация, роды) или ятрогенного (аборты, внутриматочные контрацептивы, операции, гистероскопия, экстракорпоральное оплодотворение) характера. Пути инфицирования придатков матки: − интраканаликулярный; восходящий; гематогенный; лимфогенный.

4.1. Классификация. На догоспитальном этапе целесообразно классифицировать воспалительные заболевания женских половых органов по распространённости процесса, что даёт определённое представление о тяжести процесса и необходимой интенсивности лечебных мероприятий.

− Локальные формы: вульвит, вульвовагинит, бартолинит, кольпит, эндоцервит, эндо(мио)метрит, сальпингоофорит.

− Распространённые формы: панметрит, параметрит, пельвиоперитонит.

− Генерализованные формы: перитонит, сепсис, септический шок.

Для воспалительных заболеваний женских половых органов нередко характерна стёртая, малосимптомная клиническая картина (в том числе для воспаления придатков матки). При пиосальпинксе, пиоваре и тубоовариальном абсцессе пациентки жалуются на постоянные боли внизу живота преимущественно со стороны воспаления, ознобы, высокую лихорадку, слабость, тахикардию, тошноту, задержку стула, газов, гноевидное отделяемое из половых путей. Боль иррадиирует в нижние конечности, поясничную область. Живот мягкий, может быть умеренно вздут. Перфорация гнойных образований уже в первые часы проявляется слабыми симптомами перитонита, которые наслаиваются на клиническую картину тяжёлого воспалительного процесса. Характерны интенсивные, иногда ноющие боли нечёткой локализации, озноб, лихорадка, тахикардия, болезненное мочеиспускание, жидкий стул, вздутие живота, локальные симптомы раздражения брюшины.

4.2 Диагностика. Специфичных признаков для воспалительных заболеваний женской половой сферы нет. Наиболее часто заболевание характеризуется:

− Билатеральной болезненностью в низу живота (боль иногда иррадирует в нижние конечности);

− Наличием патологических выделений из половых путей;

− Лихорадкой (температурой тела выше 38º С);

− Патологическим вагинальным кровотечением;

− Выраженной диспареунией;

− Чувствительностью или болезненностью шейки матки при бимануальном вагинальном исследовании (только специализированные бригады скорой медицинской помощи);

− Чувствительностью придатков матки при бимануальном вагинальном исследовании с или без пальпируемых уплотнений (только специализированные бригады скорой медицинской помощи);

− Перитонеальной симптоматикой (пельвиоперитонитом, перитонитом). Внимание! При перитонеальной симптомтике – оценить наличие/отсутствие синдрома системного воспалительного ответа (ССВО): Температуры более 38 и менее 36 º C; Тахикардии более 90 в минуту; Частоты дыхания более 20 в минуту. Сочетание даны признаков со снижением систолического АД менее 90 мм рт.ст. следует расценивать как септический шок. Необходима дифференциальная диагностика со следующими патологическими состояниями: гемоперитонеум, перекрут ножки кисты яичника (субсерозный миомы матки).

4.3 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе

1. При локальных и распространённых формах без ССВО терапии на догоспитальном этапе не требуется.

2. При наличии перитонита и/или ССВО:

− Для фельдшерской бригады скорой медицинской помощи – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи;

− Осмотр PV (только для специализированной бригады скорой медицинской помощи);

− Катетеризация двух кубитальных (для специализированной бригады скорой медицинской помощи – подключичной) вен;

− Катетеризация мочевого пузыря;

− Пульсоксиметрия;

− Холод на низ живота;

− Не есть, не пить (возможность оперативного лечения!);

− Инфузия гидроксиэтилкрахмала 6 или 10% раствора по 500-1000 мл, 0,9% раствора натрия хлорида – 1000 мл внутривенно капельно;

− Преднизолон в дозе 60 мг внутривенно;

− Апротинин в дозе 200-300 тыс. ЕД внутривенно;

− Ингаляция кислорода.

3. При признаках септического шока:

− Для общепрофильных бригад скорой медицинской помощи – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи;

− Катетеризация подключичной вены, катетеризация переферической вены;

− Катетеризация мочевого пузыря;

− Глюкометрия;

− Пульсоксиметрия;

− ЭКГ;

− Инфузия: гидроксиэтилкрахмала 6 или 10% раствора по 1000- 1500 мл, 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 1000 мл внутривенно струйно;

− Преднизолон в дозе 90-120 мг внутривенно;

− При отсутствии эффекта (САД < 70) – допамин в дозе 200 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида со скоростью 14-18 капель в минуту;

− Апротинин в дозе 400-500 тыс. ЕД внутривенно (B, 2-);

− Ингаляция кислорода.

4.При нарушении функции дыхания:

− Атропин 0,1% в дозе 1 мл внутривенно;

− Диазепам в дозе 2 мл внутривенно;

− Кетамин в дозе 1мг/кг внутривенно с последующей интубацией и ИВЛ (ВВЛ).

. Дальнейшее ведение − Всех пациенток с воспалительными заболеваниями женской половой сферы госпитализируют в гинекологический стационар. − Признаки распространённой и генерализованной форм воспаления предполагают госпитализацию в многопрофильный стационар (по возможности!). При признаках шока через бюро госпитализации известить стационар, куда планируется доставить пациентку.

5. Пельвиоперитонит

Возникает при:

− расплавлении гнойного тубоовариального образования;

− гинекологических операциях;

− криминальных абортах, осложненных перфорацией матки;

− некрозе опухоли (кисты) яичника, вследствие перекрута её ножки.

5.1 Клиника

− местные симптомы преобладают над общими;

− при локализации процесса в области матки усиливаются боли в низу живота;

− повышение температуры до 38-39;

− тошнота, рвота.

− Живот вздут в нижних отделах, напряжение мышц передней брюшной стенки;

− Положительные симптомы раздражения брюшины.

− Парез кишечника.

5.2 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе

− холод на низ живота;

− дезинтоксикационная терапия;

− экстренная госпитализация в гинекологическое отделение стационара

Список используемой литературы

1. Скорая медицинская помощь: национальное руководство/ Багненко С.Ф.,

М.Ш. Хубутия, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннулин.- Москва.: ГЭОТАРМедиа, 2018. 888с. -ISB N 978-5-9704-2

2. Багненко С.Ф. Скорая медицинская помощь: Клинические рекомендации/ под редакцией С.Ф. Багненко - Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.-896с: ил.-

ISB N 978-5-9704-3447-5

3. Руководство по амбулаторно- поликлинической помощи в акушерстве и

гинекологии / под редакцией В.Н. Серова, Г.Т.Сухих, В.Н. Прилепской,

В.Е. Радзинского -3-е изд. прораб, и доп,- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.-

1136с.- NF0007545

4. Радзинский В.Е. Гинекология: учебник/ под редакцией В.Е. Радзинский, А.М. Фукса- 2- изд. перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.-1140с.

NF0012765

5. Савельева Г.М. Акушерство: учебник/ Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г.

Сичинава, О.Г. Панина, М.А. Курцер.- 2-е изд., перераб. и доп. - Москва:

ГЭОТАР-Медиа, 2018.-576с. NF0008923

6. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным

курсом: учебное пособие/В.А. Каптильный, М.В. Беришвили, А.В.

Мурашко: под редакцией А.И. Ищенко.-Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.-

400с. – NF 0007431

7. Скорая медицинская помощь: национальное руководство/ Багненко

С.Ф., М.Ш. Хубутия, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннулин.- Москва.:

ГЭОТАР-Медиа, 2018.-888с. -ISB N 978-5-9704-2

8. Багненко С.Ф. Скорая медицинская помощь: Клинические

рекомендации/ под редакцией С.Ф. Багненко - Москва.: ГЭОТАРМедиа, 2019.-896с: ил.- ISB N 978-5-9704-3447-5

9. Радзинский В.Е. Гинекология: учебник/ под редакцией В.Е.

Радзинский, А.М. Фукса- 2- изд. перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа,

2019.-1140с. NF0012765

10. Савельева Г.М. Акушерство: учебник/ Г.М. Савельева, Р.И.

Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Г. Панина, М.А. Курцер.- 2-е изд., перераб. и

доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.-576с. NF0008923

11. Руководство по амбулаторно- поликлинической помощи в акушерстве

и гинекологии / под редакцией В.Н. Серова, Г.Т.Сухих, В.Н. Прилепской,

В.Е. Радзинского -3-е изд. прораб, и доп,- Москва: ГЭОТАР-Медиа,

2018.-1136с.- NF0007545