

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

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

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЯ ЗА ФАХОМ
«ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА СІМЕЙНА МЕДИЦИНА»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	«Гострий живіт» в акушерстві і гінекології (код курсу 4.3.2.)
Курс	Піврічна спеціалізація
Спеціальність	Загальна практика – сімейна медицина

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 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 акушерській практиці причини виникнення “гострого живота” об’єднують в 3 групи. В першу групу входять внутрішньочеревні кровотечі, які обумовлені 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 черевної порожнини (кишкова непрохідність, апендицит).

II. Об’єм повторної інформації

1. Визначення основних симптомів «гострого» живота .
2. Оцінка результатів спеціального гінекологічного обстеження.
3. Розміри внутрішньочеревної кровотечі (ступень геморагічного шоку).
4. Ознаки вагітності.
5. Анатомію малого тазу.
6. Техніка гінекологічних операцій.

III. Об’єм нової інформації

1. Визначення термінів "Гострій живіт в акушерстві".
2. Причини, що обумовлюють «гострій живіт».
3. Фактори ризику внутрішньочеревної кровотечі.
4. Патогенез порушення живлення пухлин жіночих органів.
5. Класифікацію «гострого живота» в акушерстві.
6. Клініку, діагностику, лікування різних формах внутрішньочеревних кровотеч.
7. Лікарську тактику при «гострому животі».
8. Визначення терміну ""Гострій живіт в гінеології.".
9. Методи обстеження жінок з "Гострим животом ".
10. Тактику ведення жінок з "Гострій живіт».

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	25
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв’язування ситуаційних задач.	15
5.	Оцінка знань і навичок курсантів по темі заняття.	10
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Пологовий блок

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.

2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії пологів

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Діагностувати різні клінічні форми гострого живота		+	
2.	Складати план та тактику при встановленню діагнозу гострого живота.		+	
3.	Призначити та оцінювати результати клініко-лабораторного обстеження при встановленні діагнозу гострого живота.		+	
4.	Вміти вести вагітність, пологи та післяпологовий період у жінок, які перенесли оперативні втручання з приводу гострої хірургічної патології		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-курсанта

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Що являє собою поняття “гострий живіт”?
2. Групи яких захворювань являють собою причину “гострого живота”?
3. На підставі яких даних проводиться диференційна діагностика гострого пієліту вагітних та апендициту.
4. Які методи лікування “гострого живота” у вагітної?
5. Що таке “анатомічна”, а що – “хірургічна” ніжка пухлини яєчника?
6. У чому є особливість оперативного втручання при перекуті ніжки кісти яєчника у вагітної?
7. На підставі яких даних ставиться діагноз некрозу фіброматозного вузла?
8. Які оперативні втручання проводять при некрозі фіброматозного вузла у вагітної?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

- Діагностувати різні клінічні форми гострого живота .
- Складати план та тактику при встановленню діагнозу гострого живота.
- Призначати та оцінювати результати клініко-лабораторне обстеження при гострому животі.
- Діагностувати у вагітних гострі хірургічні захворювання.
- Знати особливості їх перебігу під час вагітності.
- Знати особливості перебігу вагітності і пологів при гострій хірургічній патології.
- Вміти вести вагітність, пологи та післяпологовий період у жінок, які перенесли оперативні втручання з приводу гострої хірургічної патології.

Тестові завдання

1. 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.

2. Жінчина 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.

3. 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 болюче. Який найбільш імовірний діагноз?

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

4. 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

5. Породілля 30 років на 4 день після операції кесарського розтину в зв'язку з передлежанням плаценти скаржиться 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

Ситуаційні задачі

1. 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?

2. 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?

3. 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.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Апендицит

При вагітності є сприятливі умови для виникнення гострого, загострення хронічного апендициту: зміщення сліпої кишки і апендикса вгору та вправо, збільшення рівня статевих і кортикостероїдних гормонів. В результаті виникають перегин апендикса, порушення його кровообігу, застій вмісту.

Клініка апендициту в 1 половині вагітності не відрізняється від класичної. В 2 половині вагітності характерна стерта клінічна картина гострого апендициту. Розрізняють:

- 1. Катаральний.
- 2. Флегмонозний.
- 3. Гангренозний.

Основні симптоми катарального апендициту: біль в епігастрії або по всьому животу, через 3-4 години, біль локалізується вище правої клубової ділянки; незначне напруження м'язів передньої черевної стінки; нудота іноді блювота, сухість в роті; підвищення температури тіла до 37,6-38С; ознаки Щоткіна-Блюмберга, Сітковського, Ровзінга, та ін., які виявляють подразнення очеревини (у вагітних вони виражені менше ніж у невагітних.).

По мірі розвитку запального процесу наростають симптоми подразнення очеревини, захисне напруження м'язів черевної стінки в правій клубовій ділянці, що свідчить про розвиток флегмонозно-гангренозного апендициту та локального перитоніту.

Важливою діагностичною ознакою є наростання нейтрофільного лейкоцитозу , тахікардія більше 100-110 уд/хв., що виявляє деструктивні процеси в апендиксі.

Якщо сліпа кишка з апендиксом розташовані позаду від вагітної матки то симптоми подразнення відсутні, з'являється позитивний псоас – симптом.

Лікування у всіх випадках оперативне. В 1 половині вагітності – типова апендектомія за методикою Волковича-Дьяконова.

При апендициті з деструктивними змінами та в 2 половині вагітності – нижньосередина лапаротомія, апендектомія, огляд прямокишкового простору і задньої поверхні матки, туалет черевної порожнини, введення дренажу.

При недоношеній вагітності – терапія направлена на її збереження, при доношеній вагітності – пологи вести через природні пологові шляхи з використанням окситоцина, простагландинів. Кесарський розтин – тільки при передлежанні плаценти та відшаруванні нормально розташованої плаценти, тоді роблять ще екстирпацію матки з трубами.

Після швидкого пологорозрішення через природні пологові шляхи показана апендектомія, дренажування черевної порожнини, антибактеріальна та інфузійна терапія. У жінок з апендектомією в анамнезі внаслідок злукового процесу при вагітності можуть виникнути болі внизу живота, що викликає скорочення матки і передчасне переривання вагітності. В таких випадках назначають загальне УФО, яке знімає больовий синдром, сприяє роз'єднанню злуків.

Кишкова непрохідність

Розрізняють: динамічну та механічну. Критичні періоди для розвитку гострої кишкової непрохідності: вихід матки з порожнини малого тазу (12-16 тижнів вагітності); опускання голівки плода в кінці вагітності; зменшення об'єму матки після пологів з швидкою зміною внутрішньочеревного тиску.

Клініка: гострий раптовий переймоподібний біль в животі, разом з нудотою, блювотою, затримкою газів та стільця, погіршенням загального стану. Лікування – негайне оперативне втручання. Питання збереження вагітності вирішується індивідуально.

Гострий холецистит

Гострий холецистит або загострення хронічного процесу частіше виникає у жінок з порушенням обміну речовин. Велику роль в розвитку захворювання грає інфекція. До розвитку холециститу можуть призвести різні причини: гіпокінезія жовчних шляхів, морфологічні зміни в структурі термінального відділу загального жовчного протоку, зниження імунологічних факторів, гіперкоагуляція крові та інші.

Найбільш частими ускладненнями гострого холециститу є механічна жовтяниця і холангіт.

Діагностика захворювання пов'язана з труднощами, зумовленими змінами анатомо-топографічних взаємовідносин під час вагітності і зміною реакції вагітних на запальний процес.

Захворювання проявляється болями в правому підребер'ї з ірадіацією в праву

лопатку, та плече. Іноді біль має тупий характер. Нудота і блювота не приносять полегшення хворій. Із анамнезу з'ясовують наявність холециститу, порушення дієти (жирні, гострі продукти). Загальний стан задовільний. При пальпації: болючість в ділянці жовчного міхура. Основні симптоми:

Симптом Ортнера: болючість при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі.

Симптом Мюсі: болючість при натисканні над дужкою в ділянці між ніжками грудинно-дужково-сосочкового м'язу.

Симптом Боаса: болючість при натисканні пальцем справа від VIII-X грудних хребців.

Симптом Кера: біль на вдосі при пальпації правого підребер'я.

При катаральному холециститі інтоксикація відсутня, температура субфібрильна, симптоми подразнення очеревини локальні (не завжди є), перистальтика активна. З боку матки може бути підвищення її тону, серцебиття плоду не порушено. Якщо запальний процес прогресує, то стан жінки погіршується. Наростає інтоксикація, з'являється трясівниця, температура підвищується до 38°C, симптоми подразнення очеревини наростають. Діагноз виставляють разом з хірургом. Лабораторне обстеження: загальний аналіз крові і сечі (уробелін, жовчні пігменти), біохімія крові (білірубін, холестерин, глюкоза, трансфераза, електроліти).

Наявність камінців в жовчних шляхах приводить до виникнення холангіту, механічної жовтухи. Загальний стан хворої ще більше погіршується, біль наростає. З боку матки можуть бути нерегулярні скорочення. Наростає жовтяничне забарвлення склер, посилюється трясівниця, температура носить гектичний характер, печінка і селезінка збільшуються в розмірах. Наростає гіпербілірубінемія до 50-200 мМоль/л, гіперхолестеринемія, підвищується активність ЛФ, ГГТП, 5-НУК. Може далі підвищуватись АТ. Для діагностики використовують також УЗД.

Тактика ведення: термінова операція показана:

- при гострому холециститі з явищами розливного перитоніту;
- при гострому холециститі з холангітом, важкою формою панкреатиту, механічною жовтяницею, деструктивними змінами стінок жовчного міхура;
- при прогресуючому запальному процесі, не дивлячись на лікування.

Консервативне лікування: голод 24-48 годин; в/в вводять 5-10% розчин глюкози – 500,0, з інсуліном, 150-200 мл 0,25% розчину новокаїну, розчин Рінгера, лактосоль, гемодез, реополіглюкін. Вводять спазмолітики (НО-ШПА, платифілін, баралгін, нітрогліцерін). Антигістаміни (тавегіл, дімедрол, піпольфен). Призначають антибіотики. При значних болях – знеболюючі препарати.

Якщо лікування неефективне, то оперують в перші 2-3 доби. При ефективному лікуванні оперують через 3-4 тижні (в холодному періоді).

Пологорозрішення краще проводити через природні пологові шляхи. Кесарський розтин – тільки по акушерським показам. У цих роділь частіше спостерігаються передчасні пологи, слабкість пологової діяльності, несвоєчасний вилив навколоплідних вод, гіпоксія плода, кровотечі, затримка розвитку плода.

Гострий панкреатит

Це важке поліетіологічне захворювання, яке характеризується запаленням і деструктивними змінами підшлункової залози. Під час вагітності протікає важко, смертність жінок складає 20-30%. Перинатальна смертність дітей складає – 38%. При вагітності іноді важко поставити діагноз. Хвороба починається гостро з значних болей у верхній половині живота, які носять опоясуючий характер. З'являється нудота, блювота, після якої легше не стає. Розвивається колапс. При огляді: іктеричність склер, слизових

оболонок, на шкірі —крововиливи, “синяки” (навколо пупка і на боковій поверхні живота). При пальпації – значна болючість в епігастрії, підребер’ях. Часто підвищується температура.

Лікування: призначають голод, спазмолітики (платіфілін 1,0 в/м, папаверин 2,0, но-шпа 2,0, баралгін 5,0 - 3-4 рази на добу). Інфузійну терапію починають з літичної сумші (атропін 1,0, промедол 2% - 1,0, дімедрол 1% - 1,0). В/в вводять 20-40 мл 0,5% новокаїну, глюкозу, розчин Рінгера, реополіглюкін, гемодез. Вводять інгібітори протеаз (трасілол, контрікал, гордокс). Призначають еуфілін 2,4% - 10,0 в/м, 2 рази на добу, вітаміни, кокарбоксілазу. Для профілактики гнійних ускладнень призначають антибіотики (ампіцилін, ампіокс, цефалоспорини). Показом до хірургічного лікування є гнійний панкреатит з диструкцією..

В гострій фазі захворювання переривають вагітність тільки по акушерським показам. При розвитку перитоніту і необхідності акушерської операції роблять спочатку кесарський розтин (при цьому частіше видаляють матку. При консервативному лікуванні і панкреатиту і терміні вагітності більше 36 тижнів проводять допологову підготовку і дострокове пологорозрішення природнім шляхом. При загрозі переривання вагітності зберігаючи терапію не проводять. Розвивається гіпоксія плода. В третьому триместрі вагітності він гине в 38% випадків).

Хронічний панкреатит

Клінічна картина схожа з гострим панкреатитом, але менше виражена. Загострення захворювання у вагітних буває дуже рідким. При тривалості ремісії хронічного панкреатиту, відсутності ускладнень вагітність можна виношувати. В 28% випадків вагітність ускладнюється раннім токсикозом, який може тривати до 17-20 тижнів. Хронічний панкреатит суттєво не впливає на перебіг другої половини вагітності і на пологи.

Захворювання кишківника

Вагітність змінює функцію кишківника, хоча в меншій ступені, ніж функцію інших органів. У вагітних посилюється всмоктування заліза, збільшується реабсорбція води, іонів натрію, з’являються закрепи.

Хвороба Крона – хронічне гранульоматозне запалення тонкого кишківника, частіше його термінального відділу. Але можуть вражатись і інші ділянки, навіть вторинно лімфовузли, печінка, шкіра, суглоби. Причина захворювання не відома. Має значення інфекція і імунологічна сенсibiliзація організму. Захворювання носить прогресуючий характер, загострення змінюється ремісіями.

Основні скарги на болі в животі і діарею. Переймоподібна біль з’являється після їжі. Частота стільця залежить від локалізації запалення: при регіонарному ентериті стілець 2-4 рази на добу, при гранульоматозному коліті – 3-10 разів на добу. Кал м’який, сформований, але може бути і рідким, містить багато слизу. Постійна діарея і відсутність апетиту приводять до значного похудіння.

Ускладнення: злуковий процес, перехід на сусідні органи, утворення фістул, перфорація кишківника, утворення перианальних і параректальних нориць і абсцесів. Може бути стеноз кишківника, кишкові кровотечі, непрохідність, пухлиноподібні конгломерати, гіпохромна анемія, набряк ніг і черевної стінки, асцит.

Діагноз поставити важко. Використовують ректороманоскопію.

Вагітність погіршує перебіг захворювання у 80% випадках. Рецидиви частіше виникають в першому триместрі вагітності, після абортів, пологів. Хвороба Крона часто призводить до невиношування вагітності, хронічної гіпоксії плода, мертвароджуванності. Вагітність у жінок з хворобою Крона допустима при наявності

стійкої ремісії. Загострення захворювання є показом для переривання вагітності.

Лікування: дієта, багата вітамінами, білками, з обмеженням клітковини і тваринного жиру. Призначають сульфаніламідний препарат – сульфасалазін по 1 г 3 рази на день, 3 тижні, а потім по 0,5 г 4 рази на день, 1-2 місяці. Він не впливає на плід. У важких випадках призначають преднізолон по 20-30 мг на день. Рекомендують антианемічну терапію, вітаміни.

При перфорації кишківника, кровотечах, непрохідності – термінове хірургічне втручання.

Неспецифічний виразковий коліт

Це хронічне некротизуюче запалення слизової оболонки прямої і товстої кишок неінфекційного походження.

Основні клінічні ознаки: діарея і болі в животі. Пронеси до 20 разів на добу, стілець рідкий, містить багато гною і крові. В період ремісії – сформований. Біль переймоподібний, після дефекації проходить. При важкій формі: анорексія, втрата ваги, лихоманка, анемія, дегідратація, гіпоальбумінемія, набряк ніг. В крові – нейтрофільний лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

Ускладнення: перфорація кишківника, геморої, випадіння прямої кишки, утворення нориць і абсцесів та інші.

Це захворювання не є протипоказом до вагітності. Під час вагітності рецидиви носять легкий характер, а після пологів може бути стійкий рецидив. Коліт, який виник після пологів, протікає дуже важко. Загострюється частіше в першому триместрі вагітності. На перебіг вагітності захворювання не впливає. Пологи ведуть в залежності від акушерської ситуації.

У вагітних з цим захворюванням часто виникають алергічні реакції, сверблячка.

Лікування: дієта збагачена білками, вітамінами.

«Гострий живіт в гінекології» 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 Яєчниковна 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. Ендометриоз.
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 проєкції 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 аборту. 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`ні
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 напад передуює 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, перекут 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. Допомогає 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 зашити 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 кріопреципиту або антигемофільної плазми – при хворобі Віллебранта, етамзілат (діцинон) – в обох випадках.

VIII. Основна література для опрацювання

1. *Абрамченко В.В., Костючек Ф.Д., Хаджиева Э.Д.* Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 459с.
2. Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія» № 297 від 02.04.2010.– К., 2010.– 315 с.
3. Наказ №582 МОЗ України від 15.12.2003 р. „Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги". 2003.
4. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
5. Ситков А. И. Бактериальный сепсис // *Medicus amicus*. – 2002. - №6; 2003. – №1.
6. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
7. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
8. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
9. Акушерство /Э.К. Айламазян и др./Под ред. Э.К. Айламазяна.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200с.
10. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.