

«ГОСТРИЙ ЖИВІТ» В ГІНЕКОЛОГІЇ

Методичні вказівки

*для проведення практичного заняття здобувачів ЗВО
з дисципліни «Акушерство та гінекологія»*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

«ГОСТРИЙ ЖИВІТ» В ГІНЕКОЛОГІЇ

Методичні вказівки
для проведення практичного заняття здобувачів ЗВО
з дисципліни «Акушерство та гінекологія»

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 3 від 28.04.2022.

Харків
ХНМУ
2022

«Гострий живіт» в гінекології : метод. вказ. для проведення практичного заняття здобувачів ЗВО з дисципліни «Акушерство та гінекологія» / упоряд. В. В. Лазуренко, О. Б. Овчаренко, В. І. Черепова та ін. Харків : ХНМУ, 2021. 28 с.

Упорядники
В.В. Лазуренко
О.Б. Овчаренко
В. І. Черепова
О.М. Тіщенко
І.А. Лященко
Р.А. Сафонов

I. Кількість годин – 2.

II. Науково-методичне обґрунтування теми.

Поняття «гострий живіт» означає комплекс симптомів, що розвиваються при гострих захворюваннях та пошкодженнях органів черевної порожнини та заочеревинного простору. До клінічних характеристик «гострого живота» в гінекології відносять: гострі внутрішньочеревні кровотечі, порушення кровообігу у внутрішніх статевих органах та гострі запальні захворювання внутрішніх статевих органів з втягненням у процес очеревини. Ці стани в абсолютній більшості випадків становлять безпосередню загрозу для життя жінки та потребують негайного надання невідкладної допомоги. Саме тому вміння оцінювати важкість стану хворої, вірно встановити діагноз і провести диференційну діагностику з подальшим виконанням лікувально-діагностичних маніпуляцій є вкрай важливим.

III. Навчально-виховні цілі.

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Причини виникнення «гострого живота» в гінекологічній та хірургічній практиці.
2. Класифікацію «гострого живота» в гінекології.
3. Клінічну симптоматику «гострого живота» в гінекології.
4. Методи діагностики, які використовують для встановлення причин «гострого живота» в гінекології.
5. Диференційну діагностику «гострого живота» в гінекології.
6. Фактори ризику внутрішньочеревної кровотечі.
7. Тактику ведення жінок з «гострим животом» в гінекології.
8. Методи лікування «гострого живота» в гінекології.

У результаті проведення заняття студент повинен вміти:

1. Зібрати скарги, анамнез та оцінити стан хворої відповідно до даних об'єктивного обстеження.
2. Діагностувати різні клінічні форми «гострого живота».
3. Встановити попередній діагноз та обрати додаткові методи обстеження з метою встановлення клінічного діагнозу.
4. Провести диференційну діагностику з хірургічною патологією.
5. Призначити клініко-лабораторне обстеження при «гострому животі».
6. Оцінити результати клініко-лабораторного обстеження при встановленні діагнозу «гострий живіт».
7. Скласти та обґрунтувати план індивідуального лікування хворої.
8. Надати необхідну невідкладну допомогу при внутрішньочеревній кровотечі, при синдромі системної запальної відповіді.

IV. Базові знання.

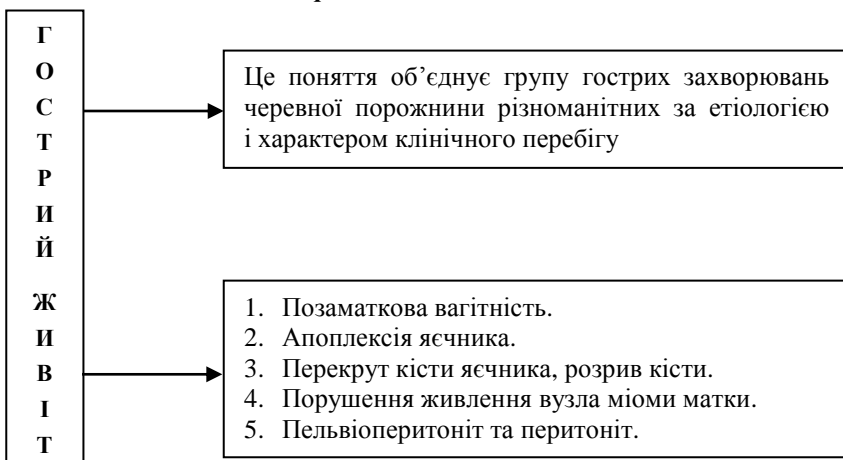
1. Анатомія та фізіологія жіночих статевих органів.
2. Анатомія передньої черевної стінки та черевної порожнини.

3. Збирання загального та спеціального акушерсько-гінекологічного анамнезу.
4. Оцінка результатів спеціального гінекологічного обстеження.
5. Ознаки вагітності.
6. Інтерпретація основних лабораторних показників.
7. Розміри внутрішньочеревної кровотечі (наявність та ступінь геморагічного шоку).

V. Графологічна структура теми.

Графологічна структура заняття на тему:

«Гострий живіт в гінекології»



VI. Зміст навчального матеріалу

«Гострий живіт» – це комплекс симптомів, що розвиваються при гострих захворюваннях і/або пошкодженнях органів черевної порожнини та заочеревинного простору; в абсолютній більшості випадків становить безпосередню загрозу для життя жінки та потребує негайного надання невідкладної допомоги, нерідко потребує оперативного втручання ще до встановлення остаточного діагнозу.

У гінекологічній практиці причини виникнення «гострого живота» найчастіше поділяють на такі клінічні прояви, як:

- гострі внутрішньочеревні кровотечі (порушена позаматкова вагітність, апоплексія яєчника);
- порушення кровообігу у внутрішніх статевих органах (перекрут ніжки пухлини й пухлиноподібних утворень яєчника, перекрут та/або некроз лейоматозного вузла);
- гострі запальні захворювання внутрішніх статевих органів з втягненням у процес очеревини.

«Гострий живіт» гінекологічного походження треба диференціювати з хірургічними захворюваннями: гострий апендицит, перфорація виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, гострий холецистит, гострий панкреатит, гостра кишкова непрохідність та ін.

«Несправжній гострий живіт» – стани та захворювання, що призводять до його розвитку, супроводжуються болем у животі різної інтенсивності, захисним напруженням м'язів живота під час спроби пальпації, можуть супроводжуватися змінами у стані хворої, але рідко характеризуються перитонеальними ознаками і не потребують хірургічного втручання. Причини: овуляторний синдром, захворювання придатків матки, фунікуліт, ниркова коліка, хвороба Крона, тромбоз клубових вен, гострий нетоксичний мегаколон.

«Гострий живіт», пов'язаний з кровотечею в червну порожнину

Позаматкова (ектопічна) вагітність

Позаматкова (ектопічна) вагітність (*graviditas extrauterinae*) – це стан, при якому запліднене плодове яйце імплантується і розвивається поза порожниною матки.

Класифікація:

- за локалізацією: трубна; яєчниковна; черевна; шийкова; в рудиментарному розі матки;
- за перебігом: прогресуюча; порушена (трубний аборт, розрив маткової труби); вагітність, що не розвивається.

Трубна вагітність (частота – 98–99 %); форми (залежно від місця прикріплення заплідненої яйцеклітини): 1) в ампулярному відділі маткової труби; 2) в перешийковому (істмічному); 3) в інтерстиціальному (інтрамуральному).

Яєчникова вагітність (частота – 0,1–0,7 %); форми: 1) епіоваріальна (екстрафолікулярна) вагітність, що розвивається на поверхні яєчника; 2) інтрафолікулярна (вагітність, що розвивається всередині фолікула).

Черевна вагітність (частота – 0,3–3,4 %); форми: 1) первинна – імплантація відбувається одразу на пристінковій (парієтальній) очеревині, сальнику чи будь-яких органах черевної порожнини; 2) вторинна – плодове яйце прикріплюється в черевній порожнині після екскурсії його з маткової труби внаслідок трубного мимовільного аборту.

Вагітність в рудиментарному розі матки (частота – 0,1–1,9 %); анатомічно її можна віднести до маткової, однак через відсутність зв'язку рудиментарного рогу з піхвою клінічно така вагітність протікає як позаматкова.

Шийкова вагітність (частота – 0,3–3,4 %); форми: 1) справжня шийкова – плідне яйце імплантується і розвивається тільки в шийковому каналі; 2) перешийко-шийкова – місцем прикріплення плідного яйця служить шийка і ділянка перешийка.

Етіологія і патогенез

Плідне яйце імплантується поза порожниною матки внаслідок порушення транспорту заплідненої яйцеклітини або у зв'язку зі зміною його властивостей. У звичайних умовах запліднення яйцеклітини відбувається в ампулярному відділі маткової труби, після чого запліднена яйцеклітина просувається по ній до матки за рахунок перистальтичних рухів труби і мерехтіння миготливого епітелію ендосальпінкса.

Фактори ризику виникнення позаматкової вагітності: запальні захворювання матки та придатків матки в анамнезі; рубцово-спайкові зміни органів малого тазу внаслідок перенесених раніше операцій на внутрішніх статевих органах (пельвіоперитоніту, абортів); порушення гормональної функції яєчників; генітальний інфантилізм; ендометріоз; тривале використання внутрішньоматкових контрацептивів.

Найбільш поширеними інфекціями, які зумовлюють значний спайковий процес в органах малого тазу, є гонорея, хламідіоз, туберкульоз, проте до виникнення перитубарних спайок може призвести будь-яка неспецифічна інфекція внаслідок абортів, внутрішньоматкових діагностичних і лікувальних втручань, застосування ВМК, перенесеного апендициту.

Слизова оболонка маткової труби реагує на запалення набряком, проліферацією сполучної тканини, що спричиняє порушення функції миготливого епітелію і значне звуження її просвіту; в результаті порушується анатомічне розташування маткової труби, її іннервація і здатність реагувати на вплив естрогенів і прогестерону, перераховані фактори призводять до порушення рухової активності маткової труби, що врешті-решт впливає на формування позаматкової вагітності.

Крім порушення структури і функції маткових труб внаслідок запалення, в розвитку значного спайкового процесу важливу роль відіграє ендометріоз, що також може призводити до виникнення позаматкової вагітності. Однією з причин позаматкової вагітності є порушення функції яєчників, як наслідок гіпоталамо-гіпофізарної дисфункції, тому що перистальтика маткових труб та анатомо-функціональна спроможність сфінктера, розташованого в інтерстиціальному відділі труби, залежать від впливу естрогенів і прогестерону; з урахуванням цього можна пояснити досить високу частоту позаматкової вагітності серед жінок з генітальним інфантилізмом; в такій ситуації у зв'язку з гіпофункцією яєчників виникають анатомо-фізіологічні зміни в маткових трубах (довгі, покручені, зі слабкою перистальтикою), що призводить до імплантації заплідненої яйцеклітини в матковій трубі.

Певну роль в етіології ектопічної вагітності відіграють пухлини матки і придатків, що призводить до стиснення просвіту труби і порушення транспорту плідного яйця.

Одним з етіологічних факторів настання позаматкової вагітності є порушення протеолітичної активності трофобласта плідного яйця; при зниженій активності трофобласта або в разі уповільненого його утворення плідне яйце імплантується в шийці матки, тобто виникає шийкова вагітність.

Причиною вагітності в рудиментарному розі матки або матковій трубці може виступати міграція заплідненої яйцеклітини з однієї маткової труби в іншу.

Клінічна картина прогресуючої позаматкової вагітності

При прогресуючій позаматковій вагітності спостерігаються звичайні ознаки вагітності ранніх термінів (як суб'єктивні, так і об'єктивні). Шийка матки щільна, а в ділянці перешийку – розм'якшена, хоча і не в такій мірі, як при матковій вагітності. Матка розм'якшена, поступово збільшується, але розміри не відповідають необхідним для даного терміну вагітності. Форма її залишається грушоподібною, не відмічається асиметричного випинання одного з кутів, як це буває при матковій вагітності.

Поза маткою або дещо збоку вдається пропальпувати потовщену нещільну вагітну трубку. Консистенція придатків більш щільна, різко виражений больовий синдром. При виникненні труднощів у визначенні правильного діагнозу (запалення придатків чи прогресуюча трубна вагітність) жінці призначають повне обстеження, нагляд упродовж 1–2 днів. Нормальна температурна реакція, стабільна кількість лейкоцитів у динаміці та відсутність об'єктивних симптомів запалення свідчить на користь позаматкової вагітності.

У постановці діагнозу важливе значення мають позитивні тести на вагітність, ультразвукова діагностика, діагностична лапароскопія.

Діагностика. Тести діагностики вагітності засновані на виявленні хоріонічного гонадотропіну (ХГ) в сироватці крові та сечі жінки. Високу специфічність має радіоімунологічний метод кількісного визначення β -ХГ в сироватці крові, який не відповідає кількості поступового збільшення, що притаманне матковій вагітності.

При УЗД виявляється дещо збільшена матка з лінійними або окремими ехоструктурами в порожнині, виникнення яких зумовлено гіперплазією ендометрію і розвитком децидуальної тканини. Плідне яйце в порожнині матки відсутнє. Воно виявляється в ділянці придатків матки у вигляді округлого утворення і розміри його відповідають терміну вагітності.

Високі діагностичні можливості має лапароскопія, але у зв'язку з інвазивністю її використання обмежене і проводиться переважно як заключний етап обстеження у складних діагностичних ситуаціях.

Для діагностики часто використовують пункцію черевної порожнини, яку виконують через заднє склепіння піхви, отримують кров, яка не згортається. Отримання такого пунктату підтверджує наявність внутрішньочеревної кровотечі. Але якщо крові у пунктаті немає, то це не виключає

трубну вагітність, оскільки кров може не досягти прямокишечно-маткового заглиблення із-за спайок або вагітність ще є прогресуючою.

Розрив маткової труби та трубний аборт

Характерні симптоми позаматкової вагітності виявляються, коли настає трубний аборт або розрив труби. При трубному аборті плідне яйце розтягує маткову трубу, що призводить до її локального збільшення, стоншення та пошкодження ендосальпінксу. Ворсинами хоріона руйнують кровоносні судини та виникає відшарування зародка, антиперистальтичні скорочення міосальпінксу виганяють плідне яйце з труби в черевну порожнину, що супроводжується крововиливом в черевну порожнину. Розрив маткової труби здійснюється внаслідок проростання її слизової, м'язової та серозної оболонок ворсинами хоріона. Внутрішньочеревна кровотеча відбувається із пошкоджених судин труби. Якщо локалізація плідного яйця в істмічному або ампулярному відділі труби, то перфорація стінки труби виникає на 4–6-му тижні вагітності, якщо в інтрамуральному – то вагітність може продовжуватись до 10–12 тиж завдяки потужній м'язовій оболонці та рясному кровопостачанню цього відділу.

Клінічна картина

Порушення позаматкової вагітності за типом розриву труби характеризується раптовим, гострим початком. У жінки виникає напад болю внизу живота, що супроводжується непритомністю. Біль іррадіює у задній прохід, плече, надключичну ділянку (френікус-симптом). У зв'язку з наростаючою кровотечею з'являється блідість шкіри і видимих слизових оболонок, прискорюється пульс, знижується артеріальний тиск, тобто виявляються ознаки геморагічного шоку. Дихання прискорюється, у важких випадках виникає блювання, шкіра укривається потом, температура тіла знижується. Живіт здутий, болочий при пальпації, позитивні симптоми подразнення очеревини. При перкусії живота визначається притуплення в ділянці скупчення крові, яка вилилась. При перекладанні хворої на бік зони приглушення перкуторного звуку змінюються у зв'язку з тим, що кров, яка вилилась, стікає до того боку, на якому лежить хвора.

Проведення внутрішнього гінекологічного обстеження значно ускладнюється через різку болочістю черевної порожнини. При огляді за допомогою дзеркал можна виявити ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки. Кров'яні виділення з цервікального каналу мізерні, незначні. Їх поява пов'язана з відшаруванням децидуальної оболонки матки. Обережне бімануальне дослідження виявляє сплющення або випинання заднього склепіння піхви. Матка легко зсувається. Складається враження, що матка та збільшені однієї зі сторін придатки матки ніби «плавають» у вільній рідині. Відмічається різна болочість при зміщенні шийки матки і різка болочість заднього склепіння піхви («крик Дугласа»).

Діагностика. При проведенні тесту на вагітність та виявлення позитивного результату з подальшим ультразвуковим дослідженням і виявленні аморфних ехо-компонентів в позаматковому просторі та відсутності плідного яйця в порожнині матки необхідно провести пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви для підтвердження діагнозу.

Диференційну діагностику слід проводити з апоплексією яєчника, гострим запаленням придатків матки, матковим абортom ранніх термінів, пельвіоперитонітом при некрозах фіброматозних вузлів матки та перекутом ніжки пухлини яєчника.

Інші види позаматковій вагітності

Яєчникова, черевна ектопічна вагітність та вагітність у рудиментарному розі матки бувають рідко.

Яєчникова вагітність. Плідне яйце може імплантуватись на поверхні яєчника або розвиватися всередині фолікула. Ця вагітність переривається на ранніх термінах, схожа на картину трубної.

Черевна вагітність буває як первинна, так і вторинна. Плідне яйце може прикріплюватися до різних органів черевної порожнини. Вона закінчується розривом капсули плодовмістища на ранніх термінах, масивною кровотечею, перитоніальним шоком, втратою свідомості. При вагінальному дослідженні пальпується невелика матка, частини плода визначаються під черевною стінкою.

Клінічними проявами шийкової та перешийково-шийкової вагітності є кровотеча із піхви на тлі затримки менструації при відсутності больового синдрому. При гінекологічному огляді звертає на себе увагу ексцентричне розташування зовнішнього вічка та розширення судин шийки матки. Бімануальне дослідження виявляє м'яку «діджкоподібну» збільшену шийку і невеликих розмірів щільну матку. Після проведення дослідження кровотеча посилюється. Вагітність у рудиментарному розі матки, який має недостатньо розвинутий м'язовий шар і неповноцінну слизову оболонку, переривається в 8–16 тиж, виникає інтенсивна кровотрата з розвитком внутрішніх перитонеальних симптомів.

Лікування

Лікування хворих з ектопічною вагітністю хірургічне. Характер операції залежить від локалізації плідного яйця, ступеня кровотрати, загального стану жінки та вираженості патологічних змін в ураженій і протилежній трубі, від віку хворої та бажання надалі мати дітей.

Лапароскопія. Лапароскопічну сальпінготомію слід розглядати як первинне оперативне втручання при лікуванні трубної вагітності за наявності патологічних змін у другій матковій трубі і бажання збереження фертильності. Сальпінготомія – виділення плідного яйця через розріз у трубі з наступним ушиванням маткової труби (з метою збереження маткової труби).

Проводиться у ранні терміни прогресуючої вагітності або з невеликим пошкодженням труби (трубним абортom) при помірній крововтраті.

Лапаротомія з тубектомією. Виконують при наявності у хворої великої кровотечі, значних патологічних змін маткової труби, що обумовлені порушеною вагітністю або запальними процесами. При тубектомії накладають затискачі на мезосальпінкс і матковий кут труби. Після зупинки кровотечі трубу видаляють, культю перитонізують. При масивній крововтраті проводять реінфузію аутокрові, яка знаходиться в черевній порожнині.

Медикаментозне лікування трубної вагітності. Медикаментозне лікування позаматкової вагітності із застосуванням метотрексату. Ця терапія є найефективнішою в пацієнок, в яких концентрація ХГЛ у сироватці менше 3000 МО/л, а клінічні симптоми мінімальні. Метотрексат – антагоніст фолієвої кислоти, порушує та блокує синтез ДНК. Препарат вводиться в невеликих дозах, які не спричиняють тяжких побічних дій, по 1 мг/кг на добу в/м через 2 доби, частіше використовують поєднання сальпінготомії, з енуклеацією плідного яйця, з наступним локальним введенням метотрексату.

При лікуванні яєчникової вагітності малого терміну проводять резекцію яєчника або оваріоектомію (виділення яєчника).

При вагітності, що розвивається в придатковому розі матки, видаляють рудиментарний ріг з прилеглою матковою трубою.

Лікування черевної вагітності має великі труднощі через можливу масивну крововтрату. Може потребувати видалення разом з плодовмістичем і навколишніх тканин (парієтальної очеревини, резекція кишечника, сальника).

При профузній кровотечі з причини шийкової вагітності показано проведення екстирпації матки, без додатків.

Апоплексія яєчника

Апоплексія яєчника обумовлена раптовим крововиливом у яєчник, що супроводжується порушенням його цілісності і кровотечею в черевну порожнину. За клінічним перебігом виділяють три форми апоплексії яєчників: анемічну; больову; змішану.

Етіологія та патогенез

До факторів, які обумовлюють схильність до патології, відносять запальні процеси органів малого таза, склеротичні зміни в тканинах яєчників і судин, варикозне розширення вен яєчників, застійні процеси в малому тазі, фізичні навантаження в середині менструального циклу.

Значне збільшення рівня гонадотропних гормонів гіпофіза під час овуляції і перед менструацією призводить до апоплексії. Найчастіше джерелом кровотечі може бути жовте тіло або його кіста. Передменструальна гіперемія яєчника, значна васкуляризація ламких тканин жовтого тіла обумовлюють виникнення гематоми яєчника, при розриві якої виникає

внутрішньочеревна кровотеча. Розрив жовтого тіла може відбуватись як при матковій, так і при позаматковій вагітності

Клініка і діагностика

Алгоритм діагностики:

1. Анамнез (життя та гінекологічний).
2. Об'єктивні дані.
3. Загальний аналіз крові.
4. УЗД органів малого таза.
5. Визначення хоріонічного гонадотропіну (для виключення позаматкової вагітності).
6. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння.
7. Лапароскопія.

При анемічній формі на перший план виходять симптоми внутрішньочеревної кровотечі. У середині менструального циклу або в другій його половині частіше після фізичного напруження, травми, статевого акту, а іноді без суттєвої причини виникає гострий біль у животі. Біль локалізується над лоном або у здухвинних ділянках та іррадіює в задній прохід, крижі, зовнішні статеві органи. При значній крововтраті спостерігається френікус-симптом.

Під час загального огляду відмічається блідість шкіри, тахікардія, зниження артеріального тиску. При пальпації живіт болісний, особливо в нижніх відділах. Визначаються симптоми подразнення очеревини. При гінекологічному дослідженні відмічається блідість слизової оболонки піхви, матка звичайних розмірів, один з яєчників збільшених розмірів, болючий. При дослідженні крові відмічається анемія. Взагалі клініка анемічної форми апоплексії яєчника нагадує клініку позаматкової вагітності, що порушена за типом трубного аборту. На користь апоплексії яєчника свідчить відсутність затримки менструації та ознак вагітності.

При больовій формі апоплексії яєчника відбуваються крововиливи в тканину яєчника (у фолікул або в жовте тіло) з незначною кровотечею в черевну порожнину або без неї.

Головним симптомом больової форми є напад різкого болю, який супроводжується нудотою та блювання. Шкіра хворої звичайного кольору, артеріальний тиск та пульс практично не змінюються. Живіт м'який, болючий під час пальпації в нижніх відділах, де відмічаються виражені симптоми подразнення очеревини. Дані внутрішнього гінекологічного дослідження аналогічні даним при анемічній формі, за винятком відсутності нависання склепінь піхви. Клінічний аналіз крові без суттєвих відхилень від норми.

У сумнівних випадках проводять пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви (при апоплексії яєчників пунктат являє собою кров, яка не згортається, або серозно-кров'яну рідину).

Змішана форма апоплексії яєчника – це поєднання двох описаних клінічних варіантів.

Лікування. Тактика ведення хворої залежить від форми апоплексії та вираженості крововтрати.

Лапаротомія. При анемічній формі показано оперативне втручання. Проводять клиноподібну резекцію яєчника в межах здорових тканин або зшивання розриву Z-подібним гемостатичним швом.

Лапароскопія. При цьому лікуванні проводять коагуляцію частини яєчника, яка кровоточить, та санацію черевної порожнини через лапароскоп.

Консервативне ведення можливе при больовій формі апоплексії яєчника без ознак внутрішньочеревної кровотечі. Призначається абдомінальна гіпотермія та гемостатичні препарати: вікасол – 1 % розчин 1мл 1–2 рази на добу, внутрішньом'язово; дицинон 2 мл (250 мг) або 12,5 % розчин етамзилату 2 мл 2 рази на добу, внутрішньовенно або внутрішньом'язово; транексамова кислота в/в з розрахунку 10 мг/кг 2–3 рази/добу. По закінченню наступної менструації рекомендується призначення комбінованих естроген-гестогенних контрацептивів.

Перекрут ніжки пухлини яєчника

Перекрут ніжки пухлини яєчника – небезпечна патологія, котра супроводжується порушенням кровопостачання пухлини яєчника та швидким розвитком у ній морфологічних змін. Відрізняють анатомічну і хірургічну ніжки пухлини. Анатомічною ніжкою пухлини називають утворення, що фіксують яєчник у малому тазі: зв'язка, яка підвішує яєчник, власна зв'язка яєчника, мезоварій. Під хірургічною ніжкою пухлини розуміють ті утворення, які перетинаються під час видалення пухлини. У хірургічну ніжку входять всі структури анатомічної ніжки, а також маткова труба.

Перекрут ніжки пухлини яєчника становить до 20 % всіх причин «гострого живота» в гінекології. Частіше він має місце при рухомих пухлинах придатків матки.

Етіологія і патогенез.

Перекрут ніжки пухлини яєчника виникає внаслідок значного фізичного напруження, різкої зміни положення тіла, посилення перистальтики кишечника, перепоєнення сечового міхура.

Перекрут буває гострим або поступовим, повним чи частковим. Під час перекруту виникає венозний застій і пухлина збільшується у розмірах; можливі крововиливи в її порожнину та розрив з кровотечею в черевну порожнину. У разі порушення припливу артеріальної крові можливий некроз пухлини.

Клінічна картина.

Виразність клініки визначається ступенем перекруту пухлини та швидкістю його здійснення і не залежить від характеру пухлинного процесу.

Характерний різкий біль, який починається після фізичного навантаження та супроводжується нудотою і блюванням. Потім підвищується температура тіла та з'являється лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво.

При частковому перекуті симптоми невиразні. При повному перекуті у хворої відмічається блідість шкіри та слизових оболонок, холодний піт. Пульс частий, температура тіла підвищена, язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт напружений і болючий в нижніх відділах, де спостерігаються позитивні симптоми подразнення очеревини. Під час бімануального обстеження знаходять болючу пухлину в ділянці придатків матки. Через 2 год після припинення кровопостачання в пухлині яєчників починаються некротичні процеси, що призводять до загибелі нервових клітин і припинення болю. Стан хворої суб'єктивно покращується – «уявне благополуччя», та не слід забувати, що вже через 4–6 год можливий розвиток розлитого перитоніту.

Діагностика. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви малоінформативна. Ультразвукова діагностика суттєво допомагає в постановці діагнозу.

Лікування

При лікуванні хворих з даною патологією застосовують тільки *хірургічне втручання*. Зволікання з операцією призводить до некрозу пухлини, приєднання вторинної інфекції, зрощення пухлини із сусідніми органами, розвитку перитоніту. Хворі з перекутом ніжки пухлини яєчника потребують негайного оперативного лікування, проводиться лапаротомія/лапароскопія з аднексектомією.

Видалення пухлини яєчника при перекручуванні її ніжки потрібно проводити дуже обережно, оскільки в результаті перекуту ніжки та здавлювання судин відбувається набряк та некроз пухлини, особливо її капсули, що легко може призвести до її розриву. Розкручувати ніжку пухлини яєчника до накладання на неї лігатури небезпечно, тому що в судинах перекрученої ніжки можуть бути тромби. А під час розкручування відрив тромбу або його частини і потрапляння їх у кровотік може спричинити емболію гілок легеневої артерії. Отже, не розкручуючи ніжку, накладають лігатуру нижче місця перекуту, накладають затискачі і відсікають – проводять аднексектомію.

Порушення живлення міоматозних вузлів матки

Міома матки являє собою дисгормональну естрогензалежну пухлину з порушеннями в системі гіпоталамус–гіпофіз–кора надниркових залоз–яєчник, яка внаслідок слабого кровозабезпечення може некротизуватись. Порушення кровообігу в міоматозних вузлах частіше обумовлено механічними факторами – перекутом ніжки субсерозно розташованої пухлини, здавлювання пухлини, порушення гемодинаміки в матці (особливо під час вагітності).

Етіологія і патогенез

Фіброміома – новоутворення, в якому одночасно присутні клітини міометрія і клітини сполучної тканини, але кількість останніх переважає. Некроз фіброматозного вузла буває сухий та вологий. Сухий некроз характеризується поступовим зморщуванням частин некротизованої тканини з утворенням печероподібних порожнин. У разі вологого некрозу, внаслідок розм'якшення некротизованих тканин, утворюються кістоподібні порожнини. Під час вагітності або в післяродовому періоді частіше відмічається червоний некроз, пов'язаний із вираженим венозним застоєм та тромбозом вен. Асептичний некроз відбувається, якщо виникає інфікування гематогенним або лімфогенним шляхом, утворюючи можливість виникнення розлитого перитоніту або сепсису.

Клінічна картина

Клінічні прояви порушення живлення фіброматозного вузла залежать від ступеня порушення кровообігу в пухлині.

При невираженій ішемії вузла хворі скаржаться на постійний локальний біль над лоном без іррадіації і змін загального стану. Температура і частота пульсу нормальні. Живіт м'який, бере участь у диханні, симптоми подразнення очеревини відсутні. Показники крові без змін.

При гінекологічному огляді визначається щільна, збільшена, чутлива до пальпації матка з вузлами. Рухи за шийку матки безболісні. Склепіння піхви глибокі.

При некрозі вузла виникає гострий біль у животі. Під час пальпації живіт болючий, напружений, з'являються симптоми подразнення очеревини. На тлі підвищення температури тіла в клінічному аналізі крові відмічають підвищення кількості лейкоцитів і зсув лейкоцитарної формули вліво, що потребує динамічного нагляду та лабораторного контролю.

Бімануальне дослідження визначає щільну збільшену матку з міоматозними вузлами, один з яких різко болючий. При УЗД у міоматозних вузлах виявляються осередки розм'якшення, що свідчить про некротичні процеси в них.

Лікування

Некроз міоматозного вузла потребує термінового хірургічного втручання. Проводять надпихову ампутацію або екстирпацію матки. Вважається доцільним видалення матки з трубами, які можуть бути наступним джерелом інфікування. Міомектомія проводиться тільки при субсерозній локалізації вузла.

Консервативна міомектомія проводиться при незначній ішемізації вузла у молодих жінок, що не мають дітей. Призначають спазмолітики та препарати, які покращують реологічні властивості крові. При відсутності ефекту від консервативної терапії та погіршенні показників крові показано хірургічне лікування.

«Гострий живіт» при гнійних запальних захворюваннях жіночих статевих органів

Серед запальних захворювань жіночих статевих органів, симптоми «гострого живота» частіше виникають внаслідок гнійного запалення придатків матки.

Етіологія і патогенез

Формування гнійника в придатках може виникати під час первинного запального процесу. Цьому сприяють особливості мікрофлори, збудник запального процесу, супутня генітальна та екстрагенітальна патологія, наявність в порожнині матки ВМК, неповноцінне лікування. Але частіше гнійні ускладнення виникають внаслідок тривалого рецидивуючого сальпінгоофориту.

Збудниками сальпінгоофориту можуть бути аероби: гонококи, стафілококи, протей, кишкова паличка, ентерококи; анаероби: пневмо-, стрептококи, бактероїди; хламідії, мікоплазми, уреоплазми. Основний шлях інфікування – висхідний (статевий).

Спочатку розвивається ендосальпінгіт, потім процес поширюється на підслизовий, м'язовий та серозний шари. У просвіті труби накопичується серозний ексудат. У разі адгезії кінцевих відділів виникає гідросальпінкс, при нагноєнні вмісту труби – піосальпінкс.

Яечник втягується в запальний процес, як правило, вторинно. Після овуляції в жовтому тілі може сформуватись абсцес, при повному розплавленні тканини яєчника виникає піовар. Внаслідок деструкції тканин піовар поєднується з піосальпінксом і утворюється тубоваріальний абсцес.

Клініка і діагностика

При наявності гнійного запального процесу в придатках (піосальпінкс, піовар, тубоваріальний абсцес) стан жінок буває тяжким або середньої тяжкості. Виражені ознаки інтоксикації: шкіра бліда із сіруватим або ціанотичним відтінком, температура тіла досягає 38 °С і вище, пульс частий, дещо знижений артеріальний тиск. У крові відмічається загальний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ. Язик на початку захворювання вологий, при перфорації гнійника сухий, обкладений. Живіт помірно здутий, болісний у нижніх відділах. При перфорації гнійного утворення визначається напруження м'язів передньої черевної стінки, з'являються симптоми подразнення очеревини. У черевній порожнині знаходять утворення, яке виходить із малого таза. Пальпаторний рівень цього утворення вищий за перкуторний за рахунок відокремлення тубоваріального абсцесу від всієї черевної порожнини підпаяним сальником та кишечником.

При гінекологічному огляді знаходять гнійні виділення з піхви. Бімануальне дослідження виявляє дещо збільшену, болючу при переміщенні матку. Придатки матки різко болісні, ретортоподібні або без чітких контурів, внаслідок злипання з навколишніми тканинами. Інколи матка з придатками утворюють єдиний нерухомий, без чітких контурів конгломерат.

У випадках, коли має місце перфорація гнійного осередку, склепіння піхви болісні, сплюснені.

З діагностичною метою проводять пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви. Наявність при цьому гною підтверджує наявність перфоративного піосальпінксу чи піовару і є показанням для хірургічного лікування.

Додатковими методами дослідження, які використовуються для діагностики гнійних запальних захворювань придатків матки, є УЗД і лапароскопія. Обов'язково проводиться ідентифікація мікробного фактора, який спричинив гострий запальний процес, і визначення чутливості до антибіотиків. Бактеріологічно вивчаються виділення із піхви, цервікального каналу, уретри, пунктат із черевної порожнини, а в разі оперативного втручання – вміст гнійного осередку.

Лікування проводиться в стаціонарних умовах. При встановленні діагнозу піосальпінксу чи, особливо, піовару необхідне оперативне втручання, яке передбачає видалення маткової труби, яєчника або придатків матки та дренування черевної порожнини з двох або трьох ділянок (здухвинні області, кольпотомна рана).

Перитоніт

Перитоніт – це гостре запалення очеревини, особлива форма реакції організму на конфлікт очеревини з агресивним початком і виникає як наслідок змінення реактивності організму попереднім захворюванням.

Причини виникнення перитонітів:

- розрив чи розплавлення стінки гнійного тубооваріального утворення;
- некроз міоматозного вузла;
- розкриття абсцесу тазової клітковини;
- перфорація матки;
- операції на органах малого таза.

У розвитку перитонітів велике значення має анатомія та фізіологія очеревини:

- велика поверхня очеревини – більше 20 000 см²;
- рецепторне поле містить велику кількість нервових волокон, які формують 3 сплетення;
- велика кількість лімфатичних капілярів, проток, люків (у діафрагмі, у широких зв'язках матки, у ретровагінальному просторі), через які з черевної порожнини всмоктується рідина та токсичні продукти;
- широка кровоносна мережа, через яку відбувається трансфузія компонентів плазми крові в черевну порожнину.

Механізм розвитку перитоніту виглядає наступним чином: в черевну порожнину проникає патогенна мікрофлора, яка провокує рефлекторне подразнення очеревини, її гіперемію, підвищення проникності кровоносних

судин. Рано розвивається дискоординація діяльності вегетативної нервової системи та порушення нейрогуморальної рівноваги, що супроводжується підвищенням активності симпатико-адреналової системи та пригніченням холінергічних систем, настає ослаблення моторики кишечника, порушуються обмінні процеси, наростає блювання, збільшуються втрати рідини та електролітів, розвивається паралітична кишкова непрохідність, починають виділятися токсичні речовини (серотонін, гістамін, кініні).

Класифікація перитоніту

I. За поширеністю:

- 1) місцевий;
- 2) поширений.

II. За характером ексудату:

- серозний;
- серозно-фібринозний;
- фібринозно-гнійний;
- гнійний;
- геморагічний.

III. За причиною виникнення:

- травматичний;
- післяопераційний;
- перфоративний;
- гематогенний;
- асептичний;
- уремичний.

Класичний приклад місцевого гінекологічного перитоніту – пельвіо-перитоніт. Під пельвіо-перитонітом розуміють запальний процес очеревини в межах малого таза.

Пельвіо-перитоніт

Пельвіо-перитонітом називають процес, який локалізується в межах однієї анатомічної ділянки біля джерела запалення, являє собою місцевий обмежений перитоніт, який виникає внаслідок інфікування очеревини малого таза при серозному або гнійному сальпінгітах та гнійних тубоваріальних утвореннях.

Класифікація.

Спираючись на локалізацію запального процесу виділяють пельвіо-перитоніт: обмежений, тобто обмежений спайками від черевної порожнини у вигляді інфільтрату або абсцесу; необмежений, якщо процес локалізується в одній з кишень очеревини і може прогресувати, уражаючи всю очеревину малого таза.

У гінекології виділяють первинний і вторинний патологічний процес. При первинному пельвіо-перитоніті причиною стає інфікування тканин черевної порожнини патогенними мікроорганізмами. Вторинне запалення

виникає через захворювання органів малого таза – сальпінгоофориту, запалення матки, яєчників, параметрію, кишечника.

Враховуючи зміни, що відбуваються в організмі жінки, патологія ділиться на:

➤ адгезивну – характеризується утворенням тонких плівок між органами, їх злипанням і зміщенням від нормального анатомічного розташування;

➤ ексудативну – супроводжується накопиченням ексудату в черевній порожнині; склад ексудату, що формується при запальному процесі, залежить від збудника, він може бути серозним, фібринозним та гнійним.

Клініка пельвіоперитоніту характеризується різким посиленням болю внизу живота, з'являється нудота, інколи блювання. Стан хворої погіршується: шкіра стає вологою, блідою, температура тіла підвищується до 38 °С і більше. Пульс прискорюється і випереджає температуру. Язик спочатку вологий, але з часом стає сухим, з'являється білий наліт. Живіт бере участь у диханні, різко болісний під час пальпації, дещо здутий та напружений у нижніх відділах, де визначаються позитивні симптоми подразнення очеревини прослуховується в'яла перистальтика.

Проведення гінекологічного обстеження ускладнюється у зв'язку з вираженою болючістю і напруженням м'язів передньої черевної стінки. Дані бімануального обстеження залежать від причини, що призвели до розвитку пельвіоперитоніту. Загальними симптомами є посилення болю при зміщенні шийки матки та сплюснення або нависання склепінь піхви внаслідок наявності вільної рідини в малому тазі.

Діагностика. При динамічному спостереженні у клінічних аналізах крові відмічається поступове підвищення лейкоцитозу, незначний зсув лейкоцитарної формули вліво, лімфопенія, підвищення ШОЕ.

Для підтвердження діагнозу виконують УЗД з метою виявлення джерела запалення та наявності ексудату, проводять пункцію черевної порожнини через задне склепіння піхви або лапароскопію. Залежно від характеристики отриманого пунктату обирають тактику лікування.

Лікування пельвіоперитоніту залежить від поширення та ступеня його тяжкості.

Основою консервативного лікування є антибактеріальні препарати. При даній патології призначаються антибіотики широкого спектра дії емпірично, а пізніше антибактеріальна терапія коригується згідно з результатами бактеріоскопічного та бактеріологічного дослідження. Слід починати лікування з цефалоспоринів третього покоління, карбапенемів, пеніцилінів, метрагілу, сульфаніламідів. Також можливе використання фторхінолонів, макролідів, монобактамів, аміноглікозидів. При такій патології антибіотики завжди призначаються внутрішньовенно або внутрішньом'язово. Як знеболюючі – нестероїдні протизапальні препарати, блокатори гістамінових рецепторів, антихолінергічні препарати. Обов'язковою

є інфузійна терапія, яка передбачає поповнення ОЦК, дезінтоксикацію, при необхідності – парентеральне харчування.

У випадках, коли навіть при адекватному лікуванні перебіг захворювання не набуває тенденції до покращання впродовж 4–6 год, або ж спочатку стан жінки надто тяжкий показано хірургічне втручання. Хірургічне втручання потребує пельвіоперитоніт, що проходить та тлі піосальпінкса, піовара або тубооваріального абсцесу. Зазвичай при таких запаленнях проводиться лапаротомія і ревізія органів малого таза. При необхідності видаляється орган, який став причиною запалення. При запущеному захворюванні, якщо в запальний процес залучена матка, можлива радикальна операція – гістеректомія.

Поширений перитоніт

Поширений перитоніт – тяжка хірургічна та гінекологічна патологія, яка займає більше двох анатомічних ділянок, виникає при поширенні запального процесу на всю очеревину черевної порожнини і характеризується ендогенною інтоксикацією внаслідок порушень мікроциркуляції; виникнення деструктивних змін в нирках, печінці, тонкому кишечнику.

Класифікація. За поширеністю: 1) дифузний; 2) розлитий; 3) загальний.

Клініка. Слід відзначити, що в останні два десятиріччя змінилися класичні клінічні прояви перитоніту. На тлі зниженої імунологічної реактивності та безконтрольного використання антибіотиків переважають стерті клінічні симптоми з торпідним, в'ялим перебігом, що утруднює діагностику перитоніту. Але більшість хірургів вважають, що основне місце в постановці діагнозу захворювання належить клінічним проявам, незважаючи на сучасні можливості інструментальної діагностики. Достовірні ознаки перитоніту надає оглядова рентгенографія, яка дозволяє виявити вільну рідину в черевній порожнині, непрохідність кишечника. Комп'ютерна томографія та ультразвукове дослідження майже у 100 % дозволяють встановити причину перитоніту. Інвазивним, але найбільш інформативним методом діагностики вважають діагностичну лапароскопію. В гінекологічній практиці не втратила своєї актуальності пункція черевної порожнини через заднє склепіння.

Для характеристики тяжкості стану у перебігу перитоніту виділяють три фази: реактивну, токсичну та термінальну.

Реактивна фаза перитоніту характеризується максимальним проявом захисних механізмів. Стан хворої відносно задовільний, збудливість, занепокоєння. Відмічається підвищення температури тіла у межах 38 °С, тахікардія, яка випереджає температурну реакцію, АТ підвищений, дихання прискорене. Живіт болісний і напружений, позитивні симптоми подразнення очеревини, блювання. Має місце незначний парез кишечника, вислуховується в'яла перистальтика. В цей час виникає утворення ексудату, спайок. У крові помірний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ. Гінекологічне дослідження утруднено.

Токсична фаза розвивається внаслідок інтенсивного розмноження мікроорганізмів, резорбції токсинів, зростання інтоксикації, пригнічення захисних механізмів. Клінічно загальний стан жінки характеризується адинамією, зниженням больового синдрому, наростає парез кишечника, метеоризм. Виникає засій крові в порталній системі, що сприяє розвитку дистрофічних змін у паренхіматозних органах. Відмічають значні метаболічні зсуви. Хвора скаржиться на нудоту, блювання, відрижку, рідкий кал. Язик сухий обкладений. Живіт болісний, не бере участі в диханні, здутий, перистальтики кишечника немає. АТ знижується, тахікардія більше 110 уд/хв, температура гектична. Токсичний зсув у формулі крові.

Термінальна стадія перитоніту характеризується вираженою інтоксикацією, адинамією, прострацією. Хворі знаходяться у важкому стані. Відмічають значні розлади дихання та серцево-судинної діяльності на тлі появи симптомів ураження центральної нервової системи. Шкіра бліда з сірим відтінком, липкий піт, риси обличчя загострені. Артеріальний тиск знижений. Пульс частий, аритмічний. Виражена задишка. Кишечник атонічний. Рясне блювання з каловим запахом. Різка зниження температури тіла на тлі гнійно-токсичного зсуву у формулі крові.

Діагноз перитоніту є показанням до оперативного лікування.

Лікування.

Передопераційна підготовка проводиться протягом двох годин і включає в себе : виявлення супутньої патології, ступінь порушень життєво важливих функцій, забезпечення венозного доступу (декілька вен), катетеризацію сечового міхура, інфузійну терапію з метою дезінтоксикації, дегідrataції і стабілізації стану жінки, введення антибіотиків широкого спектра дії.

Об'єм оперативного втручання залежить від конкретної ситуації. Обов'язковим є видалення причин перитоніту, санація черевної порожнини антисептичним розчином. Проводять дренажування черевної порожнини під правим і лівим куполами діафрагми та в обох здухвинних ділянках.

У післяопераційному періоді проводиться інтенсивна інфузійна та антибактеріальна терапія. Призначаються антибіотики широкого спектра дії, поповнюється вміст електролітів і білків, проводиться корекція кислотно-лужного балансу, вводяться дезінтоксикаційні речовини. Однією з найважливіших складових частин післяопераційного лікування є поновлення моторно-евакуаційної функції шлунково-кишкового тракту.

Інфузійна терапія після операції (протягом 2–4 діб) передбачає:

- натрію хлорид розчин 0,9 % 500 мл в/в/к;
- калію хлорид + глюкоза розчин 400 мл в/в/к;
- хартмана розчин 400 мл в/в/к;
- рінгера розчин 400 мл в/в/к.

Парентеральне харчування (протягом 3 діб після операції):

- комбіновані препарати розчинів амінокислот для парентерального харчування – 400 мл в/в/к 1 раз на добу, 2 доби;

– комбіновані препарати жирових емульсій для парентерального харчування 500 мл в/в/к 1 раз.

Антибактеріальна терапія проводиться у два етапи: 1-й – емпіричне призначення комбінацій антибіотиків широкого спектра дії з антианаеробною терапією; 2-й – продовження або зміна режиму антибіотикотерапії з урахуванням чутливості мікрофлори. Як правило, на першому етапі призначають фторхінолони в поєднанні з метронідазолом; цефалоспорины 2-го і 3-го покоління в поєднанні з аміноглікозидами та метронідазолом, або карбапенеми (Тіенам, Меронем) при вкрай важкому перебігу гострого перитоніту. Ряд авторів вказують, що близько 75 % мікроорганізмів стійкі до 10 і більше видів антибактеріальних препаратів.

Аналгетичні засоби (опіоїди): тримеперидин розчин 2 % 1 мл в/м 3 рази протягом 2 діб, або нестероїдні протизапальні засоби – кетопрофен розчин 5 % 100 мг 2 мл в/м 3 рази протягом 3 діб.

При зміні коагуляційного потенціалу крові необхідно використовувати введення як високомолекулярного гепарину, так і його низькомолекулярних фракцій (фраксипарин).

Відновлення функції зовнішнього дихання: дихальна гімнастика та аерозольна терапія (3 доби):

– розчин натрію гідрокарбонату 5 % 100 мл (для інгаляцій 6 разів) – 3 доби;

– санація ротоглотки – 3 доби;

– вібромасаж грудної клітки – 3 доби;

– видих із постійним позитивним тиском – 3 доби (щогодини по 5 хв, крім годин сну).

Стимуляція перистальтики кишечника

– метоклопрамід розчин 0,5 % 2 мл в/м 3 рази;

– неостигміну розчин 0,05 % 1 мл п/ш 2 рази;

– очисна клізма.

Перфорація матки

Перфорація матки – ятрогенне захворювання виникнення наскрізного дефекту в стінці порожнього органа.

Класифікація:

• Повна (пошкоджується вся стінка матки):

– неускладнена (без пошкодження органів малого таза та черевної порожнини);

– ускладнена (травма кишечника, сальника, січового міхура, придатків матки).

• Неповна (серозна оболонка непошкоджена).

Етіологія. Причина перфорації матки – неналежне виконання внутрішньоматкового оперативного втручання. Факторами ризику можуть бути – гостре та хронічне запалення матки, придатків матки, рубці на матці після оперативних втручань, штучні аборти, діагностичні вишкрібання.

Клінічна картина.

Скарги на різкі болі в нижніх відділах живота, кров'яні виділення зі статевих шляхів, підвищення температури, слабкість, зниження АТ, тахікардія, блідість шкіри.

Оскільки внутрішньоматкові маніпуляції проводять під наркозом, і пацієнтки не можуть висловлювати скарги, то про перфорацію слід думати, коли під час маніпуляції інструмент заглиблюється та не зустрічає опору стінок матки.

Діагностика. Враховуючи анамнестичні дані, клінічні прояви (колір шкіри АТ, пульс, подразнення черевної порожнини), трансвагінальне УЗД органів малого таза (наявність вільної рідини в малому тазі), пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.

Лікування.

Головний метод лікування – хірургічний. У всіх випадках перфорації матки показана лапароскопія, під час котрої хірург проводить ревізію органів малого таза, оцінює стан внутрішніх органів.

Об'єм оперативного втручання від мінімального – з'єднання країв рани, до максимального-екстирпації матки.

Симптоми при «гострому животі»

Симптом Щоткіна–Блюмберга: повільне натискання на передню черевну стінку майже безболісне, тоді як швидке відпускання пальпуючої руки різко болюче – ознака подразнення очеревини.

Симптом Менделя: біль при легкій перкусії передньої черевної стінки – ознака подразнення очеревини.

Симптом Мортона: біль під час натискання на передню черевну стінку – ознака подразнення очеревини.

Симптом Самнера: ригідність черевних м'язів при поверхневій пальпації – ознака подразнення очеревини.

Симптом Маделунга: велика різниця температур у підпахвовій ямці та прямій кишці – ознака гнійного перитоніту.

Симптом Брендо: біль справа під час натискання на ліве ребро вагітної матки – ознака гострого апендициту.

Симптом Міхельсона: посилення болю в положенні на правому боці – ознака гострого апендициту.

Симптом Зельгейма: пальпація потовщеної та болючої ліг. Sacrouterinum праворуч – ознака гострого апендициту.

Симптом Куленкампа: виражена болючість при перкусії передньої черевної стінки за відсутності захисного напруження м'язів. Ця ознака майже в 100 % випадків виявляється у хворих з апоплексією яєчника або перерваною позаматковою вагітністю та є нехарактерною для екстрагенітальної патології та інших гінекологічних захворювань.

Симптом Голдена: блідість шийки матки – ознака трубною вагітності.

Симптом Гофмана: зміщення матки в протилежний від ураженої труби бік – ознака трубної вагітності.

Симптом Гофштетера: синьо-зелене або синьо-чорне забарвлення шкіри в ділянці пупка – ознака порушеної позаматкової вагітності.

Симптом Лаффона: послідовне переміщення болісних відчуттів: біль у тазі, після світлого проміжку – біль у надчеревній ділянці, спині, лопатках, за грудниною – ознака порушеної позаматкової вагітності.

Симптом Ландау: сильна болючість при піхвовому дослідженні та огляді в дзеркалах – ознака порушеної позаматкової вагітності.

Симптом Пруста «крик Дугласа»: гостра болючість заднього склепіння при піхвовому дослідженні – ознака порушеної позаматкової вагітності.

Симптом Селмена: розширення зіниці ока на боці ураження – ознака порушеної позаматкової вагітності.

Симптом Какушкіна: блідість нижньої поверхні язика – ознака внутрішньочеревної кровотечі.

Симптом Кера: сильний біль у лівому плечі – ознака внутрішньочеревної кровотечі.

Симптом Елекера, френікус-симптом: іррадіація болю в лопатку, плече через подразнення діафрагмального нерва кров'ю, котра вилілась в черевну порожнину і при лежачому положенні жінки досягає діафрагми – ознака внутрішньочеревної кровотечі.

Симптом Промптова: болючість матки при зміщенні її доверху пальцями при піхвовому або ректальному дослідженні свідчить про запальні захворювання жіночих статевих органів — диференційно-діагностична ознака запальних захворювань геніталій та гострого апендициту; при гострому апендициті симптом негативний.

VI. Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Що являє собою поняття «гострий живіт»?
2. Групи яких захворювань є причиною “гострого живота”?
3. Перерахуйте клінічні форми позаматкової вагітності?
4. Які операції виконуються при лікуванні позаматкової вагітності?
5. Що таке апоплексія яєчника і які її причини?
6. На підставі яких даних проводиться диференційна діагностика позаматкової вагітності і апоплексії яєчника?
7. Які методи лікування апоплексії яєчника Ви знаєте?
8. Техніка виконання тубектомії та сальпінготомії.
9. Що таке «анатомічна», а що – «хірургічна» ніжка пухлини яєчника?
10. У чому особливість оперативного втручання при перекуті ніжки кісти яєчника?
11. На підставі яких даних встановлюється діагноз некрозу міоматозного вузла?

12. Які оперативні втручання проводять при некрозі міоматозного вузла?

13. Які запальні захворювання стають причинами «гострого живота» в гінекології?

14. В яких випадках проводять консервативне лікування при гнійних утвореннях придатків матки?

15. Опишіть клініку пельвіоперитоніту.

16. Перерахуйте додаткові методи обстеження, показані при пельвіоперитоніті.

17. Назвіть клінічні фази перитоніту.

18. Вкажіть основні принципи післяопераційного лікування при пельвіоперитоніті та перитоніті.

VII. Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань.

1. Хвора 23 років доставлена зі скаргами на біль унизу живота, більше праворуч, з іррадіацією в пряму кишку, запаморочення. Вищезазначені скарги з'явилися раптово вночі. Остання менструація 2 тиж тому. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, пульс – 92 за 1 хв, t – 36,6 °С, артеріальний тиск – 100/60 мм рт. ст. Живіт дещо напружений, незначно болісний в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини слабопозитивні. Гемоглобін – 98 г/л. Який діагноз?

A. Апоплексія яєчника.

D. Позаматкова вагітність.

B. Гострий апендицит.

E. Ниркова колика.

C. Кишкова непрохідність.

2. Жінка 29 років доставлена в стаціонар бригадою швидкої допомоги у зв'язку зі скаргами на переймоподібні болі в животі, запаморочення, слабкість. АТ – 100/60 мм рт. ст., пульс – 108 за 1 хв, ритмічний. Остання менструація 1,5 міс тому, температура тіла – 37,2 °С. Гінекологом при огляді запідозрена позаматкова вагітність. Яке дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

A. Пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви.

B. Лапаротомію.

C. Метросальпінгографію.

D. Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки.

E. Тести функціональної діагностики.

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

А. Пельвіоперитоніт.

В. Гострий аднексит.

С. Гострий ендометрит.

Д. Позаматкова вагітність.

Е. Апоплексія яєчника.

4. Жінка 26 років доставлена у приймальне відділення із скаргами на раптовий біль у нижній частині живота, слабкість, непритомність вдома. Попередньої менструації не було. Нв – 106 г/л, пульс – 120 за 1 хв, АТ – 80/50 мм рт. ст. Болісність та симптоми подразнення очеревини внизу справа. Який діагноз найбільш імовірний?

А. Порушена трубна вагітність.

В. Гострий апендицит.

С. Правосторонній гострий аднексит.

Д. Перекрут ніжки яєчника.

Е. Апоплексія яєчника.

5. Породілля 30 років на 4-й день після операції кесаріва розтину у зв'язку з передлежанням плаценти скаржиться на загальну слабкість, періодичне підвищення температури тіла до 39 °С, лихоманку, здуття живота, затримку газів та дефекації. Бліда, пульс – 120/хв, м'який. Живіт здутий, болочий на всьому протязі, відмічається позитивний симптом Щоткіна, перистальтика відсутня. Дно матки на рівні пупка, матка болоча, тістоподібної консистенції. Виділення з піхви гноєподібні. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Перитоніт.

В. Параметрит

С. Ендометри.

Д. Метротромбофлебіт.

Е. Непрохідність кишечника.

Д. Метротромбофлебіт.

VIII. Рекомендована література

1. Акушерство і гінекологія : у 2 кн. : підручник / за ред. В. І. Грищенка, М.О. Щербини. – Київ : Медицина, 2017.

2. Запорожан В. М. Акушерство та гінекологія : у 4 т. : підручник. Т. 2. Неонатологія / В. М. Запорожан, М. Л. Аряєв, Д. О. Добрянський ; за ред. В. М. Запорожана. – 2-е вид. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 928 с.

3. Антонченко І. В. Патогенетические аспекты лечения воспалительных заболеваний внутренних женских половых органов на современном этапе // Репродуктивна ендокринологія. – 2016. – № 4 (30). – С. 70–72.

4. Бенасэрраф Б. Ультразвуковые исследования в гинекологии / Берил Бенасэрраф, Стивен Голдстейн, Иветта Гроцман ; пер. с англ. ; под общ. ред. О. В. Шараповой. – Москва : МЕДпресс-информ, 2016. – 288 с.

5. Клінічна фармакологія : навч. посібник / О. М. Біловол, В. В. Златкіна та ін. – Харків : ХНМУ, 2017. – 298 с.

6. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, В. Н. Лесовой, П. Н. Замятин и др. / ХНМУ ; Ин-т общей и неотложной хирургии. – Харьков–Черновцы, 2009. – 514 с.

7. Борис О. М. Сучасні підходи до лікування запальних захворювань органів малого тазу у жінок репродуктивного віку / О. М. Борис, Л. В. Суслікова, Н. Г. Прядко // Збірник наукових праць Асоціації акушерів-

гінекологів України. – Київ : ТОВ «Видавництво «ЮСТОН», 2016. – Вип. 2 (38). – С. 87–94.

8. Валовіна А. М. Практикум з гінекології : навч. посіб. / А. М. Валовіна. – Київ : ВСВ «Медицина», 2019. – 96 с.

9. Гаспаров А. С. Тазовые перитонеальные спайки / А. С. Гаспаров, Е. Д. Дубинская. – Москва : МИА, 2013. – 165 с.

10. Ліхачов В. К. Гінекологія. Керівництво для лікарів / В. К. Ліхачов. – Вінниця : Нова книга, 2017. – 840 с.

11. Голяновський О. В. Клінічна ефективність сучасної антибіотикотерапії при запальних захворювань матки та її придатків / О. В. Голяновський, Ю. В. Слободян, М. А. Будченко // Репродуктивна ендокринологія. – 2016. – № 4 (30). – С. 64–66.

12. Косей Н. В. Современные принципы лечения воспалительных заболеваний женских половых органов / Н. В. Косей // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – №1 (9) – С. 78–85.

13. Коренная В. В. Использование гемостатического агента Тахокомб в практике акушера-гинеколога / В. В. Коренная // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2017. – № 1. – С. 113–117. – Библиогр.: С. 116–117.

14. Кравченко О. В. Корекція кровотеч в ранні терміни гестації залежно від стану ембріона та екстраембріональних структур / О. В. Кравченко // Здоровье женщины. – 2017. – № 2. – С. 22–24. – Библиогр.: С. 24

15. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. Диагностика и лечение / под ред. М. Пирлман, Дж. Тинтиналли, П. Дин. ; пер. с англ. П. И. Медведевой, А. А. Митрохина ; под общ. ред. М. А. Курцера. – Москва : Бином. Лаборатория знаний, 2014. – 499 с.

16. Діагностика, лікування і профілактика запальних захворювань органів малого тазу // Наказ МОЗ від 15.12.2003 року № 582 "Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги". – С. 115–121.

17. Наказ МОЗ від 11.02.2016 року № 89 Уніфікований клінічний протокол "Профілактика, діагностика та лікування інфекцій асоційованих з перитонеального діалізу". – С. 93–101.

18. Степанківська О. В. Гінекологія : підручник / О. В. Степанківська, М. О. Щербина. – 4-е вид., випр. – Київ : ВСВ «Медицина», 2018. – 432 с.

19. Ультразвуковая диагностика. Практическое решение клинических проблем / Э. И. Блют, К. Б. Бенсон, Ф. У. Раллс, М. Дж. Сигел ; пер. с англ. Ф. И. Плешкова [и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова, С. Н. Занько, А. И. Кушнерова, В. В. Рязанова. – Москва : Медицинская литература, 2014. – Т. 2: УЗИ в гинекологии. – 2014. – 398 с. : ил.

20. USMLE Step 2 CK. Obstetrics and Gynecology. Lecture Notes. – Kaplan medical, 2018. – 23–48 p.

21. Guidelines. Pathological obstetrics / A. Senchuk, I. Chermak, I. Ventskivska, D. Martynova, V. Boyko. – Київ, 2021. – 102 p.
22. Smith, Roger P. Netter's Obstetrics & Gynecology [Text] / Roger P. Smith ; ill. Frank H. Netter. – 3rd ed. – Philadelphia : Elsevier, 2018. – XII, 601 p. : il.
23. Clinical Cases in Obstetrics and Gynecology [Text] / D. Konkov, O. Bulavenko ; Vinnitsa National Pirogov Memorial Medical University. – Vynnytsya : Nilan-Ltd, 2018. – 414 p. – Bibliogr.: p. 410.

Навчальне видання

«ГОСТРИЙ ЖИВІТ» В ГІНЕКОЛОГІЇ

**Методичні вказівки
для проведення практичного заняття здобувачів ЗВО
з дисципліни «Акушерство та гінекологія»**

Упорядники Лазуренко Вікторія Валентинівна
 Овчаренко Ольга Борисівна
 Черепова Валентина Іванівна
 Тіщенко Олександра Миколаївна
 Лященко Ірина Анатоліївна
 Сафонов Роман Анатолійович

Відповідальний за випуск

В. В.Лазуренко



Редактор М. В. Тарасенко
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,8. Зам. № 21-34221.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.