

Лекция № 21 и 22

Неотложные состояния в гинекологии.

**Учебная нагрузка 4
академических часа.**



Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин



Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

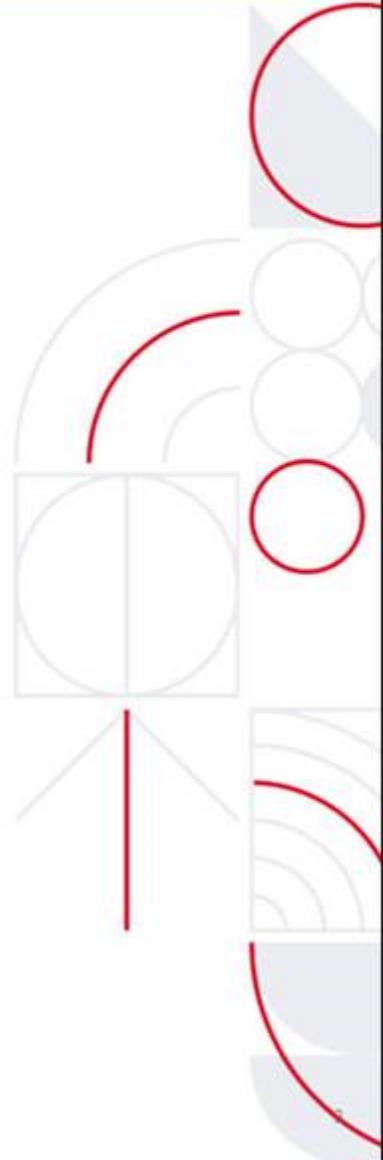
- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



План лекции

1. Вводная часть 2 минуты
2. Что такое гинекология ? Кто такой врач –гинеколог? Кто такой акушер?
3. Методы обследования в гинекологии
4. Опрос гинекологических больных
5. Осмотр гинекологических пациентов
6. Домашние задание
7. Список литературы



Острый живот в гинекологии



1. острые внутрибрюшные кровотечения (нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника);
2. нарушение кровообращения во внутренних половых органах (перекрут ножки опухолей и опухолевидных образований яичника, перекрут и/ или некроз миоматозного узла);
3. острые воспалительные заболевания внутренних половых органов с вовлечением в процесс брюшины.



Внематочная беременность





Внематочная беременность

Внематочная беременность является следствием имплантации и развития оплодотворенного яйца за пределами матки. В зависимости от локализации различают

1. трубную
2. яичниковую
3. брюшную беременность.

Типичным местом имплантации трофобласта (до 95 %) является ампула маточной трубы. При нарушении трубной беременности эмбрион с сохраненной хориальной оболочкой может попадать в брюшную полость и тогда вероятно возникновение вторичной брюшной беременности.



Внематочная беременность

- Имплантация плодного яйца вне полости матки может происходить вследствие нарушения транспортной функции маточных труб, а также в связи с изменением свойств самого плодного яйца. Чаще всего нарушение функции трубы связано с воспалительными процессами.
- Преобладающую роль играет неспецифическая инфекция, распространению которой способствуют аборты, внутриматочная контрацепция, внутриматочные диагностические вмешательства, осложненное течение родов и послеродового периода, перенесенный аппендицит.
- Также выявлена высокая частота гонорейного и хламидийного инфицирования женщин, уже оперированных по поводу эктопической беременности.

Внематочная беременность

Основу патогенеза внематочной беременности составляют нарушения физиологического транспорта оплодотворенной яйцеклетки. Нарушение проходимости, повреждение нервно-мышечного аппарата маточной трубы и нейроэндокринные нарушения приводят к нарушению физиологической секреции, обеспечивающей нормальную жизнедеятельность яйцеклетки.





При прогрессирующей трубной беременности в организме больной происходят изменения, свойственные и для маточной беременности ранних сроков:

предположительные (тошнота, рвота, изменения обонятельных ощущений, сонливость, и *вероятные признаки* (цианотичность слизистой влагалища и влагалищной части шейки матки, незначительное увеличение размеров матки и смягчение ее консистенции, положительные тесты на гормоны трофобласта). Такой важный симптом, как задержка менструации, нередко может отсутствовать, но если менструация наступает в срок, то проявляет себя необычно (в виде скудных кровяных выделений).

Трубная беременность, как правило, прерывается на 4-6 или 7-8 неделях вследствие внедрения в стенку маточной трубы ворсин хориона.



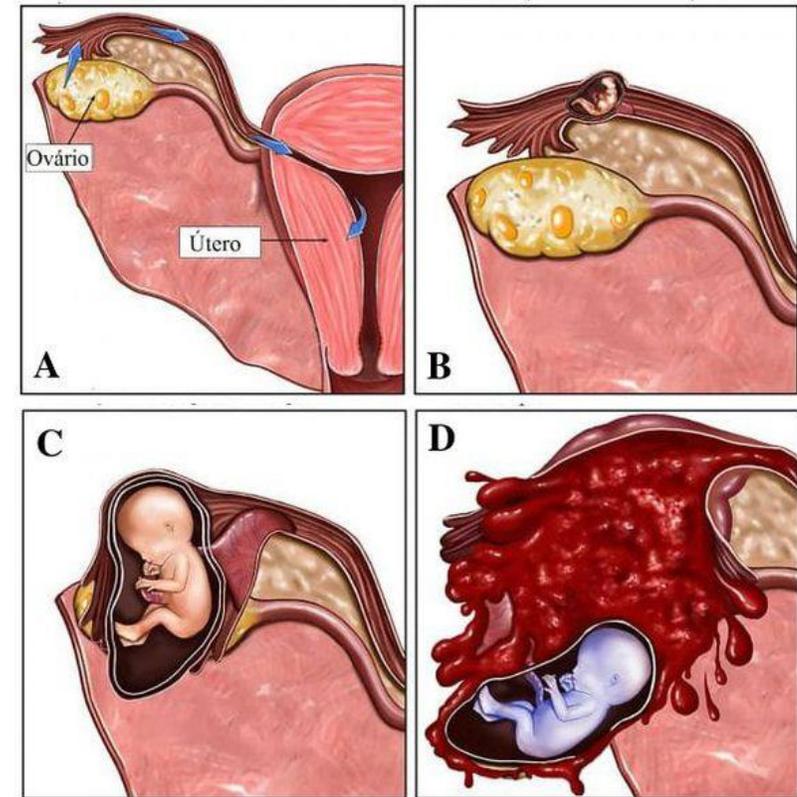
Иногда наблюдаются задержка менструации, тошнота, нагрубание молочных желез, цианоз влагалища и шейки матки. Матка за счет наличия децидуальной оболочки и гипертрофии мышечных элементов увеличивается и размягчается.

При бимануальном исследовании удастся пальпировать некоторую тестоватость в области придатков матки.

Лабораторно: в крови будет определяться хорионический гонадотропин человеческий.



- Наиболее частым вариантом прерывания внематочной беременности является трубный аборт. В 30 % случаев отмечается разрыв маточной трубы.
- Редким типом исхода трубной беременности любой локализации служит ранняя гибель зародыша и его резорбция с последующим образованием гемато- или гидросальпинкса.
- При полном трубном аборте, когда плодное яйцо целиком изгоняется в брюшную полость, оно чаще всего погибает (затем может подвергнуться обезызвествлению и мумификации).
- Кровотечение из трубы останавливается самостоятельно в крайне редких случаях.





1. Для правильной диагностики трубного аборта важным является указание на задержку месячных.
2. Боли чаще всего имеют приступообразный характер (от нескольких минут до нескольких часов), внизу живота, в паху, иногда иррадиирующие в плечо или лопатку (френикус-симптом), нередко сопровождается тенезмами и жидким стулом.
3. Кровотечение из половых путей или совпадает с первым болевым приступом либо появляется после него. Кровяные выделения напоминают «кофейную гущу».
4. Холодный пот, снижение АД, потеря сознания, слабый частый пульс, тошнота, бледность кожного покрова и слизистых оболочек, цианоз лица.



1. Пальпация живота выявляет резкую болезненность и симптомы раздражения брюшины излившейся кровью (резкая болезненность при отдергивании руки хирурга при мягкой передней брюшной стенке - симптом Куленкампа);
2. Притупление перкуторного звука в отлогих местах живота, граница которого перемещается с изменением положения тела больной.
3. Бимануальный осмотр обнаруживает чрезмерную подвижность матки (симптом «плавающей матки»), резкую болезненность при смещениях шейки матки,
4. Нависание и выраженную болезненность заднего свода влагалища («крик Дугласа»).



Апоплексия яичника





Апоплексия яичника

Апоплексия яичника может быть определена как внезапно наступившее кровоизлияние в яичник при разрыве сосудов граафова пузырька, стромы яичника, фолликулярной кисты или кисты желтого тела, сопровождающееся нарушением целостности его ткани и кровотечением в брюшную полость.

Она встречается в возрасте от 14 до 45 лет, чаще в 20-35 лет.

Известны случаи кровоизлияния в яичник у маленьких девочек.

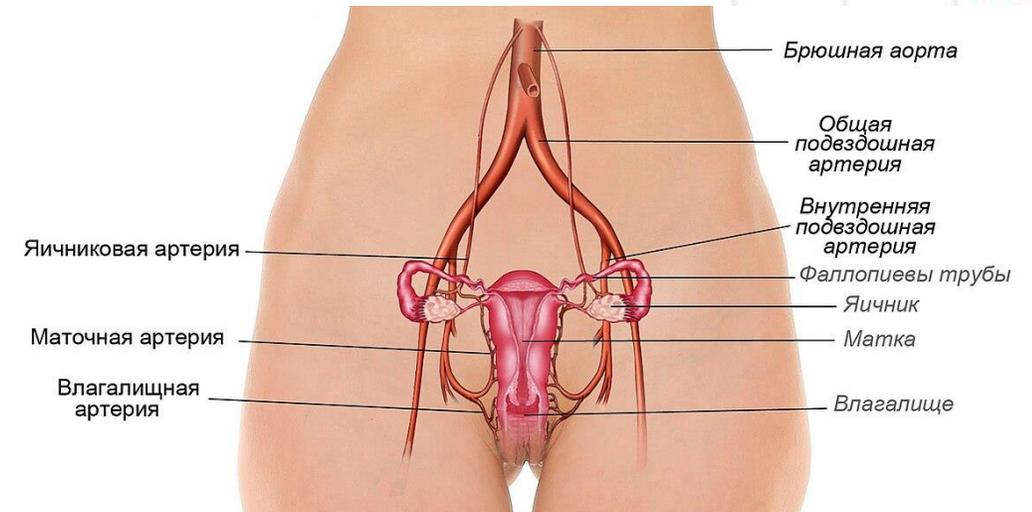
Частота встречаемости апоплексии яичника среди гинекологической патологии составляет до 3 %. Рецидив заболевания достигает 60 % .





Апоплексия яичника

У большинства больных (90 %) апоплексия яичника происходит в середину или во вторую фазу менструального цикла. Это связано с особенностями яичниковой ткани, в частности, с повышенной проницаемостью сосудов и увеличением их кровенаполнения, возникающих в период овуляции и перед менструацией. Для хирурга важно знать, что апоплексия правого яичника встречается в 3 раза чаще, чем левого. Это объясняется более обильным его кровоснабжением (правая яичниковая артерия отходит непосредственно от аорты, а левая - от почечной артерии).





Предрасполагающие факторы

- воспалительные процессы органов малого таза и варикозное расширение овариаальных вен, ведущие к застойному полнокровию.
заболевания крови и длительный прием антикоагулянтов.
- травма живота, физическое напряжение, бурное или прерванное половое сношение, верховую езду, спринцевание, влагалищное исследование и т.д.
- неправильное положение матки, механическое сдавление сосудов, нарушающее кровоток в яичнике, давление на яичник опухолью, спаечные процессы в малом тазу и т.д.



Классификация апоплексии яичника

1. Болевая форма.
2. Геморрагическая форма:
 - I легкая степень (внутрибрюшное кровотечение не превышает 150 мл);
 - II средняя степень (кровопотеря 150-500 мл);
 - III тяжелая (объем внутрибрюшной кровопотери более 500 мл).
3. Смешанная форма



Болевая форма апоплексии яичника

Наблюдается при кровоизлиянии в ткань фолликула или желтого тела без кровотечения в брюшную полость. Клиническая картина этой формы и легкой степени геморрагической формы апоплексии яичника сходны. Заболевание манифестирует приступом болей в низу живота без иррадиации. Иногда болевой синдром сопровождается тошнотой и рвотой, однако признаки внутрибрюшного кровотечения отсутствуют.

Живот мягкий, но возможна незначительная ригидность мышц передней брюшной стенки в нижних отделах. Отмечается болезненность в подвздошной области, чаще справа, перитонеальные симптомы отсутствуют. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не выявляется.

При гинекологическом осмотре определяется матка нормальных размеров, несколько увеличенный болезненный яичник. Своды влагалища глубокие, свободные.



Геморрагическая форма апоплексии яичника

Проявляется симптомами, связанными с внутрибрюшным кровотечением. Заболевание начинается остро, часто связано с внешними воздействиями (половой акт, физическое напряжение, травма и т.д.). Боль локализуется в нижних отделах живота и часто иррадирует в задний проход, ногу, крестец, наружные половые органы. Болевой синдром сопровождается слабостью, головокружением, тошнотой, рвотой, обморочными состояниями.

При гинекологическом осмотре слизистая влагалища нормальной окраски или бледная. Двуручное исследование может быть затруднено из-за выраженной болезненности передней брюшной стенки. Матка обычных размеров, болезненная, на стороне апоплексии пальпируется болезненный, слегка увеличенный яичник. Своды влагалища нависают, тракции за шейку матки резко болезненные.



В клиническом анализе крови отмечается анемия, но в первые часы заболевания возможно повышение уровня гемоглобина за счет сгущения крови. У некоторых больных отмечается незначительное увеличение количества лейкоцитов без сдвига формулы влево.

Информативным методом диагностики геморрагической формы апоплексии яичника является УЗИ. Оно выявляет значительное количество свободной жидкости в брюшной полости со структурами (кровавые сгустки).

Для постановки диагноза у больных без выраженных нарушений гемодинамических показателей до настоящего времени применяют пункцию брюшной полости через задний свод влагалища.



Перекрут ножки опухоли внутренних половых органов.



В 15-25% наблюдений встречается перекрут ножки опухоли яичника, но возможен перекрут ножки любой опухоли (например, субсерозного узла), маточной трубы, неизмененного яичника и даже всей матки или ее придатков.

Перекруту подвержены подвижные зрелые тератомы, а также параовариальные кисты, плотные фибромы яичника.





В момент перекрута перегибаются питающие яичник ветви маточной и яичниковой артерий вместе с сопровождающими их венами. В опухоли нарушается кровообращение, затем наступает некроз и асептическое воспаление, распространяющееся на брюшину малого таза.

Перекрут может быть полным (более 360°) и частичным (менее 360°). При частичном перекруте, прежде всего, нарушается венозный отток при относительно сохраненном артериальном притоке. Все явления носят значительно менее выраженный характер и могут исчезнуть даже без лечения.



Клиническая картина заболевания определяется нарушением питания опухоли. При быстром перекруте ножки опухоли клиника настолько характерна, что сразу позволяет установить правильный диагноз. Заболевание начинается внезапно с появления резкой боли в низу живота на стороне поражения, тошноты, рвоты, задержки стула и газов (парез кишечника).

Кожные покровы становятся бледными, выступает холодный пот, повышается температура тела (обычно до 38°C), учащается пульс. Язык сухой, обложен налетом. Живот вздут, болезненный в месте проекции опухоли, мышцы передней брюшной стенки напряжены, определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови обнаруживают лейкоцитоз, повышение СОЭ.



Гинекологическое исследование выявляет объемное образование в области придатков матки обычно овальной формы, тугоэластической консистенции, ограничено подвижное, резко болезненное при пальпации и попытке смещения. Матка и придатки с другой стороны не изменены. Нередко двуручное гинекологическое исследование затруднено из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, особенно у девочек, что вызывает необходимость проведения исследования под наркозом.

Некроз миоматозного узла.



Некроз миоматозного узла может быть связан либо с перекрутом его ножки при субсерозной локализации, либо с недостаточной его васкуляризацией.

Во время беременности создаются предпосылки для возникновения некроза миоматозных узлов: снижение кровотока в миометрии с повышением сосудистого тонуса и нарушением венозного оттока. Следует учитывать также и быстрое увеличение их размеров параллельно с ростом беременной матки.

Некроз сопровождается развитием отека, кровоизлияний, асептического воспаления в узле. При прогрессировании заболевания может развиваться перитонит.

При перекруте ножки миоматозного узла заболевание развивается остро возникают схваткообразные боли в низу живота, тошнота, рвота, озноб, сухость во рту, нарушение функции кишечника.



Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов





Основными факторами защиты половых путей от инфекции являются:

- лактофлора влагалища, предупреждающая заселение слизистой патогенными возбудителями;
- внутренний зев, который отделяет полость матки от шейки и влагалища;
- кислая среда во влагалище;
- секреторные иммуноглобулины А, постоянно присутствующие на слизистой влагалища, и др.



Тесная анатомическая связь внутренних половых органов с другими органами брюшной полости (кишечник, червеобразный отросток) и малого таза (мочевой пузырь, мочеточники) создают предпосылки распространения инфекционного процесса путем непосредственного контакта, по кровеносным или лимфатическим сосудам.

Симптоматика и клиническое течение острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов, острого аппендицита, цистита и пиелонефрита имеют много общего, поэтому так важна их дифференциальная диагностика.



Пути инфицирования

1. При восходящем пути инфицирования из матки (*эндометрит*) инфекция распространяется в маточную трубу, вовлекая в воспалительный процесс все ее слои (*сальпингит*).
2. У половины больных процесс захватывает яичник (*оофорит*), часто вместе со связочным аппаратом (*сальпингоофорит*). Воспалительный экссудат, скапливаясь в просвете маточной трубы, может привести к слипчивому процессу и закрытию фимбриального отдела ее, образуя мешотчатое образование (*сактосальпинкс*). При запущенном процессе яичник превращается в мешотчатое образование, заполненное гноем (*пиовар*).
3. Инфекция через маточную трубу из полости матки, а также при разрыве абсцесса яичника или пиосальпинкса может проникнуть в брюшную полость и вызвать воспаление брюшины малого таза (*пельвиоперитонит*), клетчатки (*параметрит*), а затем и других этажей брюшной полости (*диффузный и разлитой перитонит*) с развитием абсцессов (*ректовагинального углубления, межкишечных*)

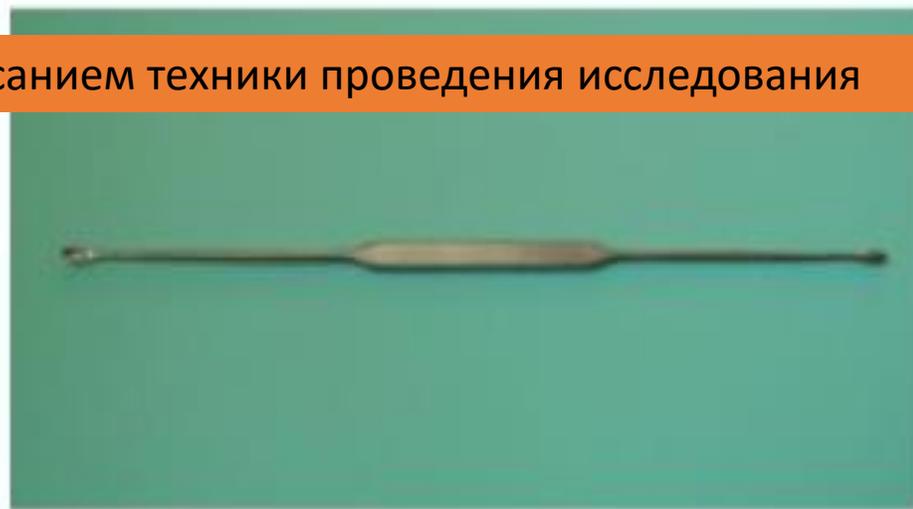


Предметное стекло следует разделить маркером на три участка, каждый пометить латинскими буквами – С (cervix – шейка матки), V (vagina – влагалище), U (uretra – мочеиспускательный канал) – в соответствии с точками, из которых берется материал для исследования (рис. 45-а).

На муляже продемонстрировать с устным описанием техники проведения исследования



а)



б)

Рис. 45. Предметное стекло (а) для нанесения и ложечка Фолькмана (б) для взятия материала из цервикального канала, влагалища и уретры.



Больную укладывают на гинекологическое кресло, пальцами левой руки разводят половые губы, указательным пальцем правой руки массируют уретру через переднюю стенку влагалища, стерильным ватным тампоном осушают наружное отверстие уретры, после чего ложечку Фолькмана (рис. 45-б) вводят в уретру, забирают отделяемое из уретры и наносят на предметное стекло под знаком "U".

Затем во влагалище вводят зеркала и другой чистой ложечкой или шпателем берут влагалищное содержимое из заднего свода влагалища и наносят его на стекло под знаком "V".

После этого шейку матки протирают сухим ватным шариком, чистую ложечку Фолькмана или браншу корнцанга вводят в цервикальный канал на глубину около 0,5 см, забирают содержимое и наносят его на предметное стекло под знаком "С".

Мазки высушивают на воздухе и с направлением отправляют в лабораторию.

Для исследования нативного препарата каплю отделяемого из влагалища смешивают с физиологическим раствором и стеклянной пипеткой наносят на предметное стекло, покрывают покровным стеклом и немедленно микроскопируют (например, для выявления трихомонад).

На основании бактериоскопического исследования судят о характере влагалищных выделений.

Принято различать чистоту мазка по степеням: I-II степени чистоты свидетельствуют об отсутствии воспалительного процесса в половой системе, мазки III-IV степени чистоты указывают на воспалительные поражения и характер возбудителя:

I степень: влагалищная среда кислая, много палочек Дедерлейна (лактобацилл), эпителиальные клетки, лейкоциты – единичные в поле зрения;

II степень: среда слабокислая, большое количество палочек Дедерлейна, эпителиальные клетки и единичные лейкоциты (5-10 в поле зрения);

III степень: среда слабощелочная, мало палочек Дедерлейна, кокковая флора, лейкоциты до 30 в поле зрения;

IV степень: среда щелочная, нет палочек Дедерлейна, обильная кокковая флора, может быть патогенная и условно-патогенная флора в большом количестве (споры грибов, трихомонады), много лейкоцитов (более 30 в поле зрения).

В норме pH = 3,7 -4,4



Острый кольпит

Кольпит — воспалительное заболевание, затрагивающее слизистую влагалища, а в ряде случаев и вульву. Такое воспаление может быть инфекционным или неинфекционным. Это одно из самых распространенных в гинекологической практике заболеваний.

Специфические и неспецифические формы кольпита обуславливаются причинами и возбудителями болезни: в первом случае она спровоцирована хламидиями, трихомонадами, гонококками, вирусами, мико- и уреаплазмами, во втором — кишечной, синегнойной палочкой, стафилококками, стрептококками.

Острый кольпит



1. нехарактерные выделения — более обильные, с нетипичным цветом и запахом (кисловатым, нерезким).
Иногда наблюдаются пенистые, творожистые, гнойные выделения. Кровяные вкрапления могут иметь место при атрофическом кольпите;
2. отек, покраснение гениталий;
3. чувство зуда, раздражение в интимной зоне;
4. повышенная возбудимость, утомляемость, нервозность, связанные с физическим дискомфортом;
5. возможны боли внизу живота, особенно при ведении половой жизни, актах дефекации, мочеиспускания;
6. частые позывы к мочеиспусканию при малых объемах мочи, в редких случаях (как правило, у женщин в период климакса) — недержание при напряжении брюшной мускулатуры;
7. длительный субфебрилитет (температура 37-37,5С).



Острый эндометрит

Эндометрит – это воспаление внутренней слизистой оболочки матки (эндометрия).

Эндометрий состоит из двух слоев – базального (постоянного) и функционального, который полностью обновляется за 1 месяц под действием половых гормонов. С началом каждого менструального цикла он постепенно нарастает, готовясь к возможному оплодотворению.

В нормальном состоянии матка хорошо защищена от инфицирования, но при определенных условиях возбудители инфекции проникают в полость матки, начинают активно размножаться и развиваться, вызывая воспаление эндометрия.



Острый эндометрит

1. несоблюдение правил личной гигиены; половые контакты во время менструации;
2. частую смену половых партнеров, незащищенный секс;
3. осложненные роды, кесарево сечение;
4. травмирующие манипуляции в полости матки: аборты, диагностические выскабливания, эндоскопические исследования полости матки, гистеросальпингографию;
5. гинекологические заболевания: бактериальный вагиноз, цервицит, гиперплазия или полип эндометрия, сальпингоофорит.



Острый эндометрит

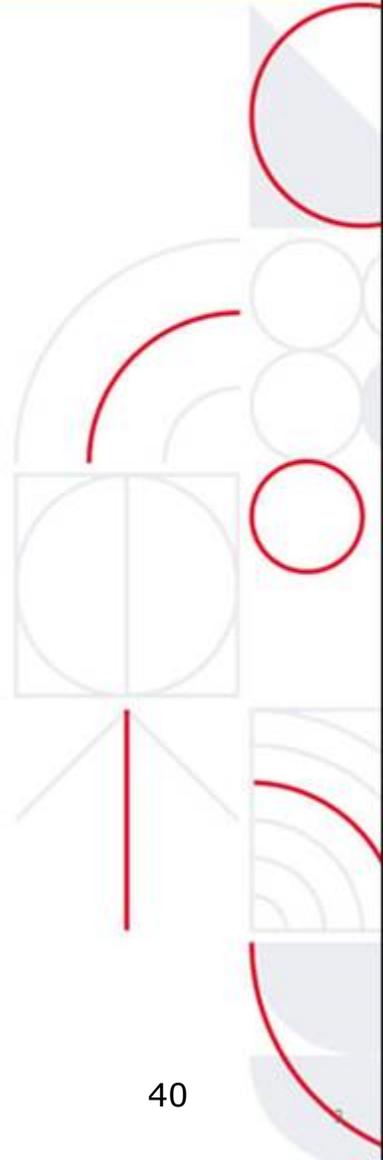
1. неспецифическая микрофлора (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка и др.);
2. специфическая микрофлора (гонококк, хламидии, микоплазма, микобактерия туберкулеза);
3. вирусы;
4. грибковая инфекция;
5. простейшие (токсоплазма) и паразиты.

Хроническая форма эндометрита развивается при отсутствии адекватного лечения острого воспаления. Кроме того, заболевание может развиваться на фоне инфекций, передающихся половым путем, и аутоиммунных процессов, которые нарушают сложную цепь антиоксидантной защиты.



Острый эндометрит классификация:

1. атрофический – заболевание протекает с атрофией желез, фиброзом стромы с последующей инфильтрацией лимфоидными элементами и приводит к дегенерации внутренних слоев полости матки;
2. кистозный – протоки желез сдавливаются фиброзной тканью, скапливается секрет, образуются кисты;
3. гипертрофический – гиперплазия слизистой, которая развивается на фоне хронического воспаления.





Эндометрит классификация:

1. острый эндометрит, который отличается быстрым нарастанием симптоматики и локализованностью воспалительного процесса, который продолжается не более 30 дней;
2. подострый эндометрит, когда симптомы воспаления стерты, определяются на УЗИ или во время планового осмотра гинеколога. Подострая форма поддается лечению, редко рецидивирует;
3. хронический эндометрит лечится сложно, протекает волнообразно с периодами ремиссии и наиболее опасен своими последствиями.





Клиническая картина

Острому началу заболевания предшествует плохое самочувствие, сниженная работоспособность, субфебрильная температура.

Возникающие боли локализуются главным образом в малом тазу с иррадиацией в паховую область и внутреннюю поверхность бедра. Температура тела постепенно повышается. Появляется дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы (болезненность при дефекации, учащенное и болезненное мочеиспускание). Тошнота и рвота присоединяются значительно позже, когда в воспалительный процесс начинает вовлекаться значительная часть брюшины.



К основным симптомам относят

1. Боли внизу живота, с иррадиацией в паховую область и внутреннюю поверхность бедра.
2. Диспареунию (болевые ощущения в области половых органов, испытываемые во время полового акта)
3. Дисменорею (маточная боль в сроки, близкие к менструации)
4. Слизисто-гнойные выделения из цервикального канала или из влагалища при сочетании с острым цервицитом, бактериальным вагинозом или эндометритом,
5. Аномальные маточные кровотечения (АМК) по типу межменструальных кровянистых выделений, обильных менструаций, посткоитальных кровотечений, чаще ассоциирующиеся с цервицитом и эндометритом.
6. В ряде случаев может наблюдаться лихорадка или озноб, дизурия, рвота.



Хронический эндометрит

1. нарушения менструального цикла;
2. болезненные ощущения и тяжесть в нижней части живота, крестца, промежности;
3. боль во время полового акта;
4. маточные кровотечения;
5. гнойные и кровянистые выделения из половых путей;
6. невынашивание беременности.





Диагностика эндометрита

1. Проводя осмотр пациентки, врач может обнаружить увеличение размеров матки, ее уплотнение, повышенную чувствительность стенок органа.
2. При подозрении на эндометрит диагностика может включать следующие инструментальные и лабораторные исследования:
 - ультразвуковое исследование матки и придатков – признаком эндометрита является неоднородность слизистой оболочки, увеличение матки, истончение эндометрия;
 - доплерография сосудов малого таза для определения нарушений кровотока (исследование проводится с контрастом);
 - гистероскопия — детальный осмотр полости матки с помощью эндоскопа с возможностью проведения лечебно-диагностических врачебных манипуляций.



Острый сальпингит

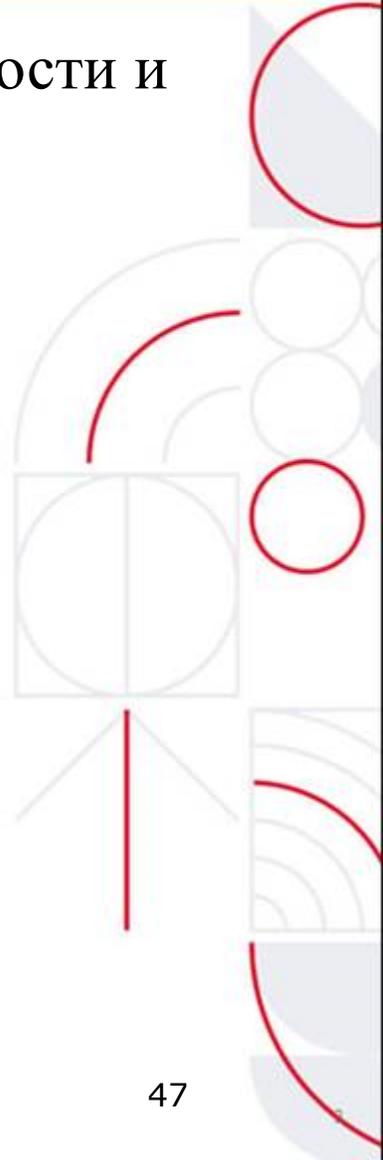
Сальпингит – это воспалительное поражение маточной трубы, вызванное специфической или неспецифической инфекцией. Часто это заболевание вовлекает в патологический процесс и яичники (такое состояние называется сальпингоофоритом, или аднекситом).

Сальпингит представляет собой воспаление маточной трубы, которое может быть вызвано половыми инфекциями или условно-патогенной флорой, обитающей во влагалище. В последнем случае происходит увеличение численности этих бактерий, в результате чего они приобретают патогенные свойства.



Острый сальпингит

1. болезненные ощущения в нижних отделах живота разной интенсивности и характера (от ноющих до острых);
2. болезненность и дискомфорт при половом акте;
3. кровянистые выделения в межменструальные дни;
4. кровомазание после полового акта;
5. вагинальные выделения с неприятным запахом.





Острый сальпингит

При гнойных поражениях маточных труб нередко воспалительный процесс имеет прогрессирующий характер. В силу истончения стенки маточной трубы и последующего прорыва в свободную брюшную полость может возникнуть разлитой гнойный перитонит. Открытая форма пельвиоперитонита по симптомам сходна с разлитым хирургическим перитонитом и часто является следствием восходящей гонококковой инфекции.





Острый сальпингит

1. В 85% случаев воспаление маточной трубы вызывают гонококки, вагинальные трихомонады и хламидии трахоматис. И только в 15% случаев возбудителями являются условно-патогенные анаэробные микроорганизмы.
2. Инфицирование, как правило, происходит восходящим путем – патогены из влагалища, через цервикальный канал и матку достигают маточных труб. Смешанный характер инфекции определяет разнообразие клинических проявлений, которые являются отражением взаимодействия патогенов друг с другом.
3. Развитие воспаления в маточных трубах, с одной стороны, связано с наличием возбудителей, а с другой – с их прорывом через естественные защитные барьеры.



Острая гонорея

Острая восходящая гонорея нередко обостряется с началом менструации. Брюшина малого таза находится в состоянии острого воспаления. В остальных отделах брюшины развивается реактивное воспаление.

Больные предъявляют жалобы на боли в низу живота, больше в области малого таза, и гнойные разъедающие бели, частое болезненное мочеиспускание. Отмечается высокая температура, частый пульс, рвота, атония кишечника (метеоризм).

Живот остаётся мягкий (!), но резко болезненный, особенно в нижнем отделе.

Выражен симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс соответствует температуре тела, артериальное давление не снижается. В отличие от хирургического перитонита общее состояние больных не столь тяжелое, хотя болезненность в нижних отделах живота выражена резко.



Острая гонорея у женщин

Острая восходящая гонорея нередко обостряется с началом менструации. Брюшина малого таза находится в состоянии острого воспаления. В остальных отделах брюшины развивается реактивное воспаление.

Больные предъявляют жалобы на боли в низу живота, больше в области малого таза, и гнойные разъедающие бели, частое болезненное мочеиспускание. Отмечается высокая температура, частый пульс, рвота, атония кишечника (метеоризм).

Живот остаётся мягкий (!), но резко болезненный, особенно в нижнем отделе.

Выражен симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс соответствует температуре тела, артериальное давление не снижается. В отличие от хирургического перитонита общее состояние больных не столь тяжелое, хотя болезненность в нижних отделах живота выражена резко.



Острая гонорея у женщин

При осмотре зеркалами слизистая оболочка шейки матки и влагалища гиперемирована. Из шеечного канала наблюдается гнойное отделяемое.

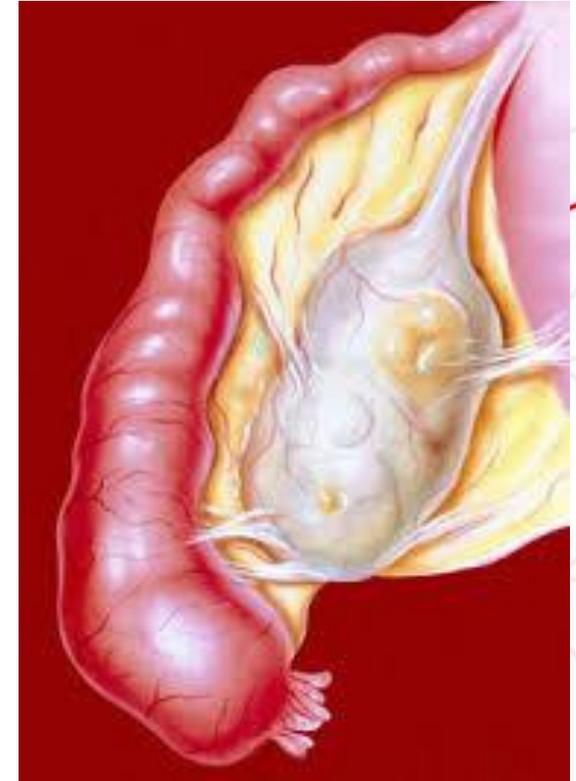
При двуручном влагалищно - брюшностеночном исследовании, вследствие резкой болезненности, определить внутренние половые органы не удастся. Смещение матки болезненно. Своды достаточно глубокие и болезненные.

В подобных случаях до начала лечения следует взять мазки на гонококк (иногда для этой цели используют пункцию заднего свода влагалища). При обнаружении в мазках гонококка *эффективно консервативное лечение.*



Острый аднексит.

Аднексит (сальпингоофорит) – распространённое гинекологическое заболевание, которое чаще всего диагностируется у женщин в возрасте от 20 лет. В слове сальпингоофорит объединено названия двух болезней: сальпингит, обозначающий воспалительное заболевание маточных труб, и оофорит – воспаление яичников.





Острый аднексит.

При этом заболевании разрушается эпителий маточных труб. Затем происходит пропитывание стенки органа продуктами обмена инфекционных агентов — это приводит к формированию воспаления. При отсутствии лечения этот процесс к бесплодию в результате образования спаек и отсутствию проходимости маточных труб. Разновидности этого патологического процесса следующие:

по течению – выделяют острую и хроническую форму;

по локализации он бывает односторонним или двусторонним;

по характеру воспаления – серозный или гнойный процесс;

по месту преимущественного поражения – трубы (сальпингит) или яичники (оофорит).



Острый аднексит.

1. возбудители половых инфекций (микоплазмы, хламидии, гонококки, бедная трепонема и другие);
2. условно-патогенные микроорганизмы (кишечная палочка, стрептококки и тому подобное);
3. специфические бактерии (дифтерийные, туберкулезные бактерии).
 - гематогенным путем – микроорганизмы попадают в них с током крови;
 - лимфогенным – инфекция перемещается по ходу лимфатических путей;
 - нисходящим – бактерии распространяются по брюшине из слепой кишки сигмовидной;
 - восходящим – бактериальное воспаление из тканей влагалища распространяется на цервикальный канал, затем попадает в полость матки и переходит на ее придатки.



Острый аднексит.

1. Резкие боли в нижней части живота, которые отдают в область заднего прохода и крестец. Ее симптомы выражены на стороне воспаления.
2. Повышение температура тела, которое сопровождается ознобом.
3. На слизистых появляются необычные слизистые или гнойные выделения.
4. При пальпации низа живота отмечают признаки мышечной защиты. Они возникают из-за раздражения брюшины.
5. Возможно возникновение болезненных месячных и маточных кровотечений. Выделения становятся скудными. Часто увеличивается промежуток между наступлением месячных.
6. Разбитость, слабость, дизурические нарушения, а также вздутие живота.



Острый аднексит.

1. Резкие боли в нижней части живота, которые отдают в область заднего прохода и крестец. Ее симптомы выражены на стороне воспаления.
2. Повышение температура тела, которое сопровождается ознобом.
3. На слизистых появляются необычные слизистые или гнойные выделения.
4. При пальпации низа живота отмечают признаки мышечной защиты. Они возникают из-за раздражения брюшины.
5. Возможно возникновение болезненных месячных и маточных кровотечений. Выделения становятся скудными. Часто увеличивается промежуток между наступлением месячных.
6. Разбитость, слабость, дизурические нарушения, а также вздутие живота.
7. При выраженной интоксикации возникают расстройства деятельности нервной и сосудистой систем.



Острый аднексит.

1. Гинекологический осмотр — выявляют болезненное увеличение в размерах придатков матки
2. УЗИ диагностика — при сканировании выявляют воспалительные образования придатков.
3. Анализ крови — отмечают лейкоцитоз с наличием сдвига формулы влево, ускорение СОЭ.
4. Микробиологические тесты — устанавливают возбудитель методом бакпосева.
5. Лапароскопия — с ее помощью выявляют гнойные образования и проводят осмотр полости таза и маточных труб, часто сочетают с проведением лечебных мероприятий.
6. Рентгенография — ее используют для выявления степени проходимости маточных труб. Определяют выраженность патологических изменений.
7. Гистеросальпингография с контрастом — ее проводят при хроническом аднексите. Исследуют проходимость матки и придатков, а также наличие спаек и соединительно-тканых тяжей.



Острый параметрит

Является осложнением воспалительных заболеваний органов малого таза: эндометрита, метроэндометрита, аднексита, сальпингоофорита. Кроме того, параметрит может возникнуть на фоне острого аппендицита, сигмоидита, парапроктита, ятрогенных повреждений матки во время оперативных вмешательств, во время родов и выкидышей.

Параметрит может быть передний и задний (в зависимости от расположения воспаления), а также боковой (правый или левый). Иногда встречается тотальное поражение околоматочной клетчатки.



Острый параметрит

Нарастают общие признаки воспаления. Из локальных признаков наблюдаются боли внизу живота, симптомы раздражения брюшины. Пальпаторно можно определить плотный, болезненный инфильтрат, который смещает матку в противоположную сторону. Могут быть дизурические явления, а также нарушения со стороны акта дефекации.

Затем наступает фаза уплотнения экссудата. В этом периоде вокруг очага воспаления формируется плотная капсула. Околوماتочная клетчатка пропитана воспалительным экссудатом, что приводит к изменению структуры тканей. Она становится плотной.



Острый параметрит

Если не наступило нагноение, постепенно наступает регресс заболевания: инфильтрат рассасывается с формированием фиброзной ткани, которая приводит к изменению анатомо-топографических взаимоотношений органов малого таза.

В случаях нагноения параметрия происходит распространение процесса на всю тазовую клетчатку или же гнойник вскрывается в прямую кишку, мочевого пузыря или влагалище. Редко может произойти самопроизвольное вскрытие гнойного параметрита на кожу. Общее состояние больных крайне тяжелое, имеются все признаки сепсиса.



Гинекологический перитонит

Прободному гинекологическому перитониту часто предшествует ряд симптомов:

- схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся тенезмами или дизурическими явлениями.
- отмечается ухудшение общего состояния больных:
- температура тела быстро повышается, достигая высокого уровня, учащается пульс,
- возникает задержка стула и газов (метеоризм), редко - рвота.
- Нарастают симптомы раздражения тазовой брюшины (*пельвиоперитонит*).



Пельвиоперитонит

Перитонит в гинекологии (пельвиоперитонит) — воспаление брюшины, ограниченное областью малого таза (нижней частью живота). В гинекологии существует ряд заболеваний с тяжелыми последствиями, одним из которых является пельвиоперитонит — острое воспаление участка брюшины малого таза. Выделяют: серозно-фиброзный и гнойный пельвиоперитонит.

Первый из них имеет более благоприятное течение и тенденцию к ограничению процесса пределами малого таза. Этому способствует развитие спаек между париетальными листками брюшины малого таза, маткой, придатками матки, а также сальником, петлями тонкой кишки, сигмовидной кишкой и мочевым пузырем. При гнойном пельвиоперитоните отграничение процесса происходит гораздо медленнее, сопровождается затеканием гноя в дугласово пространство и образованием абсцессов.



Прободной гинекологический перитонит

Прорыв гнойника (пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальный абсцесс) обычно связан с физической нагрузкой, половым актом или грубым гинекологическим осмотром. Прободение гнойной опухоли с излитием гноя в брюшную полость сопровождается коллапсом, появлением острых болей по всему животу, холодного пота. Черты лица больной заостряются, пульс частый, слабого наполнения. Язык сухой, обложенный. Брюшная стенка слабо участвует в дыхании, резко напряжена и болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный по всему животу. Перистальтика кишечника слабая или вообще не выслушивается. При значительном количестве гнойного содержимого выявляется приглушение перкуторного звука в отлогих частях живота. В анализе крови прогрессивно нарастает лейкоцитоз.



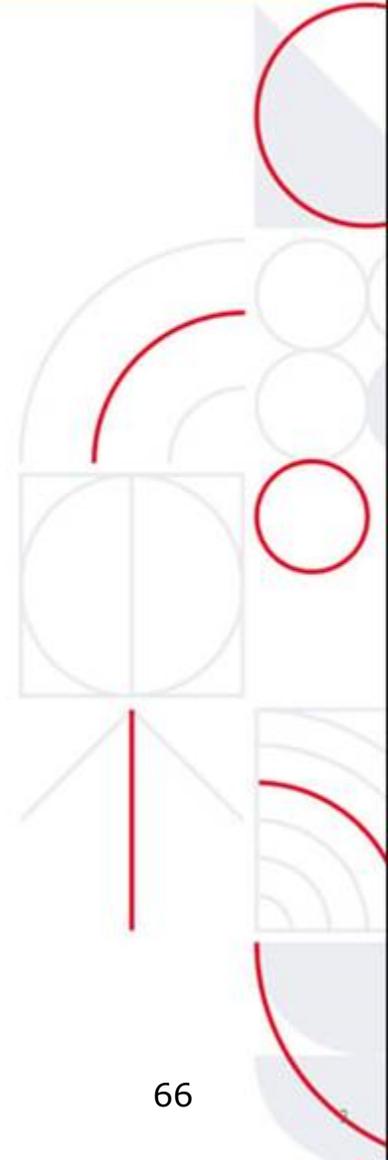
Прободной гинекологический перитонит

- При двуручном исследовании смещение шейки матки несколько ограничено и резко болезненно.
- Вследствие напряжения брюшной стенки, матку не всегда можно четко определить.
- Позади или сбоку, реже спереди от матки определяется нижний полюс воспалительного конгломерата с нечеткими контурами (ретортообразной формы), толстой капсулой, малоподвижный и резко болезненный.
- В отличие от гнойного параметрита выраженной инфильтрации в околоматочной клетчатке нет. Свидетельством этому является возможность четкого определения нижнего отдела крестцово-маточных связок.



Осложнения воспалительных заболеваний матки и придатков

1. бесплодие за счет развития непроходимости труб;
2. спаечный процесс в брюшной полости;
3. внематочная беременность;
4. тубовариальный абсцесс; сепсис; перитонит;
5. прерывание беременности;
6. воспаления в соседних органах.





Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





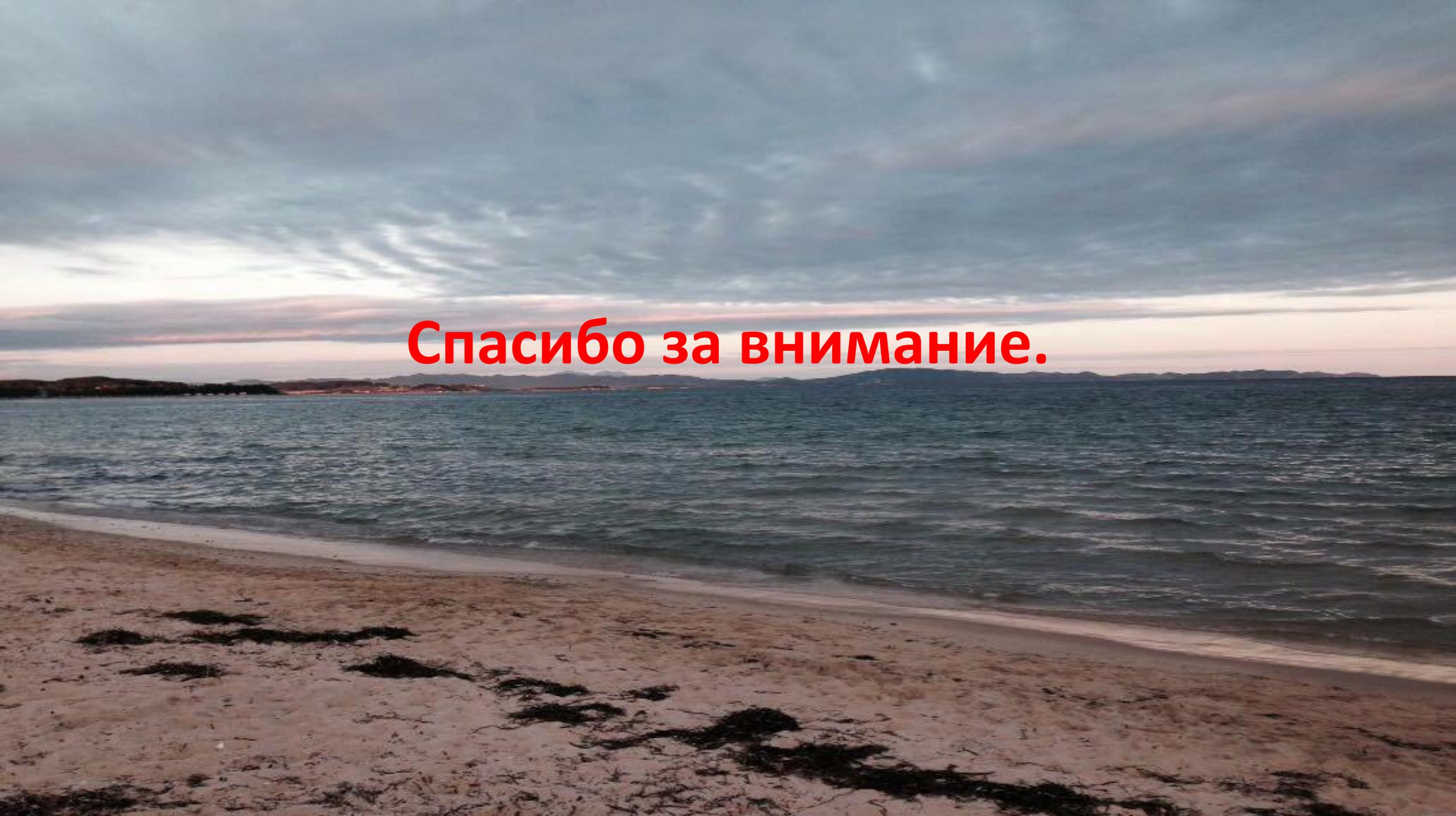
Список литературы

Основная литература:

- 1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.
- 2. Пропедевтика внутренних болезней. Мухин Н.А., Моисеев В.С., изд. дом ГЕОТАР-МЕД. М., 2017.
- 3. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие. Под ред. Шамова И. А., М., 2017.

Дополнительная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней вопросы, ситуационные задачи, ответы. Учебное пособие. Ростов-на-Дону. «Феникс». 2023.
2. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум. Ивашкин В. С., Султанов В. В., изд. «Литтерра», М., 2022.
3. Пропедевтика заболеваний внутренних болезней. Ивашкин В.Т., Драпкина О.М., ООО «Изд. дом» «М-вести». М. 2021.



Спасибо за внимание.