

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
для лікарів-курсантів циклу тематичного удосконалення
«Невідкладні стани в акушерстві і гінекології»

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	««Гострий живіт» в гінекології(позаматкова вагітність, порушення живлення пухлин та гострі гнійні захворювання органів малого тазу)» (Код курсу 5.2)
Курс	Тематичне удосконалення
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство та гінекологія

Кількість навчальних годин – 2 години.

I. Науково-методичне обґрунтування теми

“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 – перекут ніжки пухлини яєчника та некроз фіброматозного вузла матки. В третю групу входять гострі гнійні запальні захворювання внутрішніх статевих органів.

Отже, дана проблема є загальномедична. Саме тому питаннями «гострого живота» повинні володіти лікарі всіх спеціальностей.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування вмінь курсант повинен знати:

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

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінок та виконанні лікарських маніпуляцій.

Посилити почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування гінекологічних хворих із ознаками «гострого живота» та психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

I V. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Формування компенсаторних механізмів організму при крововтраті та інтоксикації в	

	процесі еволюції.	
2. Фізіологія	Характеристика груп крові по системі АВО та резус-фактору, визначення понять «запальний процес», «гемологічний шок», «інтоксикаційний синдром»	Проводити гемотрансфузію, визначати прояви запального процесу, ознаки інтоксикаційного синдрому
<i>Наступні:</i>		
1. Гінекологічна ендокринологія	Механізми розвитку порушень менструальної функції у жінок, лікованих з приводу «гострого живота».	Давати оцінку причинам розвитку порушень менструальної функції у жінок, лікованих з приводу «гострого живота»..
2. Репродуктологія	Механізми порушення та поновлення репродуктивної функції у жінок, лікованих з приводу «гострого живота» .	Техніка гінекологічних операцій.

У. План та організаційна структура лекції

№ п/п	Основні елементи лекції та їхній зміст	Тип лекції. Засоби активізації слухачів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап Визначення актуальності теми Визначення навчальних цілей лекції Забезпечення позитивної мотивації	Навчально-методичне обґрунтування теми. Навчальні цілі лекції. Навчально-методичне обґрунтування теми.	5 хв.
2.	Основний етап Викладення лекційного матеріалу за планом: 1. Сутність «гострого живота». 2. Етіологія «гострого живота» 3. Характеристика «гострого живота». 4. Фактори ризику виникнення «гострого живота» 5. Діагностика «гострого живота» 6. Профілактика «гострого живота» 7. Лікування «гострого живота»	Тематична клінічна лекція з елементами проблемності. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2.	Заключний етап 1. Резюме лекції, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання	Перелік навчальної літератури	10 хв.

3.	Завдання для самопідготовки слухачів до наступної лекції.		
----	---	--	--

VI. Зміст лекційного матеріалу

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 таза 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 слідувачі 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, гипо- 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. Ендометриоз.
6. Довготривале використання внутрішньоматкових контрацептивів.
7. Допоміжні репродуктивні технології.

Діагностика.

Клінічні ознаки.

1. Ознаки вагітності :

- затримка менструацій;
- нагубання 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.

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 циклу. 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'янисті 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 уведенням 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.

VII. Матеріали активізації курсантів під час викладання лекції

Питання

1. Визначити фактори ризику та встановити діагноз позаматкової вагітності.
2. Провести диференційну діагностику між перерваною позаматковою вагітністю та гострим апендицитом.
3. Провести диференційну діагностику між перерваною позаматковою вагітністю та гострим аднекситом.
4. Здійснити пункцію черевної порожнини через заднє склепіння.
5. Виконати операцію тубектомія.
6. Провести реанімаційні заходи при позаматковій вагітності, ускладненій геморагічним шоком.
7. Установити діагноз апоплексії яєчника.
8. Визначити форму апоплексії яєчника та призначити відповідне лікування.
9. Діагностувати шийкову вагітність та розробити тактику лікування.
10. Причини виникнення гінекологічного перитоніту.
11. . Класифікація перитонітів у гінекології.
12. Діагностичні критерії клінічних проявів гінекологічного перитоніту.
13. Диференційна діагностика пельвіоперитоніту та поширеного перитоніту.
14. Методи лікування перитонітів у гінекології.
15. Покази до хірургічного лікування перитонітів.
16. Профілактика перитонітів у гінекології.

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Зібрати і оцінити анамнез хворої з проявами гінекологічного перитоніту.
2. Оцінити результати лабораторних досліджень при позаматковій вагітності.
3. Оцінити результати УЗД при позаматковій вагітності.
4. Оцінити результати УЗД при апоплексії яєчника.
5. Визначити тактику ведення хворої з проявами гінекологічного перитоніту.
6. Визначити тактику ведення хворої з апоплексією яєчника в залежності від клінічної форми патології.
7. Визначити методи контрацепції, які можливо запропонувати жінці, що лікувалась з приводу гінекологічного перитоніту.

Тестові завдання

1. У жінки 24 років скарги на гострий біль внизу живота. Остання менструація 2 місяця тому. Протягом тижня турбують мажучі кров'яністі виділення з піхви, болі внизу живота справа. Бліда, АТ- 90/60 мм рт.ст., PS- 100/хв. Симптоми подразнення очеревини - позитивні. Шийка матки ціанотична, нависання заднього склепіння піхви, бімануальне дослідження утруднене через різку болючість. Яке дослідження необхідно провести в першу чергу?
A * Пункція заднього склепіння піхви.
B УЗД органів малого тазу.
C Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки.
D Провести тест на вагітність.
E Діагностична лапароскопія.
2. Хвора 37 років зі скаргами на різкий біль внизу живота, слабкість, нудоту, блювання. При УЗД тиждень тому виявлена кіста правого яєчника. Об'єктивно: температура тіла 37,2°C, пульс 80/хв, АТ 90/60 мм рт.ст. Язик сухий. Живіт різко болісний у нижніх відділах. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Вправо й убік від матки визначається рухливе пухлинне утворення, різко болісне при пальпації. Діагноз: підкрут ніжки кісти правого яєчника. Першочергова дія?
A * Термінове хірургічне лікування
B Хірургічне лікування в плановому порядку
C Гормональна терапія
D Фізіотерапія
E Антибактеріальна терапія
3. Хвора 22 років звернулася зі скаргами на біль внизу живота, більше зліва, що віддає до попереку, підвищення температури тіла до 38,5°C, головний біль, спрагу, сухість у роті. Хвора займає специфічне положення (ліва нога зігнута в кульшовому суглобі). 5 днів тому було виконане видалення ВМС. При дослідженні: різко виражена болючість матки з відхиленням її вправо. Зліва від матки визначається щільний інфільтрат, лівий боковий звід сплющений. Ознаки подразнення очеревини відсутні. Який найбільш вірогідний діагноз?
A * Параметрит
B Пельвіоперитоніт
C Пельвіоцистит
D Парапроктит
E Пельвіоцелюліт
4. При вагінальному дослідженні у хворої виявлено: зовнішнє вічко замкнуте, матка злегка збільшена, розм'якшена. Справа в ділянці додатків визначається

м'якої консистенції, болюче утворення та болючість при рухах за шийку матки. Тест на вагітність позитивний. Діагноз?

- A** * Прогресуюча трубна вагітність справа
- B** Апоплексія яєчника
- C** Загострення запального процесу справа
- D** Перекрут кісти яєчника
- E** Трофобластична хвороба

5. В консультацію звернулася жінка зі скаргами на біль в нижній частині живота, яка виникла раптово на 17 день менструального циклу і супроводжувалась відчуттям тиску на пряму кишку. Температура тіла 36.9⁰С, пульс 89/хв., АТ-110/65 мм рт.ст. Вагінально: матка щільна, безболісна, рухома, нормальних розмірів. Додатки з лівої сторони помірнозбільшені, болючі. При пункції черевної порожнини через задне склепіння отримано 15 мл серозно-геморагічної рідини. Діагноз?

- A** * апоплексія яєчника
- B** Розрив кісти яєчника
- C** Гострий аппендицит
- D** Перекрут ніжки кісти яєчника
- E** Позаматкова вагітність

VIII. Матеріали для самопідготовки

А. По темі викладеної лекції: «Гострий живіт» в гінекології(позаматкова вагітність, порушення живлення пухлин та гострі гнійні захворювання органів малого тазу)»

1. Лихачов В.К. Практическая гинекологи:- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
2. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агенство, 2013.-840с.
3. *Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2005.– 632с.
4. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
5. *Абрамченко В.В., Костючек Ф.Д., Хаджиева Э.Д.* Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 459с.
6. *Гинекология: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
7. Наказ МОЗ України № 297 від 02.04.2010 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія».– К., 2010.– 315 с.
8. Наказ №582 МОЗ України від 15.12.2003 р. „Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги". 2003.
9. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
10. Ситков А. И. Бактериальный сепсис // Medicus amicus. – 2002. - №6; 2003. – №1.

Б. По темі наступної лекції «Геморагічний шок».

Питання

1. Визначення поняття «геморагічний шок».
2. Фактори ризику розвитку геморагічного шоку.
3. Патогенез геморагічного шоку.
4. Класифікацію геморагічного шоку.
5. Клініку геморагічного шоку різного ступеня.
6. Діагностику геморагічного шоку різного ступеня.
7. Основні принципи лікування геморагічного шоку.

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Ліхачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
3. Практическое акушерство с неотложными состояниями. Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва, 2010.
4. 9. Ліхачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
5. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
7. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі» (Геморагічний шок).
8. Наказ МОЗ України від 03.11.02008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»,наказу МОЗ від 31.12.2004 року, № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

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

5.01.2017 р.

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.