

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ – ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І
ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	«Гострий» живіт в гінекології (код курсу 17.2)
Курс	ІІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 4 години.

I. Мета заняття

“Гострий живіт” являє собою загальне поняття, яке включає в себе захворювання, що характеризуються гострим початком у вигляді болю в животі, симптомами подразнення очеревини і напруженням м’язів передньої черевної стінки.

У гінекологічній практиці причини виникнення “гострого живота” об’єднують в 3 групи. В першу групу входять внутрішньочеревні кровотечі, які обумовлені порушенням позаматкової вагітності, апоплексією яєчників або травматичним ушкодженням матки ятрогенного чи кримінального походження. В другу – стани, пов’язані із порушенням живлення пухлин внутрішніх статевих органів – перекрут ніжки пухлини яєчника та некроз фіброматозного вузла матки. В третю групу входять гострі гнійні запальні захворювання внутрішніх статевих органів.

II. Об’єм повторної інформації

1. Визначення термінів «Гострий» живіт в гінекології.
2. Причини, що обумовлюють «гострий» живіт.
3. Фактори ризику внутрішньочеревної кровотечі.

III. Об’єм нової інформації

4. Визначення термінів «Гострий» живіт в гінекології.
5. Причини, що обумовлюють «гострий» живіт.
6. Фактори ризику внутрішньочеревної кровотечі.
7. Патогенез порушення живлення пухлин жіночих органів.
8. Класифікацію «гострого» живота в гінекології.
9. Клінічнику, діагностику, лікування різних формах внутрішньочеревних кровотеч.
10. Лікарську тактику при «гострому» животі.
11. Методи обстеження жінок із «гострим» животом.
12. Тактику ведення жінок із «гострим» животом.
13. Методи профілактики апоплексії яєчника

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних, пологове відділення, операційна.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороби.
4. Інструментарій та муляж матки для відпрацювання практичних навичок з хірургічного гемостазу.

VI. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Діагностувати різні форми та ступінь важкості гінекологічного перитоніту.			+
2.	Проводити інфузійну терапію, правильно призначити антибактеріальну терапію			+
3.	Визначити фактори ризику та встановити діагноз позаматкової вагітності. Провести диференційну діагностику між перерваною позаматковою вагітністю та гострим апендицитом.			+
4.	Здійснити пункцію черевної порожнини через задне склепіння..			+
5.	Установити діагноз апоплексії яєчника, визначити форму апоплексії яєчника та призначити відповідне лікування.			+
6.	Оцінити коагулограму.			+
7.	Діагностувати шийкову вагітність та розробити тактику лікування			+

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

- Групи яких захворювань являють собою причину «гострого» живота?
- На підставі яких даних проводиться диференційна діагностика гострого пієліту вагітних та апендициту.
- Які методи лікування «гострого» живота у вагітної?
- Що таке «анатомічна», а що – «хірургічна» ніжка пухлини яєчника?
- У чому є особливість оперативного втручання при перекруті ніжки кісти яєчника у вагітної?
- На підставі яких даних ставиться діагноз некрозу фіброматозного вузла?
- Які оперативні втручання проводять при некрозі фіброматозного вузла у вагітної?
- Визначити фактори ризику та встановити діагноз позаматкової вагітності.
- Провести диференційну діагностику між перерваною позаматковою вагітністю та гострим апендицитом.
- Провести диференційну діагностику між перерваною позаматковою вагітністю та гострим аднекситом.
- Здійснити пункцію черевної порожнини через задне склепіння.
- Виконати операцію тубектомія.

- Провести реанімаційні заходи при позаматковій вагітності, ускладненій геморагічним шоком.
- Установити діагноз апоплексії яєчника.
- Визначити форму апоплексії яєчника та призначити відповідне лікування.
- Діагностувати шийкову вагітність та розробити тактику лікування.
- 10. Причини виникнення гінекологічного перитоніту.
- 11. Класифікація перитонітів у гінекології.
- Діагностичні критерії клінічних проявів гінекологічного перитоніту.
- Диференційна діагностика пельвіоперитоніту та поширеного перитоніту.
- Методи лікування перитонітів у гінекології.
- Покази до хірургічного лікування перитонітів.
- Профілактика перитонітів у гінекології.

Ситуаційні задачі

Хвора 24 років скаржиться на різкі болі внизу живота, більше справа, що виникли після фізичного напруження. Біль наростає.

Бімануально: матка щільна, безболісна, рухлива. Придатки зліва не визначаються, справа пальпується пухлиноподібне утворення розмірами 7×8×6 см, еластичної консистенції, рухливе, різко болюче при дослідженні. У загальному аналізі крові: Нв – 110 г/л; лейкоцити – $12,3 \times 10^9$ /л (паличкоядерних – 12%); ШОЕ – 38 мм/год. При УЗД: лівий яєчник 3,5 x 2,8 см, у ділянці правого яєчника візіалізується ехопозитивне утворення 7,5×8,6 см. Після спостереження за хворою протягом 2 годин: лейкоцити – $18,8 \times 10^9$ /л (паличкоядерних – 16%); ШОЕ – 48 мм/год.

Про що свідчать отримані результати додаткових досліджень?

Хвора 42 років прийшла на профогляд. У лікаря-гінеколога не була на огляді 3 роки. Менструації приходять регулярно.

Бімануально: матка маленька, рухлива, безболісна. Придатки праворуч не визначаються, ліворуч – пухлиноподібне утворення еластичної консистенції, рухливе, болюче, розмірами 8×9×6 см.

Які лабораторні та інструментальні методи дослідження потрібно провести?

Хвора 36 років поступила у відділення зі скаргами на болі внизу живота, підвищення температури тіла, головний біль. Хвора знаходиться на обліку з приводу узлової фіброми матки. При останньому огляді 2 місяці тому величина матки дорівнювала 9-10 тижнів вагітності. Об'єктивно: температура тіла 38,4°C; пульс 118 за хв. аритмічний; язик чистий злегка сухуватий; живіт м'який, болючий в нижніх відділах. Над лоном визначається пухлиноподібне, різко болюче утворення. Симптом Щоткіна різко позитивний. Бімануально: матка збільшена до 12-13 тижнів вагітності. Справа - болючий вузол розмірами 4×5 см. Склепіння глибокі, придатки не визначаються.

Сформулюйте діагноз.

Хвора 27 років доставлена машиною швидкої допомоги в гінекологічне відділення зі скаргами на різкі болі внизу живота. Болі з'явилися раптово - годину тому при фізичному навантаженні. Остання менструація - 12 днів тому.

Об'єктивно: шкіра бліда, пульс 120 за 1 хв, слабкого наповнення, АТ 90/60 мм рт.ст. Свідомість збережена. Живіт злегка здутий, при пальпації різко болючий в нижніх відділах, симптом Щоткіна позитивний. При двуручному дослідженні: зовнішнє вічко шийки матки закритє, матка чітко не контурується через біль, заднє склепіння нависає, різко болючє. Справа нечітко визначаються болючі придатки.

Сформулюйте діагноз

Тести

Хвора, 23 років, доставлена ургентно зі скаргами на біль внизу живота, більше зправа, з іррадіацією в пряму кишку, запаморочення. Вищезазначені скарги з'явилися раптово вночі. Остання менструація 2 тижні тому. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді, пульс - 92 в 1 хв., t- 36,6С, артеріальний тиск 100/60 мм рт. ст. Живіт дещо напружений, незначно болісний в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини слабкопозитивні. Гемоглобін 98 г/л.

Який діагноз?

- A. Апоплексія яєчника.
- B. Гострий апендицит.
- C. Кишкова непрохідність
- D. Позаматкова вагітність.
- E. Ниркова коліка.

Женщина 29 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли в животе, головокружение, слабость. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 108 в 1 мин, ритмичный. Последняя менструация 1,5 мес назад, температура тела 37,20С. Гинекологом при осмотре заподозрена внематочная беременность. Какое исследование необходимо произвести для уточнения диагноза?

- A. Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища
- B. Лапаротомия
- C. Метросальпингография
- D. Диагностическое выскабливание стенок полости матки.
- E. Тесты функциональной диагностики.

Жінка 22-х років госпіталізована до гінекологічного відділення зі скаргами на біль в низу живота, підвищення температури до 39,5°C. Об'єктивно: ЧСС- 108/хв., АТ- 120/80 мм рт.ст., живіт помірно здутий, різко болючий в гіпогастральній області. Симптом Щоткіна позитивний у гіпогастральній області. Піхвове обстеження: матка та додатки не пальпуються внаслідок напруження передньої черевної стінки, заднє склепіння піхви нависає, різко болючє. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Пельвіоперитоніт
- B. Гострий аднексит
- C. Гострий ендометрит
- D. Позаматкова вагітність
- E. Апоплексія яєчника

Жінка 26 років доставлена у приймальне відділення із скаргами на раптовий біль в нижній частині живота, слабкість, втрату свідомості вдома. Попередньої менструації не було. Нв - 106г/л, пульс - 120 за хв., АТ - 80/50 мм рт.ст. Болісність та симптоми подразнення очеревини внизу справа. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Порушена трубна вагітність
- B. Гострий апендицит
- C. Правосторонній гострий аднексит
- D. Перекрут ніжки яєчника
- E. Апоплексія яєчника

Породілля 30 років на 4 день після операції кесарського розтину в зв'язку з передлежанням плаценти скаржить на загальну слабкість, періодичні підвищення температури тіла до 39 С, лихоманку, вздуття живота, затримку газів та дефікації. Бліда, пульс - 120/хв, м'який. Живіт здутий, болючий на всьому протязі, відмічається позитивний симптом Щоткіна, перистальтика відсутня. Дно матки на рівні пупка, матка болюча, тістовидної консистенції. Виділення з піхви гноєвидні. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Перитоніт
- B. Параметрит
- C. Ендометри
- D. Метротромбофлебіт
- E. Непрохідність кишківника

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Перитоніт – це гостре запалення очеревини. При розповсюдженні процесу лише в області малого таза розвивається локальний, так званий **пельвіоперитоніт**, який може бути обмеженим або необмеженим. При поширенні процесу за межі тазу виникає **дифузний** або **поширений перитоніт**.

Гінекологічний перитоніт (ГП) являється важким ускладненням різноманітних запальних процесів органів малого таза і нерідко приводить до летального завершення захворювання.

Причиною розвитку ГП являються слідуєчі деструктивні процеси внутрішніх статевих органів:

- деструкція стінки піосальпінкса, піовара або гнійного тубооваріального утвору;
- різноманітні гінекологічні операції;
- кримінальні аборти, в тому числі ускладнені перфорацією стінки матки;
- некроз пухлини яєчника в результаті перекруту її ніжки або розрив капсули пухлини;
- некроз фіброматозного вузла.

Місцевим обмеженим перитонітом в області малого таза може бути піосальпінкс, піовар, тубооваріальний абсцес. Пельвіоперитоніт – це необмежений локальний перитоніт в області малого таза. Він може бути закритим, при утворенні злук і зрощень між органами малого таза, петлями кишківника та чіпцем або відкритим, при вільному сполученні порожнини малого таза з вищележачими відділами черевної порожнини.

В разі розвитку розповсюдженого перитоніту може виникати дифузний, коли процес захоплює від 2 до 5 анатомічних областей черевної порожнини; поширений – більше 5 але менше 9; при загальному – має місце тотальне ураження очеревини черевної порожнини.

У всіх випадках необхідно диференціювати місцевий і поширений перитоніт, так як існує принципова різниця в тактиці лікування цих станів. Ступінь розповсюдження поширеного процесу може бути визначений тільки при лапаротомії і це має значення для визначення об'єму хірургічного втручання та дренивання черевної порожнини.

Пельвіоперитоніт.

По характеру пельвіоперитоніт може бути:

- серозним;
- фібринозним;
- гнійним.

Патогенез розвитку пельвіоперитоніту. В гострій стадії розвитку перитоніту спостерігається підвищення проникливості судинної стінки, що приводить до підвищеної ексудації, виходу за межі судинної стінки альбуміну, фібриногену, формених елементів крові (лейкодіapedез). У вогнищі запального процесу відбувається накопичення біологічно активних речовин: гістаміну, кінінів, серотоніну, органічних кислот, підвищується концентрація водневих та гідроксильних іонів. Зниження пошкоджуючої дії інфекційного агента сприяє відновленню мікроциркуляції, зменшенню ексудації, утворенню злук, які відмежовують патологічний процес в області малого таза. При подальшій агресії пошкоджуючого фактору серозно-фібринозне запалення переходить в стадію гнійного, при якому відмежування не відбувається і процес поширюється на інші ділянки черевної порожнини.

Клініка. Гостра стадія пельвіоперитоніту подібна з дифузним перитонітом, але менш виражена й місцеві зміни переважають над загальними.

При наявності запального процесу в області додатків матки відбувається погіршення загального стану, посилюється болючість у нижніх відділах живота. Різко підвищується температура тіла до 38⁰-39⁰С. Спостерігається нудота, одно- або дворазова блювота. При об'єктивному дослідженні визначається частий пульс, який дещо випереджає температурну реакцію. Язик вологий. Живіт у нижніх відділах дещо вздутий. Спостерігається напруження м'язів. Позитивні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика кишківника стає млявою, передня черевна стінка завжди приймає участь в акті дихання. Вагінальне обстеження приводить до різкого болю, рухи за шийку матки також болючі. Склепіння плоскі, іноді спостерігається їх нависання.

Клінічний аналіз крові при пельвіоперитоніті необхідно проводити часто, в першу добу захворювання – щогодини. На відміну від поширеного перитоніту, при пельвіоперитоніті виявляється помірний лейкоцитоз, нерізкий зсув лейкоцитарної формули вліво, незначне зниження лімфоцитів і підвищення ШОЕ.

У важких діагностичних випадках показана діагностична лапароскопія і при підтвердженні діагнозу вводять мікроіригатор для антибіотиків.

Лікування. Як правило пельвіоперитоніт лікується консервативно. Призначається ліжковий режим, повноцінна дієта.

Фармакотерапія.

1. Антибактеріальна терапія (після взяття матеріалу на посів призначаються антибіотики широкого спектру дії, а коли отримано результат – з урахуванням чутливості збудника до антибіотиків).
2. Дезінтоксикаційна терапія (реологічно активні плазмозамінники, білкові препарати, сольові розчини, глюкоза), при зниженні діурезу вводять сечогінні препарати.
3. Десенсибілізуюча терапія.
4. Імунотерапія.
5. Ферментотерапія.
6. Корекція реологічних та коагуляційних порушень.
7. Неспецифічна протизапальна терапія.
8. Знеболюючі препарати.
9. Загальнозміцнююча терапія.

Немедикаментозна терапія:

1. Кріотерапія (вагінальна або абдомінальна кріотерапія).
2. Гіпербарична оксигенація.
3. Обмінний плазмаферез.
4. Ультрафіолетове опромінення крові.
5. Лазеротерапія.

Хірургічне лікування показано при розвитку пельвіоперитоніту на фоні піосальпінкса, піовара або тубооваріального абсцесу і краще його проводити в “холодний період”.

Розповсюджений перитоніт.

При поширеному перитоніті на передній план виходять явища загальної ендогенної інтоксикації організму, які виникають у результаті глибоких метаболічних порушень.

Під дією біологічно активних речовин в організмі виникають виражені генералізовані судинні розлади на рівні мікроциркуляції. Неадекватне кровопостачання призводить до розвитку загальної гіпоксії тканин, порушень обміну речовин і швидкому виникненню деструктивних змін у нирках, підшлунковій залозі, печінці, тонкому кишківнику. Порушення бар’єрної функції кишківника приводить до посилення інтоксикації. Перебіг патологічного процесу характеризується наявністю 3-х фаз:

I фаза – реактивна (компенсаторні механізми збережені; відсутні порушення метаболізму; загальний стан задовільний, незначна ейфорія; помірний парез кишківника; тахікардія; помірний лейкоцитоз);

II фаза – токсична (наростання явищ інтоксикації; загальний стан важкий, виражена млявість, з’являється блювота; порушення обмінних процесів, ацидоз, гіпо- і диспротеїнемія; перистальтика кишківника відсутня; наростає лейкоцитоз, токсична зернистість нейтрофілів);

III фаза – термінальна (метаболічні зміни глибокі й безповоротні; загальний стан дуже важкий; переважають симптоми ураження ЦНС – різка загальмованість, адинамія; пульс аритмічний, гіпотензія, різка задуха; моторна функція кишківника повністю відсутня).

При ГП клініка має свої особливості – виражені місцеві й загальні прояви можуть бути відсутні, стійкий парез кишківника, який не усувається навіть при перидуральній блокаді або при переферичному гангліонарному блоці.

До місцевих проявів перитоніту відноситься: біль у животі, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки, парез кишківника.

Найбільш характерні для поширеного перитоніту загальні симптоми: висока пропасниця, поверхнєве часте дихання, ейфорія, тахікардія, виражений лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, токсична зернистість нейтрофілів, підвищення рівня лужної фосфатази, різке зниження кількості тромбоцитів.

Лікування. Лікування поширеного перитоніту обов'язково проводиться в 3 етапи: передопераційна підготовка, оперативне лікування, інтенсивна терапія в післяопераційний період.

Передопераційна підготовка триває 1,5 – 2 години і включає в себе декомпресію шлунка через назогастральний зонд, пункцію підключичної вени, інфузійна терапія (ліквідація гіповолемії, метаболічного ацидозу, детоксикація організму, корекція водно-електролітного балансу), введення серцевих препаратів, адекватну оксигенацію. На цьому етапі показано введення антибіотиків широкого спектру дії у максимально допустимій дозі.

Основна задача **оперативного втручання** – повна ліквідація вогнища інфекції. Доступ – серединна лапаротомія. Черевна порожнина обробляється розчином фурациліну. У брижу вводиться розчин новокаїну. Декомпресія кишківника зондом Міллера – Еббота. Дренування черевної порожнини.

Післяопераційне лікування являється дуже важливим.

1. Інфузійна терапія (ліквідація гіповолемії, поповнення хлоридів і калію, корекція ацидозу, антиферментативна та антикоагуляційна терапія, забезпечення форсованого діурезу).
2. Інтенсивна антибактеріальна терапія.
3. Профілактика та лікування функціональної недостатності серцево-судинної системи.
4. Попередження та ліквідація гіповітаміноза.
5. Відновлення моторно-евакуаторної функції кишківника (назогастральна декомпресія, перидуральна блокада, введення церукалу, гангліоблокаторів).
6. Імунокорекція.

Немедикаментозне лікування:

1. Гіпербарична оксигенація.
2. Обмінний плазмаферез.
3. Екстракорпоральна гемосорбція.
4. Ультрафіолетове опромінення крові.
5. Лазертерапія.

ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ

Під позаматковою вагітністю (ПВ) розуміють вагітність, при якій імплантація заплідненої яйцеклітини відбулася поза порожниною матки. Найбільш часта локалізація ПВ – маткові труби.

Класифікація.

1. За МКХ-10:

О00 Абдомінальна (черевна) вагітність

О00.1 Трубна вагітність

Вагітність у матковій трубі

Розрив маткової труби внаслідок вагітності

Трубний аборт

О00.2 Яєчникова вагітність

О00.8 Інші форми позаматкової вагітності

Шийкова

Комбінована

В розі матки

Внутрішньозв'язкова

В брижі матки

О00.9 Позаматкова вагітність неуточнена

2. За перебігом :

-прогресуюча;

-порушена (трубний аборт, розрив маткової труби);

-завмерла вагітність.

Фактори ризику.

1. Запальні захворювання матки та придатків матки в анамнезі.
2. Рубцево - спайкові зміни органів малого таза внаслідок перенесених раніше операцій на внутрішніх статевих органах, пельвіоперитоніту, абортів.
3. Порушення гормональної функції яєчників.
4. Генітальний інфантилізм.
5. Ендометріоз.
6. Довготривале використання внутрішньоматкових контрацептивів.
7. Допоміжні репродуктивні технології.

Діагностика.

Клінічні ознаки.

1. Ознаки вагітності :

- затримка менструацій;
- нагрубання молочних залоз;
- зміна смакових, нюхових та інших відчуттів характерних для вагітності;
- ознаки раннього гестозу (нудота, блювання та ін.);
- позитивні імунологічні реакції на вагітність (ХГЛ у сироватці крові та сечі).

2. Порушення менструального циклу – мажучі, кров`яні виділення зі статевих шляхів:

- після затримки менструацій;
 - з початком наступної менструації;
 - до настання очікуваної менструації;
3. Больовий синдром :
- односторонній переймоподібний або постійний біль внизу живота;
 - раптовий інтенсивний біль у нижній частині живота;

- перитонеальні симптоми у нижньому відділі живота, різного ступеня вираженості;

- ірадіація болю у пряму кишку, область промежини та крижі.

4. Ознаки внутрішньочеревної кровотечі (у разі порушеної ПВ) :

- притуплення перкуторного звуку у фланках живота;

- позитивний симптом Куленкампа (наявність ознак подразнення очеревини за умови відсутності локального м'язового напруження у нижніх відділах живота);

- у горизонтальному положенні хворої позитивний двосторонній "френікус" симптом, а у вертикальному – головокружіння, втрата свідомості;

- у разі значного гемоперитонеума - симптом Щьоткіна-Блюмберга;

- прогресуюче зниження показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту за результатами аналізу крові.

5. Порушення загального стану (у разі порушеної ПВ):

- слабкість, головокружіння, втрата свідомості, холодний піт, колапс, гемодинамічні порушення;

- нудота, рефлексорне блювання;

- метеоризм, однократна діарея.

Дані гінекологічного обстеження :

- ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки;

- розміри матки менші від очікуваного терміну вагітності;

- одностороннє збільшення та болючість придатків матки;

- нависання склепінь піхви (у разі гемоперитонеума);

- різка болючість заднього склепіння піхви ("крик Дугласа");

- болючість при зміщенні шийки матки.

Специфічне лабораторне обстеження:

- якісний або кількісний тест на ХГЛ. Якісне визначення ХГЛ у сечі можливе у будь-якому закладі охорони здоров'я, тоді як кількісний аналіз β -ХГЛ у сироватці крові (рівень менший очікуваного терміну фізіологічної вагітності) виконується у медичних закладах III рівня.

Інструментальні методи обстеження.

УЗД :

- відсутність плодового яйця у порожнині матки;

- візуалізація ембріона поза порожниною матки;

- виявлення утвору неоднорідної структури в області проекції маткових труб;

- значна кількість вільної рідини у дугласовому просторі.

Лапароскопія – візуальне встановлення позаматкової вагітності у вигляді:

- ретортоподібного потовщення маткової труби багряно – синюшного кольору;

- розриву маткової труби;

- кровотеча з ампулярного отвору або з місця розриву маткової труби;

- наявність в черевній порожнині і в дугласовому просторі крові у вигляді згортків або у рідкому стані;

- наявність у черевній порожнині елементів плідного яйця.

Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки:

- відсутність у вишкрібі елементів плідного яйця;

- наявність у вишкрібі децидуальної тканини.

Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки виконується за відсутності апарату УЗД та за умови поінформованої згоди пацієнтки на цю маніпуляцію.

У разі малого терміну затримки менструації, зацікавленості жінки у збереженні маткової вагітності та відсутності симптомів внутрішньочеревної кровотечі необхідно вибрати очікувальну тактику, орієнтуючись на клінічні ознаки, УЗД в динаміці спостереження та рівень β -ХГЛ у сироватці крові.

Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.

Проводиться за відсутності апарату УЗД для діагностики трубного аборт. Наявність у пунктаті рідкої крові – одна з ознак ПВ.

У разі клінічних ознак внутрішньочеревної кровотечі пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви не проводиться – затримка часу початку лапаротомії.

Діагностичні ознаки різноманітних форм трубної вагітності

Клінічні ознаки	Прогресуюча позаматкова вагітність	Трубний викидень	Розрив маткової труби
Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні	Позитивні
Загальний стан хворої	Задовільний	Періодично погіршується, короточасні втрати свідомості, тривалі періоди задовільного стану	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати, прогресивне погіршення стану
Біль	Відсутній	Характер нападів, що періодично повторюються	З'являється у вигляді гострого нападу
Виділення	Відсутні або незначні кров'яні	Кров'яні виділення темного кольору, з'являються після нападу болю	Відсутні або незначні кров'яні
Піхвове дослідження	Матка не відповідає терміну затримки місячних, поряд з маткою визначається утворення ретортоподібної форми, безболісне, склепіння вільні	Такі самі, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, заднє склепіння згладжене	Такі самі, симптоми „плаваючої матки”, болючість матки і додатків з ураженого боку, нависання заднього склепіння
Додаткові методи обстеження	УЗД, визначення рівня β -ХГЛ, лапароскопія	Кульдоцентез Лапароскопія	Не проводяться

Диференціальна діагностика.

Діагностика ектопічної вагітності достатньо проста у пацієнок з аменореєю, ознаками вагітності, болями в нижніх відділах живота і кровотечею. Але необхідно виключати наступні стани:

1. Перекрут кісти яєчника або гострий апендицит.
2. Переривання маткової вагітності.
3. Крововилив у жовте тіло.

Лікування ПВ.

Принципи ведення хворих з ектопічною вагітністю:

1. Підозра на позаматкову вагітність є показанням для термінової госпіталізації.
2. Рання діагностика допомагає зменшити кількість ускладнень і надає можливість застосовувати альтернативні методи лікування.

3. У разі встановленого діагнозу позаматкової вагітності необхідно провести невідкладне оперативне втручання (лапароскопія, лапаротомія).

Оперативне лікування позаматкової вагітності є оптимальним. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності.

4. У разі вираженої клінічної картини порушеної ектопічної вагітності, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання у найкоротші терміни лапаротомічним доступом.

Якщо клінічна картина стерта, немає ознак гіповолемії та внутрішньої кровотечі – проводять УЗД органів малого таза і/або лапароскопію.

5. На догоспітальному етапі у разі порушеної позаматкової вагітності об'єм невідкладної допомоги визначається загальним станом хворої та величиною крововтрати. Інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів) залежить від стадії геморагічного шоку (див. протокол – „Геморагічний шок”).

6. Тяжкий стан хворої, наявність виражених гемодинамічних порушень (гіпотонія, гіповолемія, гематокрит менше 30%) – абсолютні показання для оперативного втручання лапаротомним доступом з видаленням вагітної маткової труби і проведенням протишокової терапії.

7. Застосовують комплексний підхід до лікування жінок з позаматковою вагітністю, який включає:

- а) оперативне лікування;
- б) боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою;
- в) ведення післяопераційного періоду;
- г) реабілітацію репродуктивної функції.

8. Оперативне лікування проводять як лапаротомним, так і лапароскопічним доступом. До переваг лапароскопічних методик відносяться:

- скорочення тривалості операції;
- скорочення тривалості післяопераційного періоду;
- скорочення тривалості перебування в стаціонарі;
- зменшення кількості рубцевих змін передньої черевної стінки;
- косметичний ефект.

9. Виконання органозберігаючих операцій при позаматковій вагітності супроводжується ризиком розвитку у післяопераційному періоді персистенції трофобласта, що є результатом його неповного видалення з маткової труби і черевної порожнини. Найбільш ефективним методом профілактики даного ускладнення є ретельний

туалет черевної порожнини 2 –3 літрами фізіологічного розчину і однократне введення метотрексату у дозі 75-100мг внутрішньом'язово у першу, другу добу після операції.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:

1. *Сальпінгостомія (туботомія).* Виконується подовжня сальпінгостомія. Після видалення плодового яйця сальпінгостому, звичайно не ушивають. У разі, коли ворсини хоріона не проростають у м'язову оболонку маткової труби обмежуються її вишкрібанням.

2. *Сегментарна резекція маткової труби.* Видаляють сегмент маткової труби, де знаходиться плодове яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби. При неможливості виконання сальпінго-сальпінго анастомоза можна перев'язати обидва кінці і накласти анастомоз пізніше.

3. *Сальпінгектомія.* Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечею. Операцію і гемотрансфузію у такому разі проводять одночасно.

Серед причин внутрішньочеревних кровотеч 0,5-3% випадків припадає на апоплексію яєчника.

Апоплексія яєчника – патологія, яка пов'язана з порушенням цілісності тканини яєчника й кровотечею в черевну порожнину.

Кровотечі з яєчника можуть виникати з фолікулярної кисти, з самого фолікула під час овуляції, із кисти жовтого тіла та зі строми яєчника.

Етіологія й патогенез. В основі патогенезу апоплексії лежать особливості фізіологічних змін тканини яєчника, які проходять у ньому на протязі менструального циклу. Овуляція, посилена васкуляризація тендітних тканин жовтого тіла, передменструальна гіперемія яєчника – усе це може призвести до утворення гематоми, порушення цілості тканин і кровотечі в черевну порожнину, об'єм якої різноманітний – від 50 мл до 2-3 л. Апоплексію яєчника можуть спричинити травми живота, оперативні втручання, запальні процеси в ділянці малого таза, бурхливі статеві зносини, нервово-психічні травми тощо. Вона може бути також пов'язана з розладами нейро-ендокринних процесів в організмі жінки. Це підтверджує той факт, що апоплексія часто виникає в середині менструального циклу або перед менструацією, коли в крові є велика концентрація гонадотропних гормонів передньої долі гіпофіза. Кровотечі з яєчника можуть сприяти захворюванню крові з порушенням її згортання. За останні 10-15 років помічено зростання яєчникових кровотеч, пов'язаних із тривалим прийомом антикоагулянтів хворими після протезування серцевих клапанів.

Розрив яєчника може виникати в різні фази менструального циклу, але в більшості випадків – в 2 фазу, тому в сучасній літературі ця патологія часто визначається терміном “розрив жовтого тіла”.

Розрив жовтого тіла може відбуватися при матковій і ектопічній вагітності. Приблизно 2/3 випадків вражається правий яєчник, що пояснюється топографічною близькістю апендикса, або відмінностями венозної архітектури правого й лівого яєчників.

Клініка. Апоплексія яєчника частіше вражає жінок репродуктивного віку з двохфазним менструальним циклом. Розрізняють три клінічні форми захворювання: анемічну, больову і змішану.

У клінічній картині анемічної форми переважають симптоми інтраперитонеальної кровотечі. Початок захворювання може бути пов'язаний з травмою, фізичним навантаженням, статевими зносинами, але може починатися без видимої причини. Гострі інтенсивні болі в животі з'являються в другій половині або в середині цикла. У третини

жінок нападу передують відчуття дискомфорту в черевній порожнині, який триває 1-2 тижні. Болі можуть локалізуватися над лоном, в правій або лівій здухвинних ділянках. Нерідко болі ірадіюють в задній прохід, зовнішні статеві органи, криж; може спостерігатися френікус-симптом.

Поряд із больовим нападом супутньо спостерігають слабкість, головокружіння, нудоту, інколи блювоту, холодний піт, запаморочення. При огляді звертають на себе увагу блідість шкіри та слизових, тахікардія при нормальній температурі тіла. В залежності від величини крововтрати знижується артеріальний тиск. Живіт залишається м'яким, може бути дещо надутим. Напруження м'язів черевної стінки відсутнє. Пальпація живота виявляє загальну болючість понизу його або в одній зі здухвинних ділянок. Симптоми подразнення очеревини виражені по-різному. Перкусія живота може виявляти в черевній порожнині наявність вільної рідини. Огляд в дзеркалах: нормального кольору або бліда слизова оболонка піхви й екзоцервікса, геморагічні виділення з цервікального каналу відсутні. При бімануальному дослідженні (досить болючому), визначають нормальних розмірів матку, інколи збільшений кулеподібний болючий яєчник. При значній кровотечі – нависання заднього і/або бокового склепіння піхви. У клінічному аналізі крові – картина анемії, біла кров змінюється різко.

Больова форма апоплексії спостерігається у випадках крововиливу в тканину фолікула або жовтого тіла без кровотечі або з невеликою кровотечею в черевну порожнину. Захворювання починається гостро з нападу болей понизу живота, які супроводжуються нудотою й блювотою на фоні нормальної температури тіла. Ознаки внутрішньої кровотечі відсутні: шкіра і слизові звичайного кольору, частота пульсу і величина АТ у межах норми. Язик вологий, без нашарувань. Живіт м'який, але може бути деяке напруження м'язів черевної стінки в здухвинних ділянках. Пальпація живота болюча в нижніх відділах, частіше справа, там же визначаються помірно виражені симптоми подразнення очеревини. Вільної рідини в черевній порожнині немає. Кров'яністі виділення зі статевих шляхів відсутні. При внутрішньому гінекологічному дослідженні визначають нормальних розмірів матку, зміщення якої викликає біль і дещо збільшений округлий болючий яєчник. Склепіння піхви залишаються високими. Патологічні виділення з піхви відсутні. Клінічний аналіз крові не виявляє значних відхилень від норми, інколи визначається помірний лейкоцитоз без вираженого зсуву нейтрофілів.

Діагностика. Діагноз апоплексії ставлять на підставі анамнезу, об'єктивного дослідження: перкусія та пальпація живота, вагінальне дослідження. Слід зазначити, що типових симптомів апоплексії яєчника немає.

Допоміжні методи дослідження: пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви, кульдоскопія, лапароскопія.

Диференціальну діагностику слід проводити з такими захворюваннями, як позаматкова вагітність, гострий апендицит, перекрут ніжки кісти яєчника, сальпінгоофорит та ін.

Анемічна форма апоплексії має велику схожість із клінікою порушеної позаматкової вагітності. Відсутність затримки менструацій та інших суб'єктивних та об'єктивних ознак вагітності схиляє важелі на користь апоплексії, але доведеність їх досить відносна. Допомагає диференційній діагностиці визначення хоріонічного гонадотропіну й лапароскопія, але їх проведення не обов'язкове, так як наявність внутрішньої кровотечі спонукає до екстреної лапаротомії, під час якої і встановлюється заключний діагноз.

Картина больової форми нагадує клініку гострого апендициту, який зустрічається частіше апоплексії яєчника, тому хвору можуть направити в хірургічний стаціонар. При апендициті відсутній зв'язок із фазами менструального циклу. Біль починається з епігастральної ділянки, потім мігрує в праву здухвинну. Нудота й блювота носять більш стійкий характер. Підвищується температура тіла. З'являється різка болючість в точці Мак-Бурнея й інші симптоми апендицита. Напруження м'язів передньої черевної стінки правої здухвинної ділянки значно виражене. Тут же визначаються чіткі симптоми подразнення очеревини. Внутрішнє гінекологічне дослідження не виявляє патології матки та додатків. Клінічний аналіз крові досить показовий: лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зсувом формули вліво. В сумнівних випадках можна провести пункцію черевної порожнини через заднє склепіння. При апоплексії отримують кров або серозно-геморагічну рідину.

Апендицит потребує безумовного хірургічного лікування, а при апоплексії – можлива консервативна терапія. В незрозумілих випадках діагноз може бути встановлений за допомогою лапароскопії, а при відсутності такої можливості раціональніше схилитися на користь апендицита і точний діагноз установити під час лапаротомії.

Невідкладна допомога. У випадках розвитку масивної внутрішньої кровотечі розпочинають боротьбу з проявами геморагічного шоку: пункція або катетеризація вени і струминна інфузія поліглюкіну, реополіглюкіну, желатиноля, альбуміна або 5% розчину глюкози і 0,9% розчину хлориду натрію. Усунення больового синдрому внутрішньовенним введенням анальгетиків (1-2 мл 1% розчину морфіна гідрохлориду, 1-2 мл 1-2% розчину промедолу, 2-4 мл 50% розчину анальгіну). При падінні артеріального тиску – глюкокортикоїди (гідрокортизон 1000-15000 мг, преднізолон 200-300 мг, дексаметазон 30-40 мг), дофамін 2 мкг/(кг хв). Зігріти хвору, термінова госпіталізація швидкою допомогою в гінекологічний стаціонар.

Кваліфікована та спеціалізована допомога. Метод лікування залежить від ступеня внутрішньочеревної кровотечі. Анемічна форма захворювання потребує хірургічного лікування. Якщо виник розрив жовтого тіла, то його слід захити гемостатичним Z – подібними швами, накладеними в межах здорової тканини яєчника. Висікати тканину жовтого тіла не слід, щоб запобігти перериванню вагітності.

Найбільш типовою операцією є резекція яєчника. Оваріоектомія виконується в тих випадках, коли вся тканина яєчника зруйнована і спостерігається імбібіція кров'ю. У тих випадках, коли кровотеча з яєчника ускладнює тривалу терапію антикоагулянтами після протезування серцевих клапанів, для надійного гемостаза вимушені проводити видалення додатків. Попередження кровотечі з жовтого тіла яєчника, що залишився у подібних жінок викликає труднощі, або рекомендоване в таких випадках пригнічення овуляції потребує призначення засобів із тромбогенними властивостями.

Больову форму апоплексії яєчника без клінічних ознак прогресуючої внутрішньої кровотечі можна лікувати консервативно. внутрішньом'язово. Консервативна терапія повинна проводитися в стаціонарі під цілодобовим спостереженням медичного персоналу.

Апоплексію яєчника у жінок, які страждають захворюваннями крові з дефектами гемостазу (аутоімунна тромбоцитопенія, хвороба Віллебранта і т.п.), потрібно намагатися лікувати консервативним шляхом. Після консультації у гематолога проводять специфічну терапію основного захворювання: кортикостероїди, імунодепресанти – при аутоімунній тромбоцитопенії, інфузія кріопреципітату або антигемофільної плазми – при хворобі Віллебранта, етамзілат (діцинон) – в обох випадках.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Лихачев В.К. Практическое акушерство и неотложные состояния. Москва, 2010г.
2. Макаров О.В., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. и др. Невынашивание беременности, инфекции, врожденный иммунитет.-М.: Геонтар-Медиа, 2007.-176с.
3. Основы репродуктивной медицины: Практическое руководство//Под ред. Проф.В.К. Чайки.—Донецк: ООО«Альматео»,2001, 111с.
4. Добровольська Л.М. Невиношування вагітності: клініка, діагностика, лікування. – Полтава, 2000. – 90 с.
5. Лихачев В.К. Практическая гинекология: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2007. – 664 с.
6. Наказ МОЗ України № 582 від 15. 12. 2003. Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2003. – 162 с.
7. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с.
8. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
9. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (передчасні пологи).
10. Жук С.И., Чечуга С.Б., Лобастова Т.В. Современные аспекты патогенеза , диагностики и лечения антифосфолипидного синдрома и других тромбофилических состояний при беременности // Здоровье женщины. – 2006. - №2. – С. 57-61.
11. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.

Методичну розробку практичного заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л.М.

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № __ від «__» _____ 20__ року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 20__ р.