

A microscopic view of red blood cells (erythrocytes) in a blood smear. The cells are biconcave discs, appearing as reddish-orange circles with lighter centers. They are scattered across the field of view, with a higher concentration in the center. The background is a light, slightly textured pinkish-red.

Невідкладні стани в гінекології

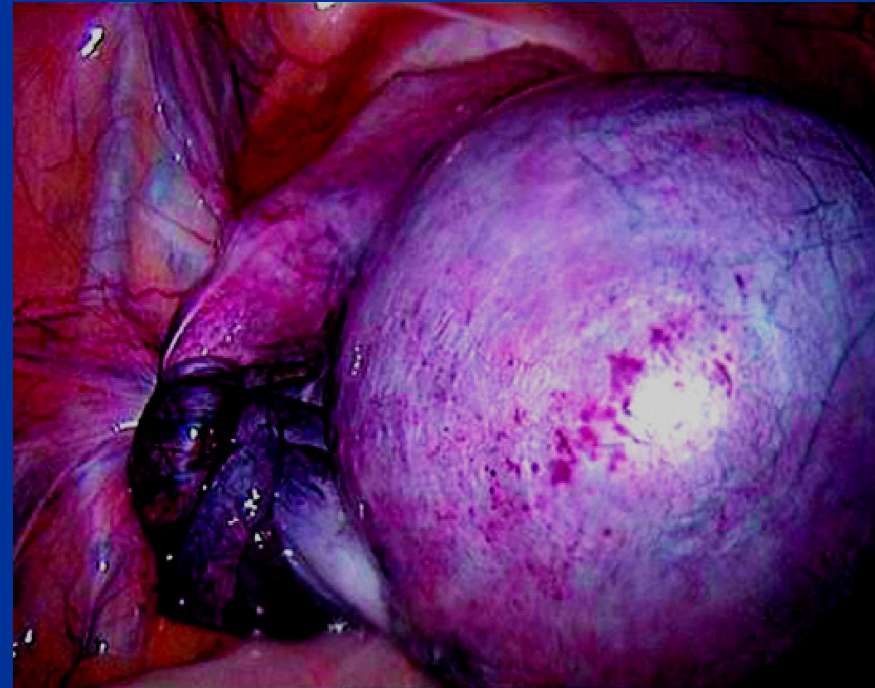
«Гострий живіт»

- це клінічна ситуація, виникнення якої обумовлено впливом певних факторів, усунення яких вимагає невідкладного і переважно оперативного втручання;

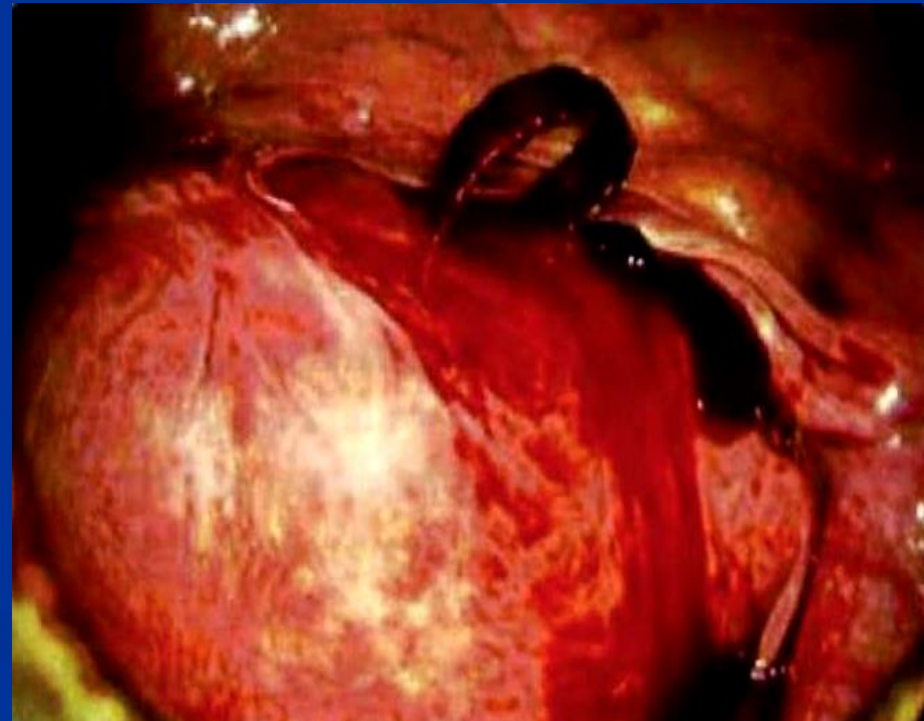
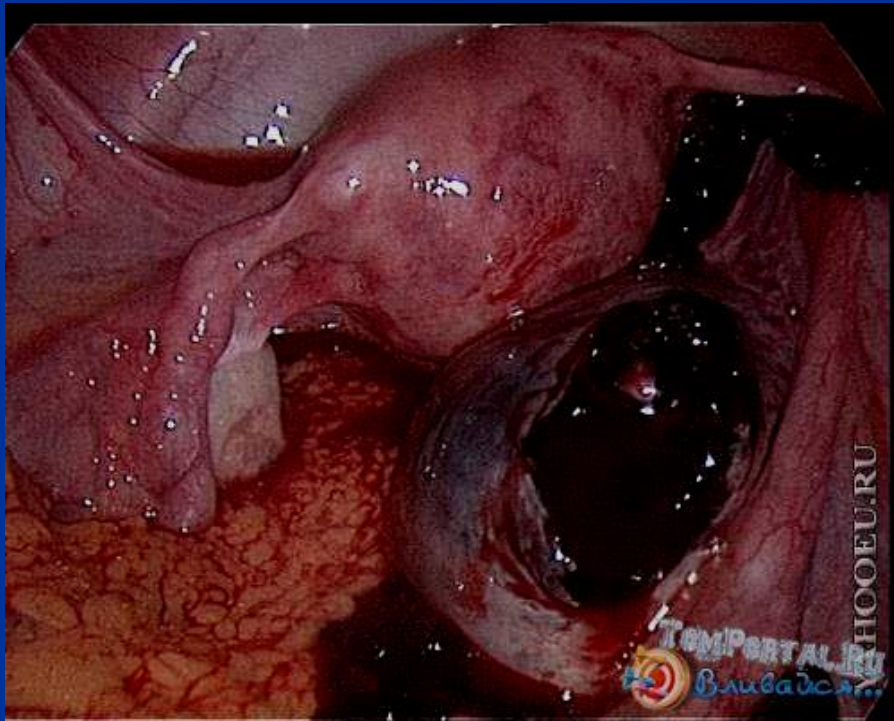
- виникає здебільшого раптово, на тлі повного благополуччя, тому від своєчасного проведення оперативного втручання залежить не тільки здоров'я, а й життя хворої;
- труднощі діагностики синдрому «гострого живота» переважно полягають у визначенні причин цього стану.

Патологічні стани, які проявляються синдромом «гострого живота», можна розділити на наступні основні групи:

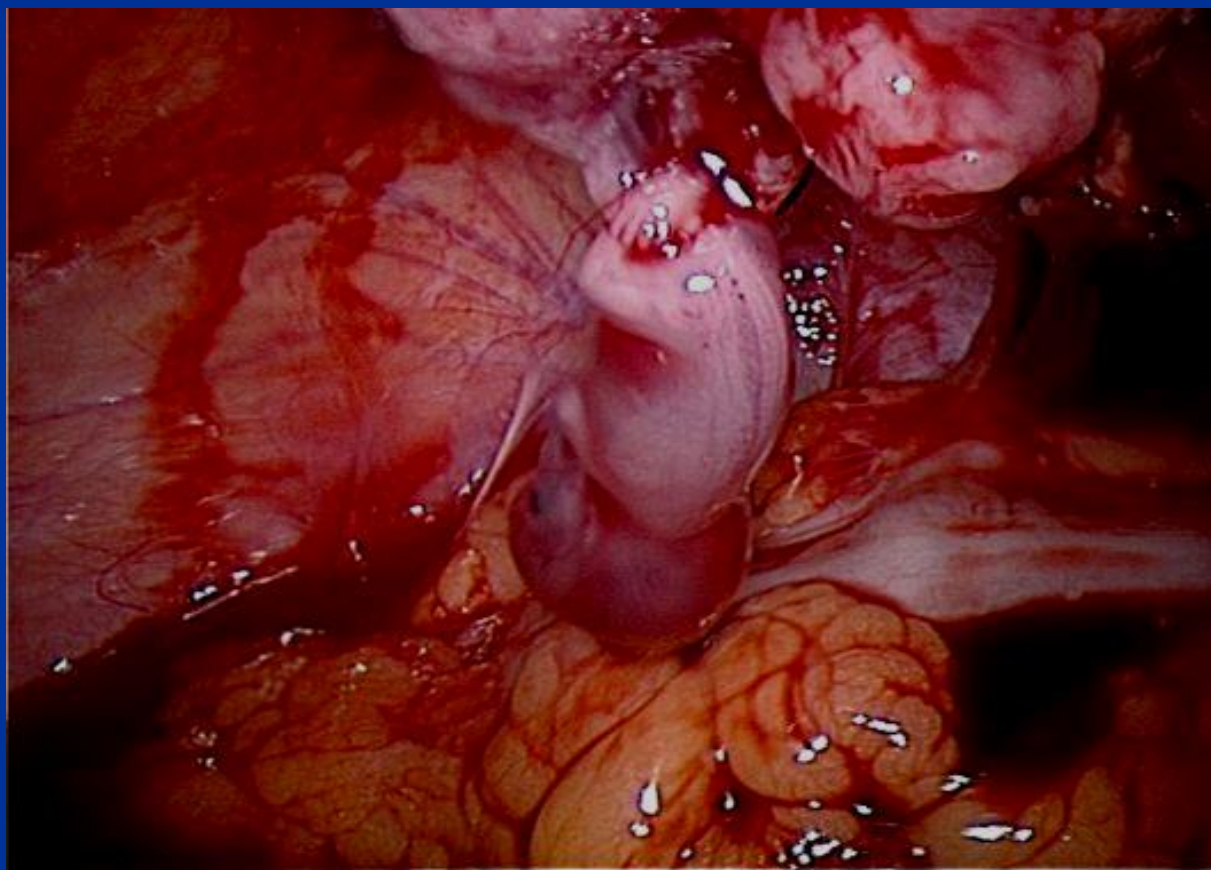
- раптові порушення кровообігу в органах черевної порожнини внаслідок тромбозу, стиснення і перекручення (перекрут ніжки пухлини яєчника, порушення живлення лейоматозного вузла);



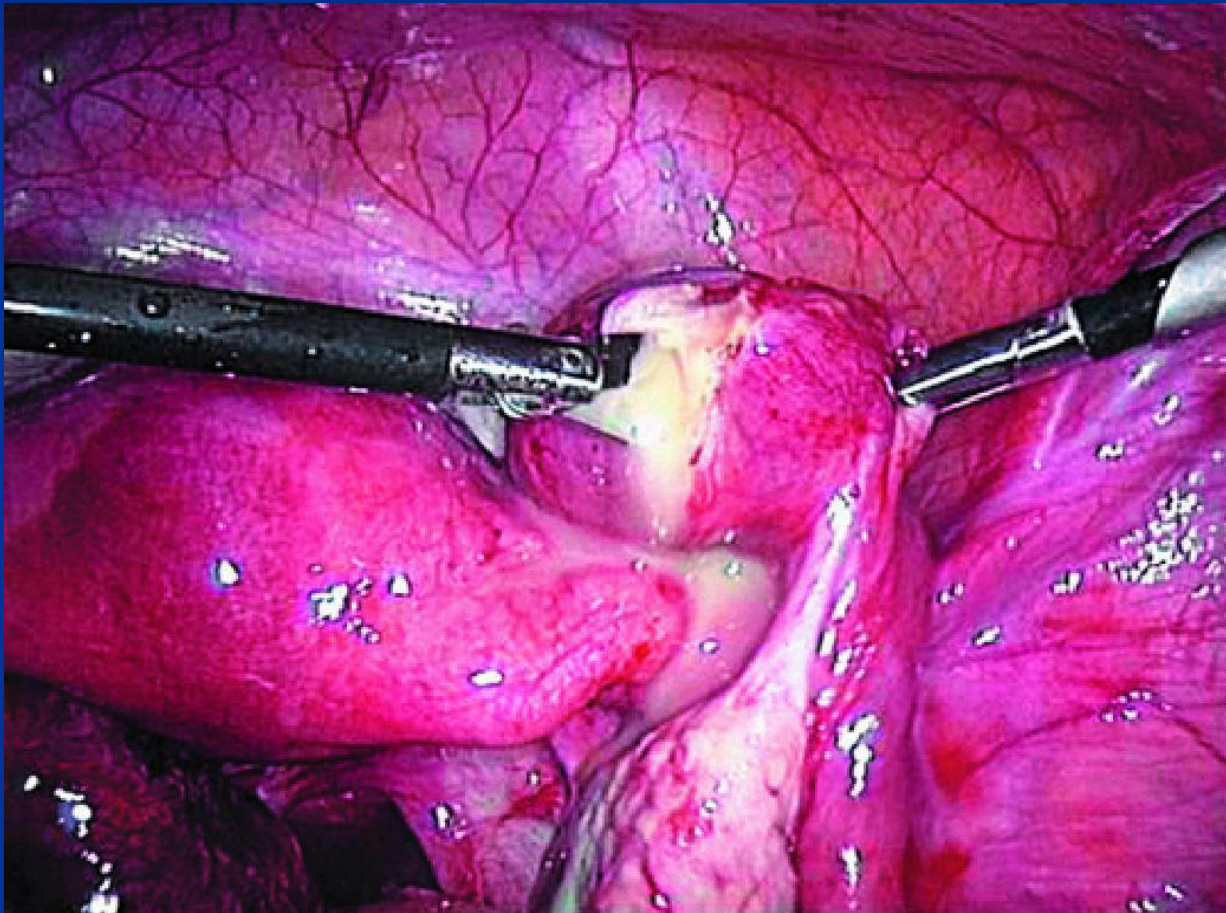
- перфорація органів черевної порожнини
(перфорація матки при оперативних
втручаннях, розрив кісти яєчника);



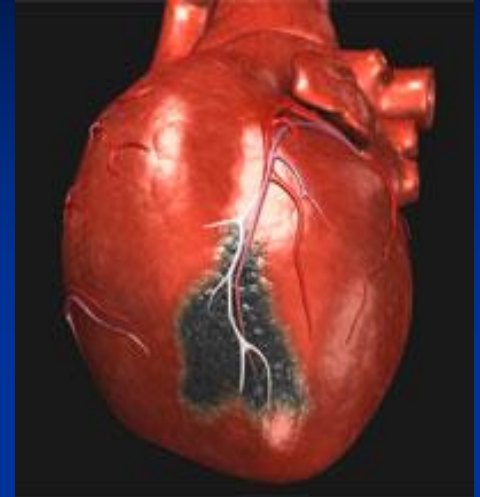
- захворювання, пов'язані з внутрішньочеревною кровотечею (трубний аборт, апоплексія яєчника та ін.);



- запальні захворювання органів черевної порожнини.



- існують патологічні стани, клінічна картина яких може імітувати клінічну картину гострого живота, проте оперативне втручання в таких випадках не обґрунтовано, а іноді й небезпечно для життя:
- абдомінальна форма інфаркту міокарда,
- пневмонія,
- захворювання нирок,
- неврологічні і психічні розлади.



- виникнення псевдогострого живота пояснюється спільністю іннервації грудної та черевної порожнини блукаючим і симпатичними нервами й залежить від індивідуальної вираженості патологічних процесів;

- в зв'язку з цим лікарю буває надзвичайно складно встановити правильний діагноз і нерідко виникає необхідність в консультації фахівців іншого профілю.

Клінічна картина гострого живота

- больовий синдром
- ✓ гострий, кинджальний біль (при перфорації органів);
- ✓ переймоподібний (при трубному аборті);
- ✓ ниючий біль (при запальних захворюваннях жіночих статевих органів);

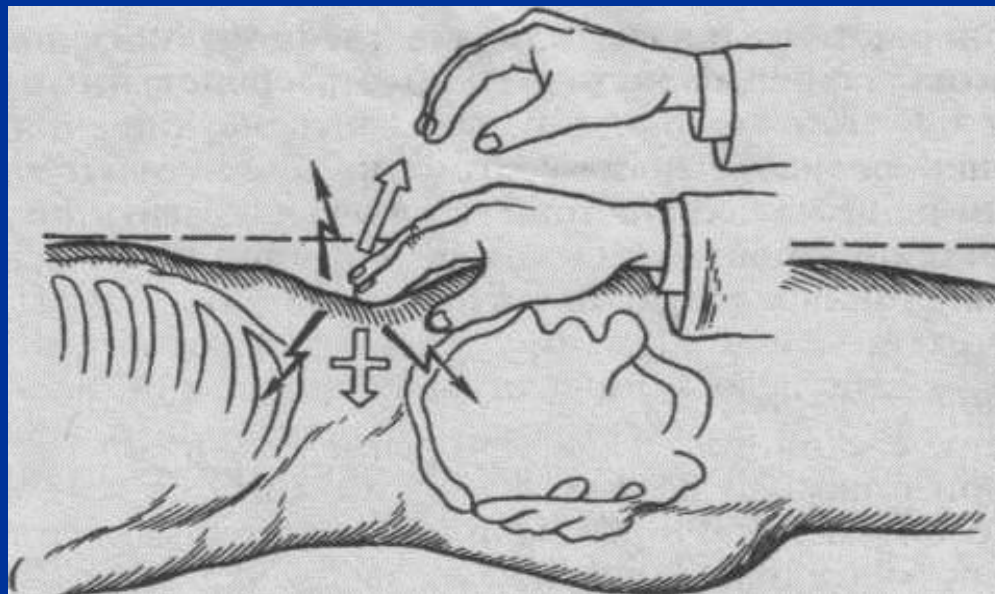


■ зміни з боку травного тракту

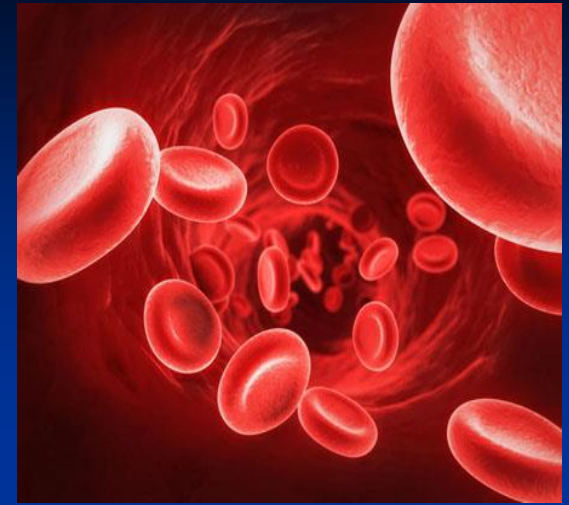
- ✓ нудота, блювота, гикавка;
- ✓ порушення відходження газів і акту дефекації;
- ✓ сухість язика;
- ✓ відсутність перистальтики;
- ✓ виражені ознаки подразнення очеревини;



- ✓ пальпаторно визначається м'язовий дефанс;
перкуторно - тимпаніт або притуплення
перкуторного звуку, аускультативно - шум
падаючої краплі.

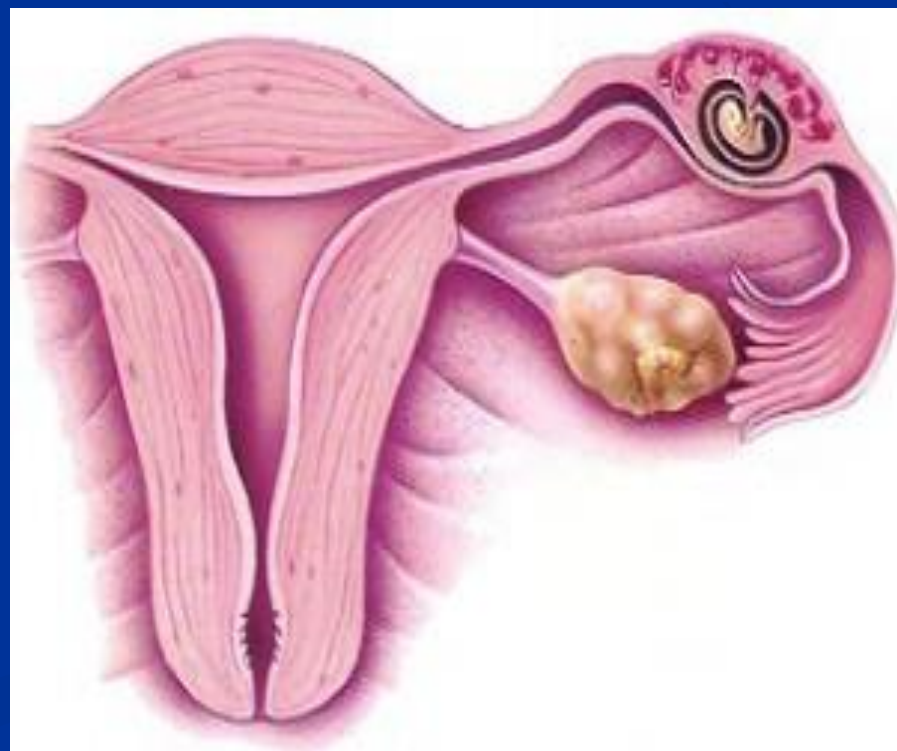


- крім того, симптоми гострого живота часто поєднуються з симптомами геморагічного, травматичного та больового шоку, що проявляється зниженням гемодинаміки, порушенням мікроциркуляції, формуванням поліорганної недостатності або «шокових органів».



Позаматкова (ектопічна) вагітність

✓ це стан, при якому запліднене плодове яйце імплантується і розвивається поза порожниною матки.



Класифікація

■ за локалізацією:

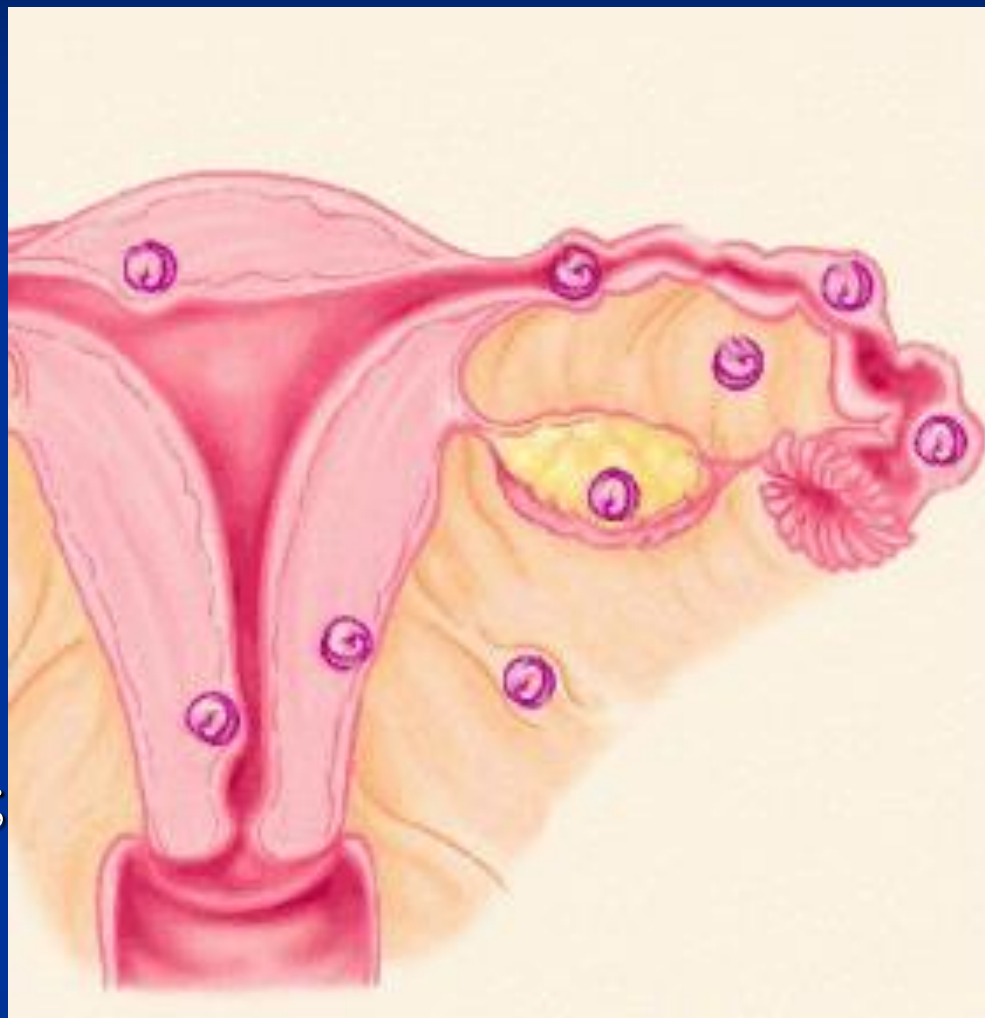
- трубна;
- яєчникова;
- черевна;
- шийкова;
- в рудиментарному розі матки.

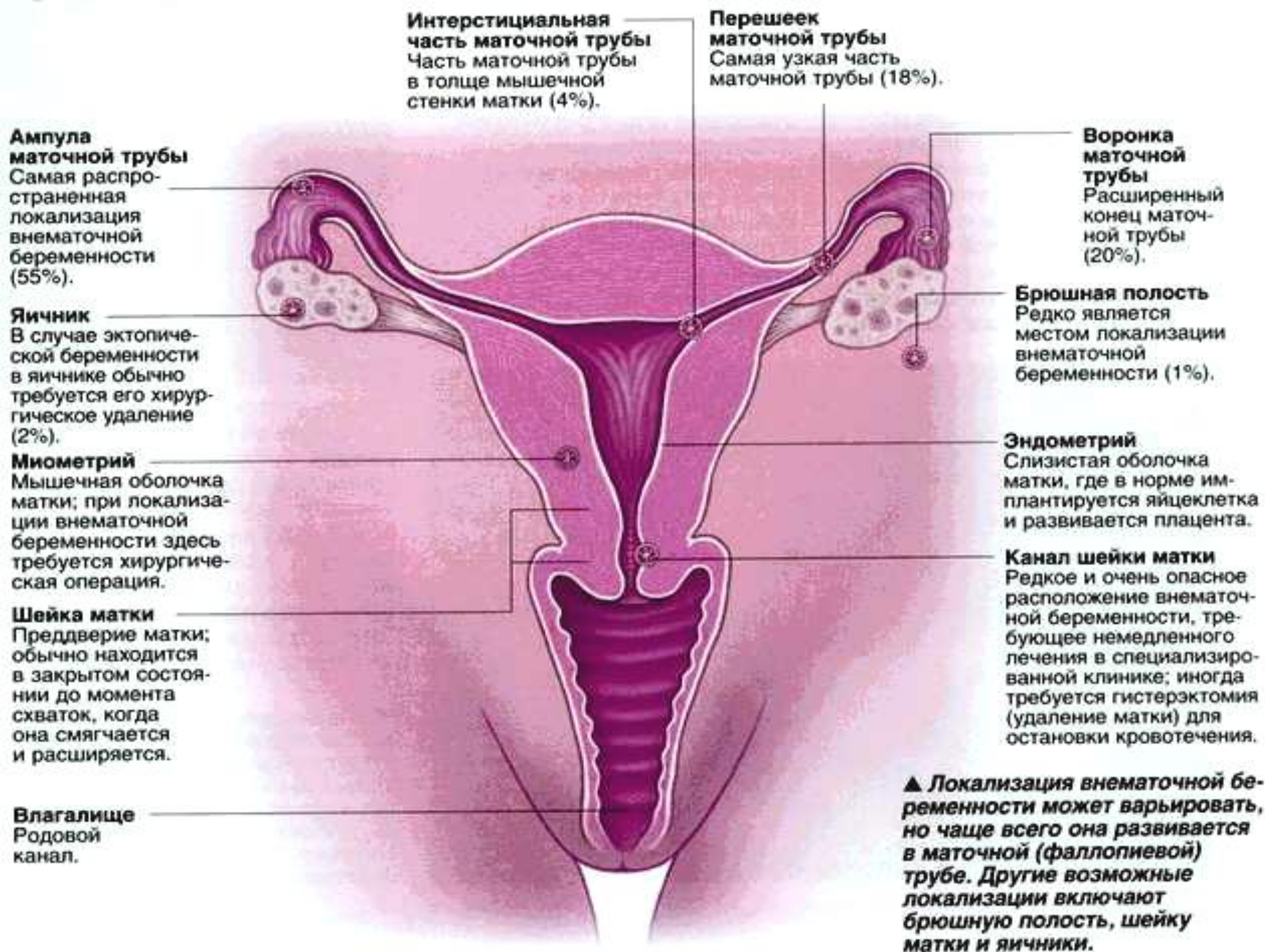


Класифікація

■ за МКХ-10:

1. Абдомінальна (черевна);
2. Трубна:
 - вагітність в матковій трубі;
 - розрив маткової труби внаслідок вагітності;
 - трубний аборт;
3. Яєчникова вагітність;
4. Інші види позаматкової вагітності:
 - шийкова;
 - комбінована;
 - в рудиментарному розі матки;
 - внутрішньозв'язкова;
5. Позаматкова вагітність неуточної етіології.

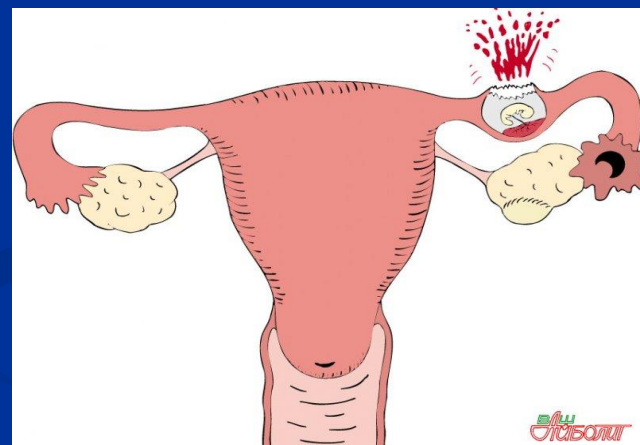
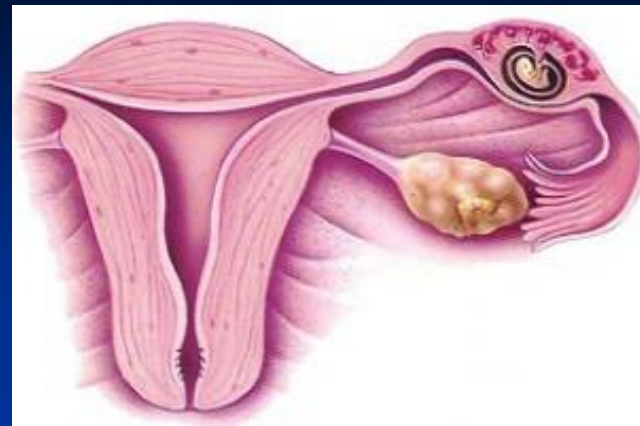




Класифікація

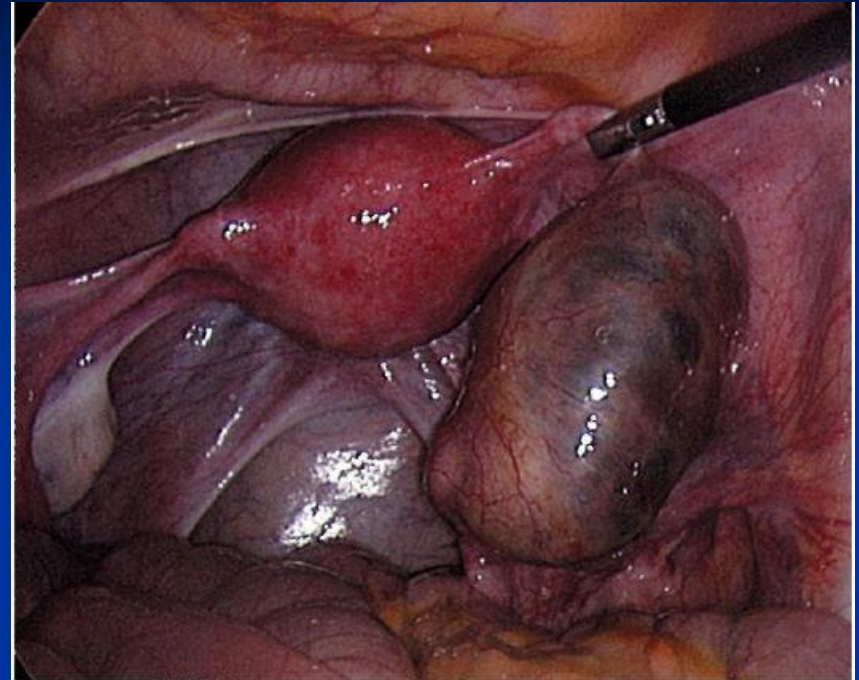
■ за перебігом:

- прогресуюча;
- порушена (трубний аборт, розрив маткової труби);
- завмерла вагітність.

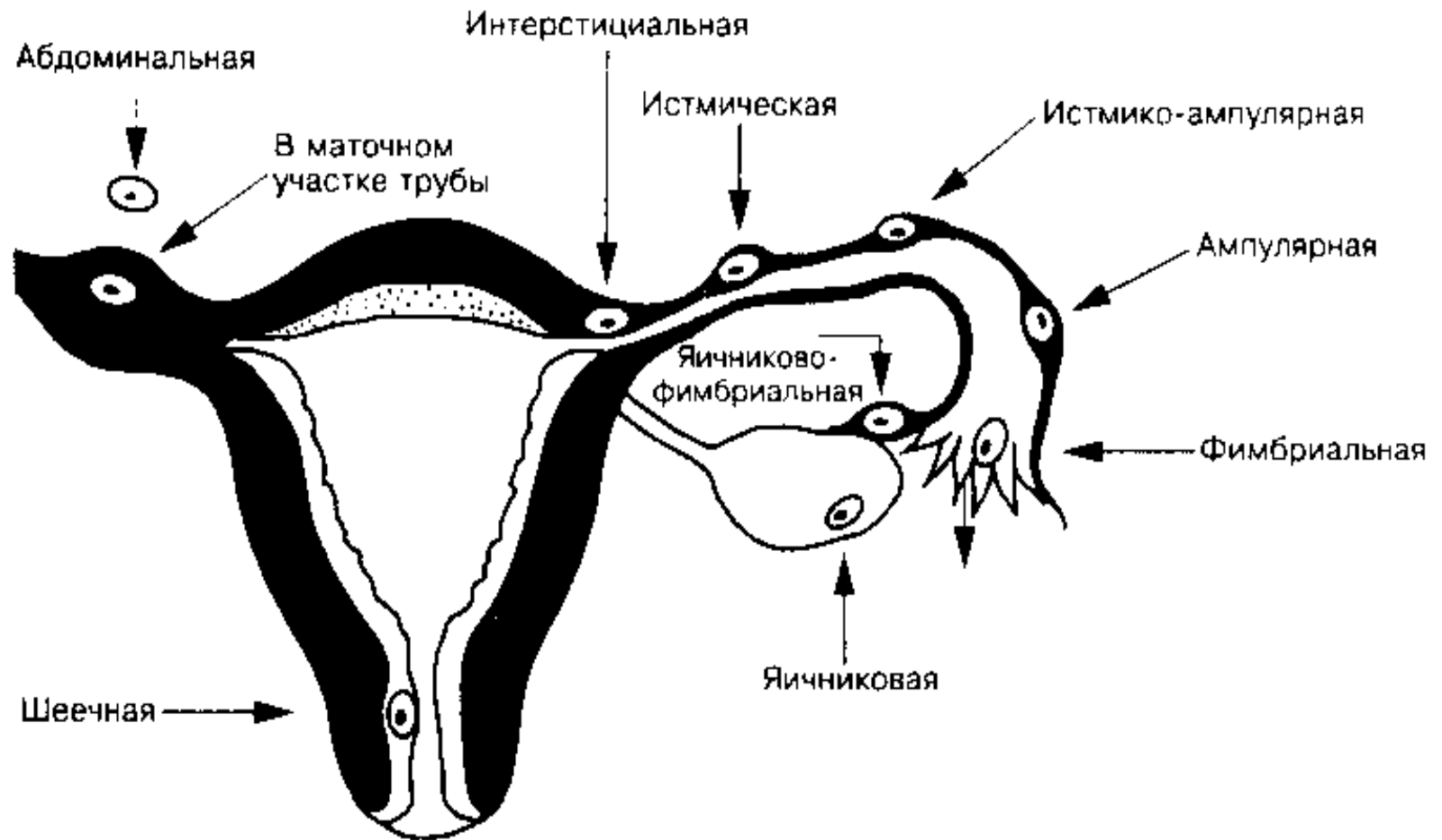


Трубна вагітність

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

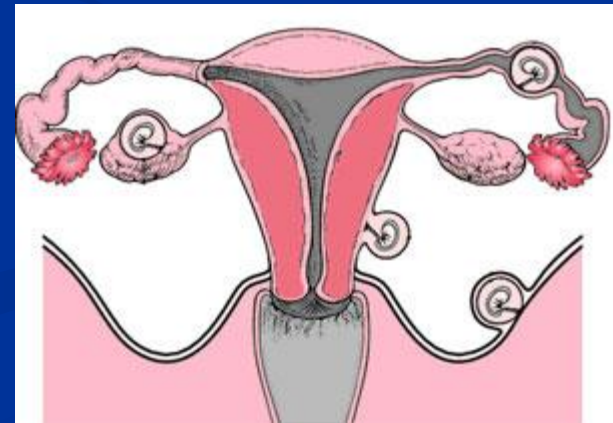
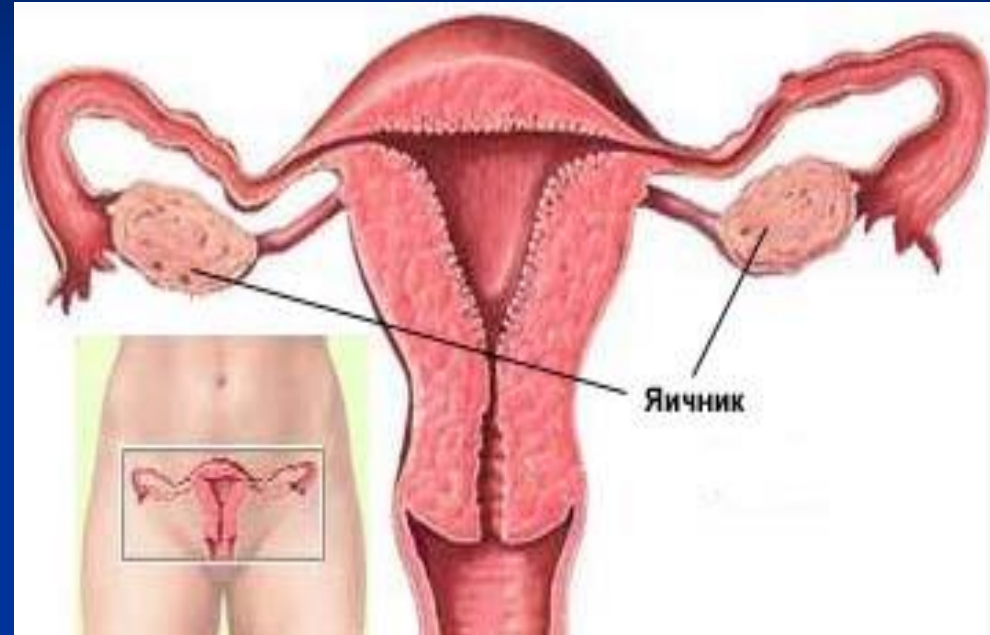


Труба вагітність



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

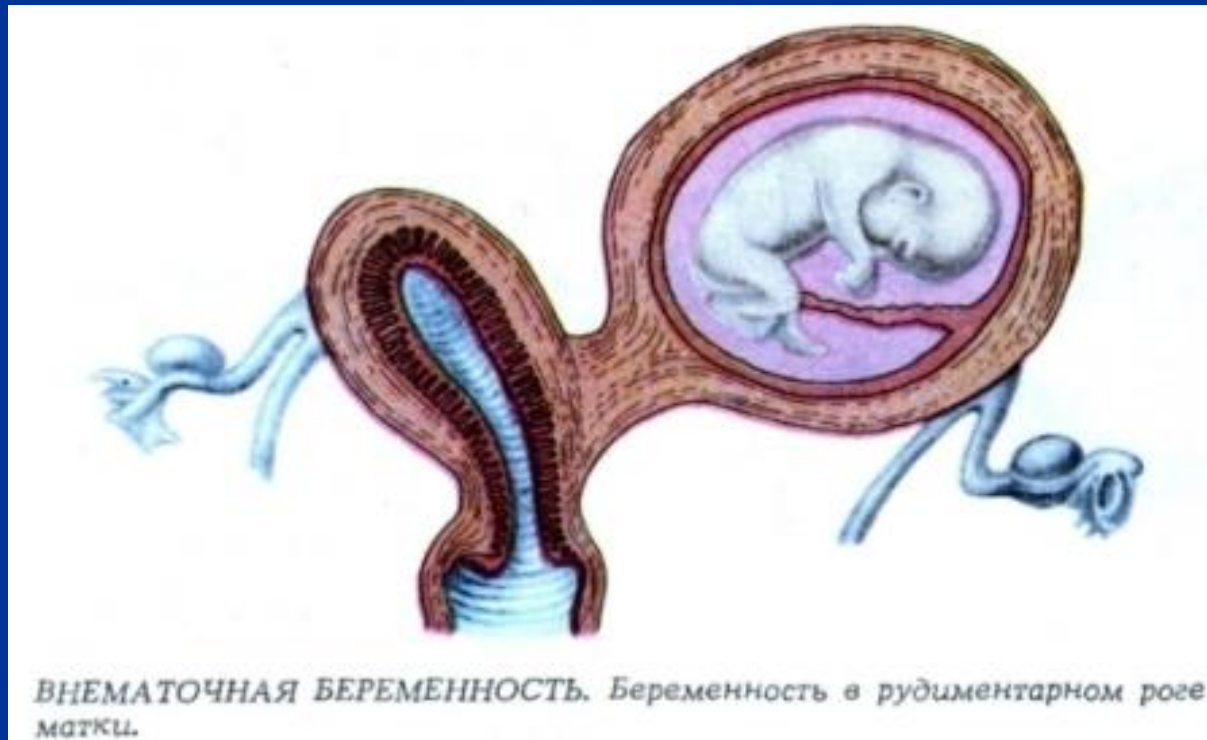
- частота 0,3-3,4 %;
- форми:

- 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 аборт.



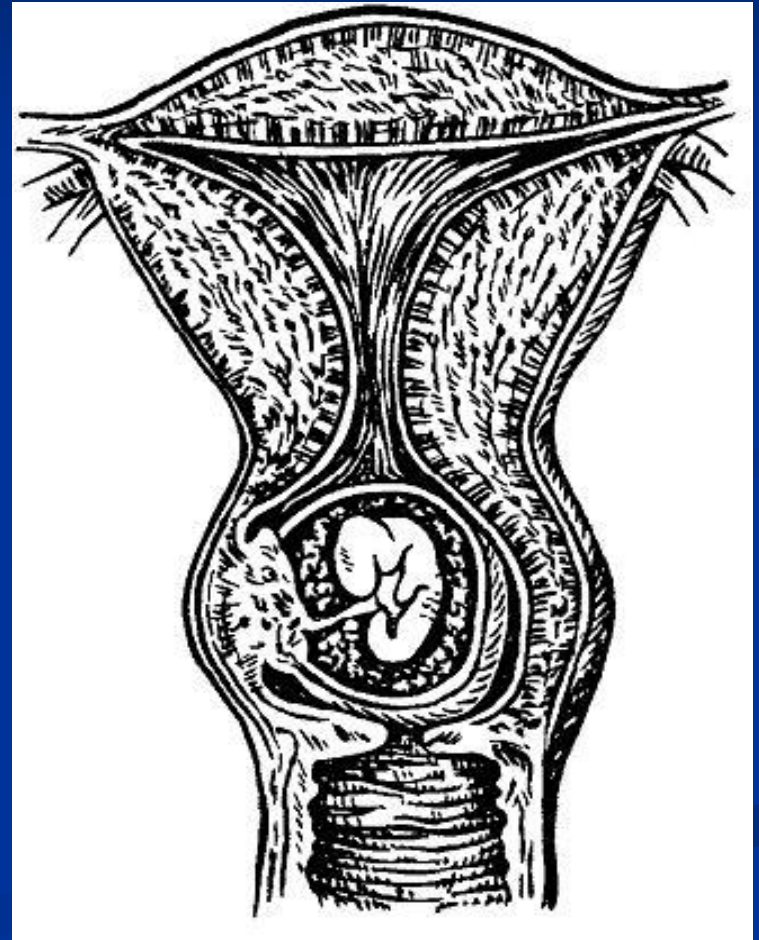
Вагітність в рудиментарному розі матки

- частота 0,1-1,9 %;
- анатомічно її можна віднести до маткової, однак через відсутність зв'язку рудиментарного рогу з піхвою клінічно така вагітність перебігає як позаматкова.



Шийкова вагітність

- частота 0,3-3,4 %;
- форми:
 - 1) справжня шийкова
плодове яйце
імплантується і
розвивається тільки в
шийковому каналі;
 - 2) перешеечно-шеечная
місцем прикріплення
плодового яйця служить
шийка і ділянка
перешийка.



Етіологія і патогенез

- плодове яйце імплантується поза порожниною матки внаслідок порушення транспорту заплідненої яйцеклітини або в зв'язку зі зміною його властивостей;

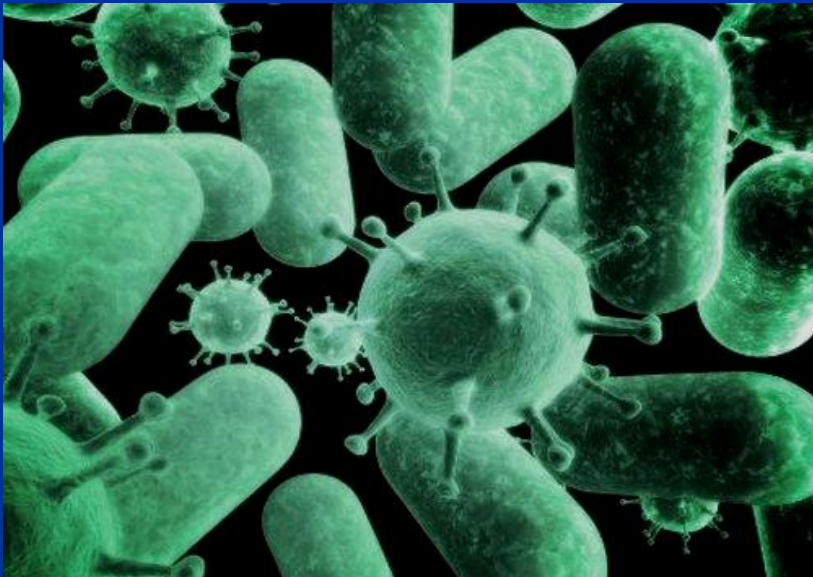
- в звичайних умовах запліднення яйцеклітини відбувається в ампулярному відділі маткової труби, після чого запліднена яйцеклітина просувається по ній до матки за рахунок перистальтичних рухів труби і мерехтіння миготливого епітелію ендосальпінкса.

Фактори ризику виникнення позаматкової вагітності

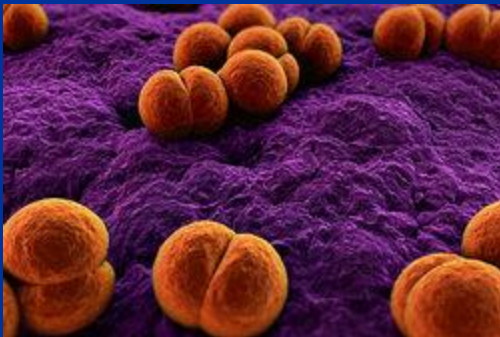
- запальні захворювання матки і придатків матки в анамнезі;
- рубцово-спайкові зміни органів малого тазу внаслідок перенесених раніше операцій на внутрішніх статевих органах, пельвіоперітоніту, абортів;

- порушення гормональної функції яєчників;
- генітальний інфантилізм;
- ендометріоз;
- тривале використання внутрішньоматкових контрацептивів;
- допоміжні репродуктивні технології.

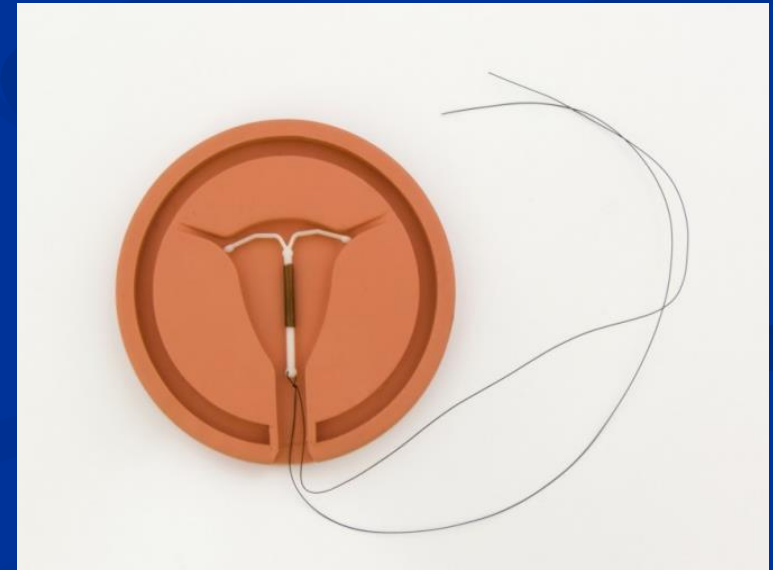
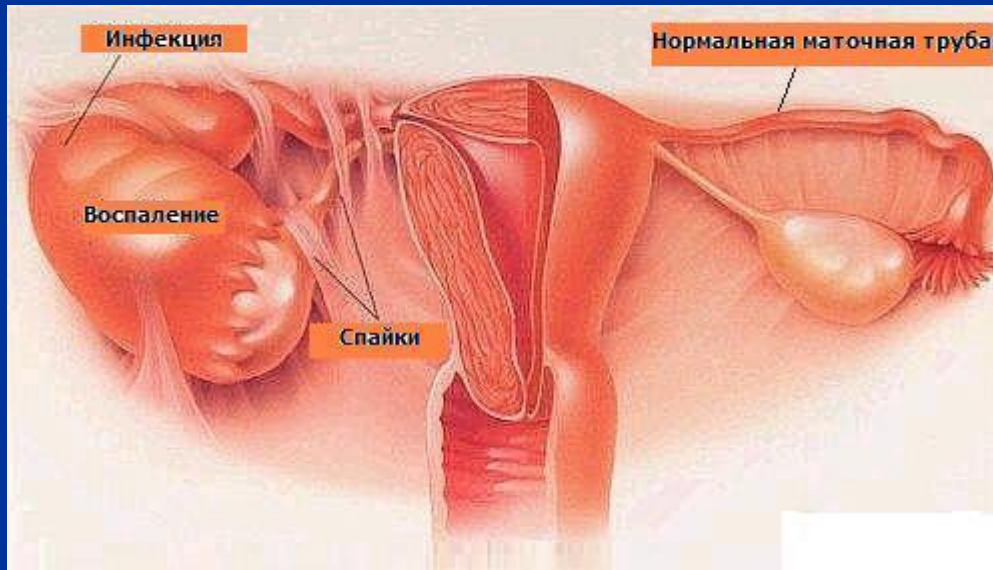
- до виникнення позаматкової вагітності приводять переважно запальні процеси придатків матки;



- найбільш поширеними інфекціями, які зумовлюють значний спайковий процес в органах малого таза, є:
 - гонорея;
 - хламідіоз;
 - туберкульоз;



- проте до виникнення перитубарних спайок може привести будь-яка неспецифічна інфекція внаслідок абортів, внутрішньоматкових діагностичних і лікувальних втручань, застосування ВМК, перенесеного апендициту.



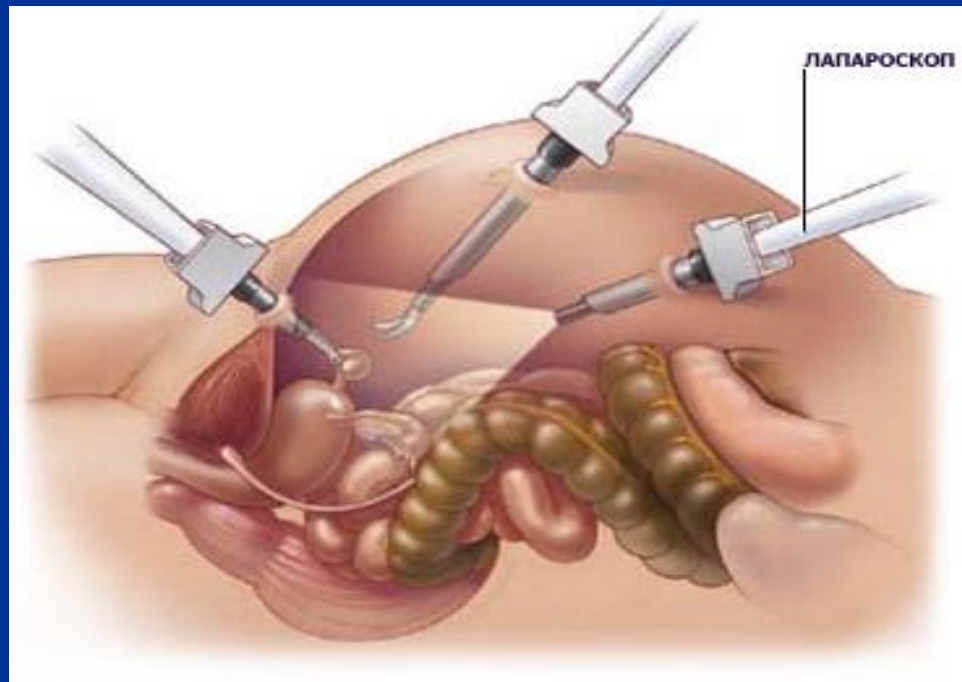
- слизова оболонка маткової труби реагує на запалення набряком, проліферацією сполучної тканини, що викликає порушення функції миготливого епітелію і значне звуження її просвіту;
- в результаті порушується анатомічне розташування маткової труби, її іннервація і здатність реагувати на вплив естрогенів і прогестерону;

- перераховані фактори призводять до порушення рухової активності маткової труби, що врешті-решт впливає на формування позаматкової вагітності.

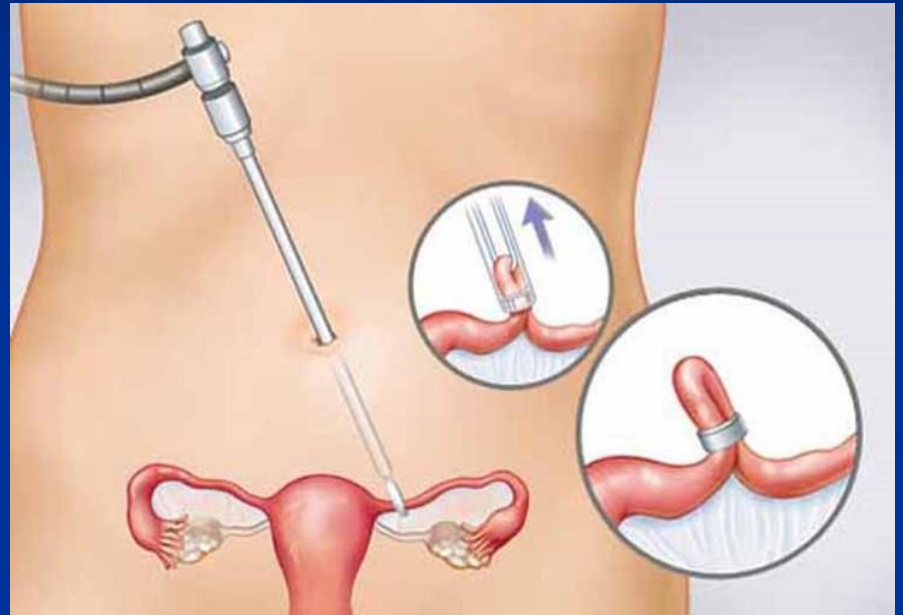
- крім порушення структури і функції маткових труб внаслідок запалення, в розвитку значного спайкового процесу з усіма вищеописаними наслідками важливу роль відіграє **ендометріоз**, що також може призводити до виникнення позаматкової вагітності.



- в останні роки зросла частота мікрохірургічних операцій на маткових трубах, метою яких є відновлення їх прохідності; при цьому на тлі відсутності перистальтики маткових труб виникає небезпека розвитку трубної вагітності;



- известны случаи наступления внематочной беременности после лапароскопической стерилизации.



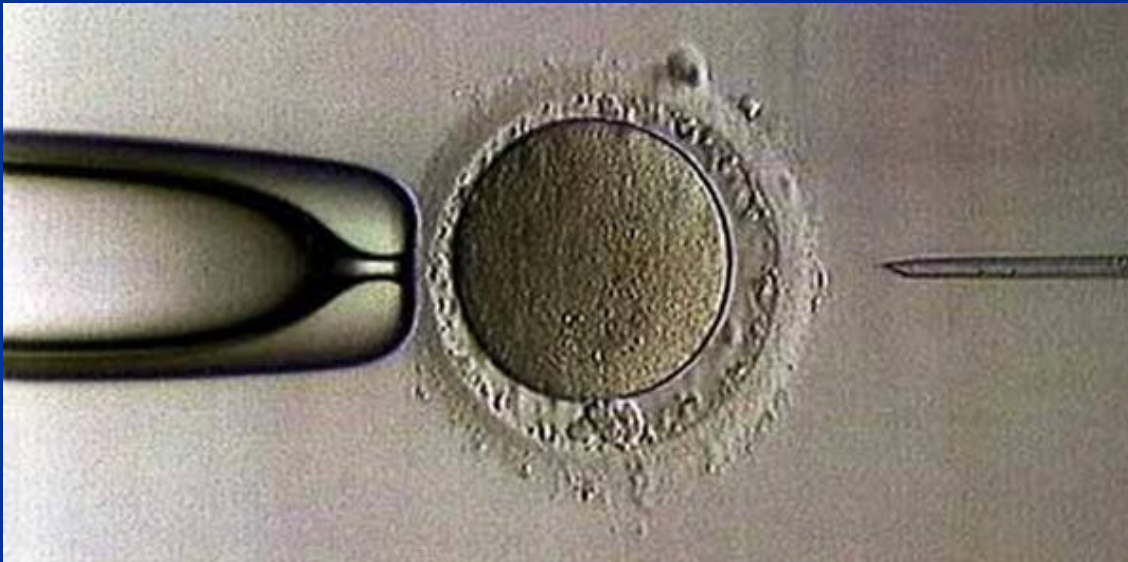
■ однією з причин позаматкової вагітності є порушення функції яєчників як наслідок гіпоталамо-гіпофізарної дисфункції, тому що встановлено, що перистальтика маткових труб і стан сфінктера, розташованого в інтерстиціальному відділі труби, залежать від впливу естрогенів і прогестерону;



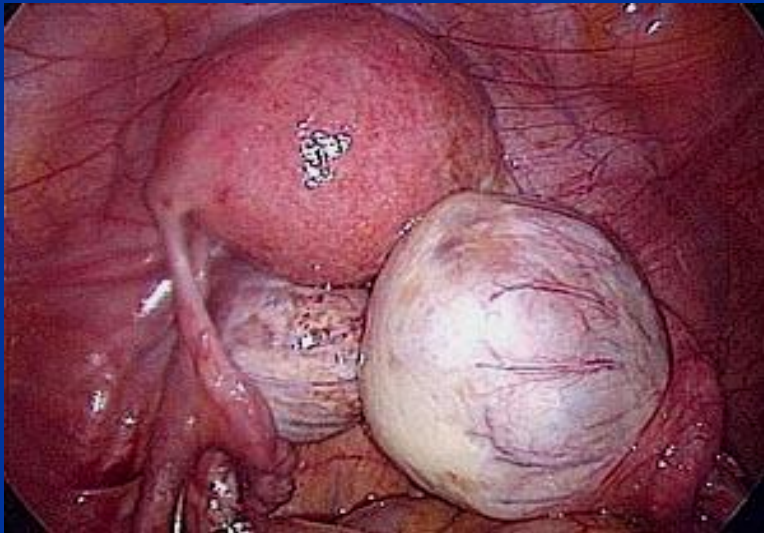
- з урахуванням цього можна пояснити досить високу частоту позаматкової вагітності серед жінок з генітальним інфантилізмом; в такій ситуації у зв'язку з гіпофункцією яєчників виникають анатомо-фізіологічні зміни в маткових трубах (довгі, покручені, зі слабкою перистальтикою), що призводить до імплантації заплідненої яйцеклітини в матковій трубі.



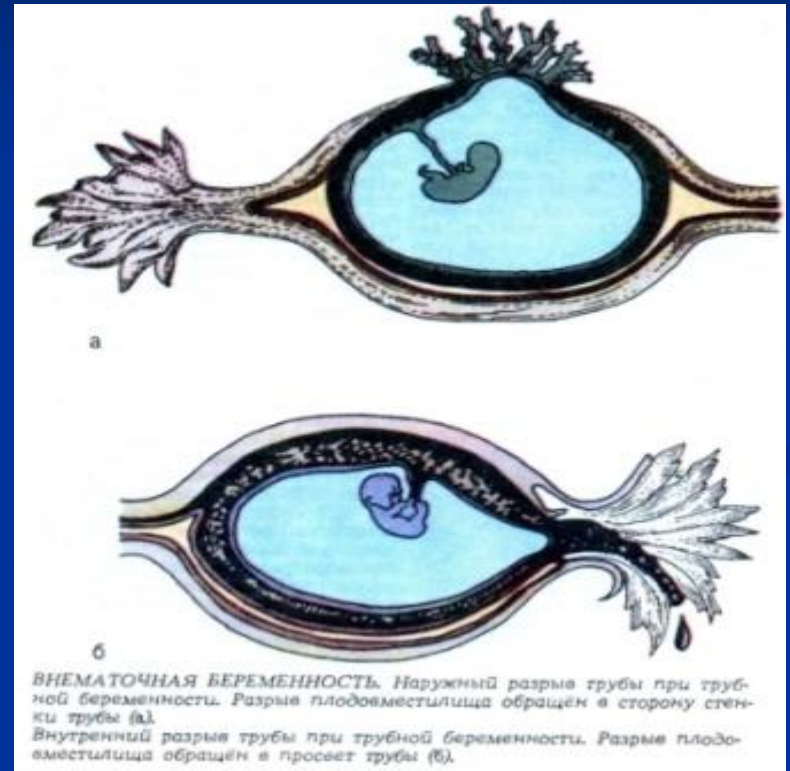
- в останні роки зареєстровані випадки настання позаматкової вагітності в результаті ЕКЗ, що обумовлено спазмом міосальпінксу під впливом медикаментозних препаратів, що стимулюють суперовуляцію, або за рахунок міграції бластоцисти після пересадки її в матку;



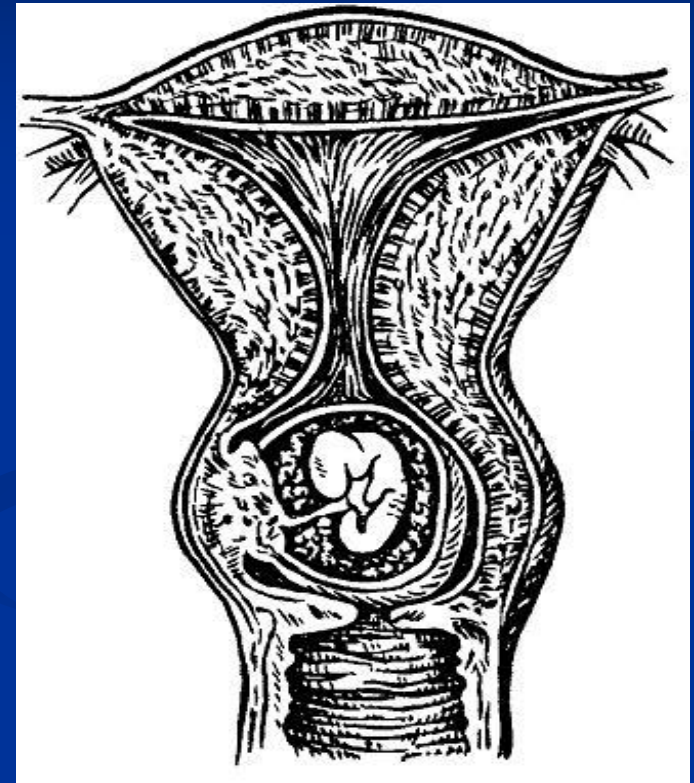
- певну роль в етіології ектопічної вагітності відіграють пухлини матки і придатків, що призводить до стиснення просвіту труби і порушення транспорту плодового яйця.



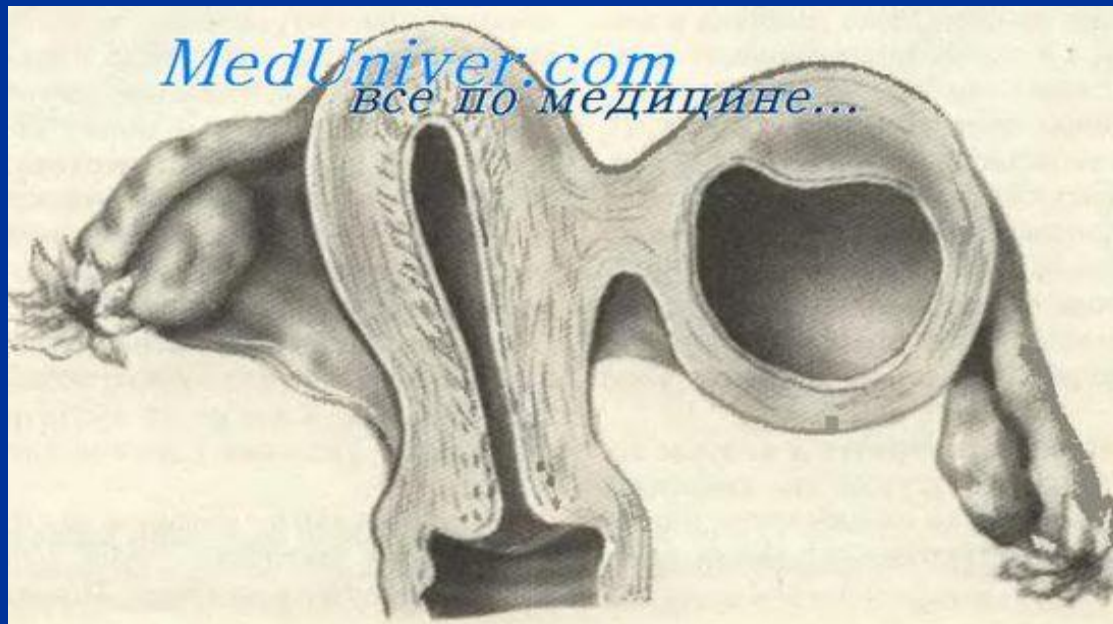
- одним з етіологічних факторів настання позаматкової вагітності є порушення протеолітичної активності трофобласта плодового яйця;
- при підвищеній активності нідация плодового яйця відбувається до потрапляння його в матку, тобто в матковій трубі;



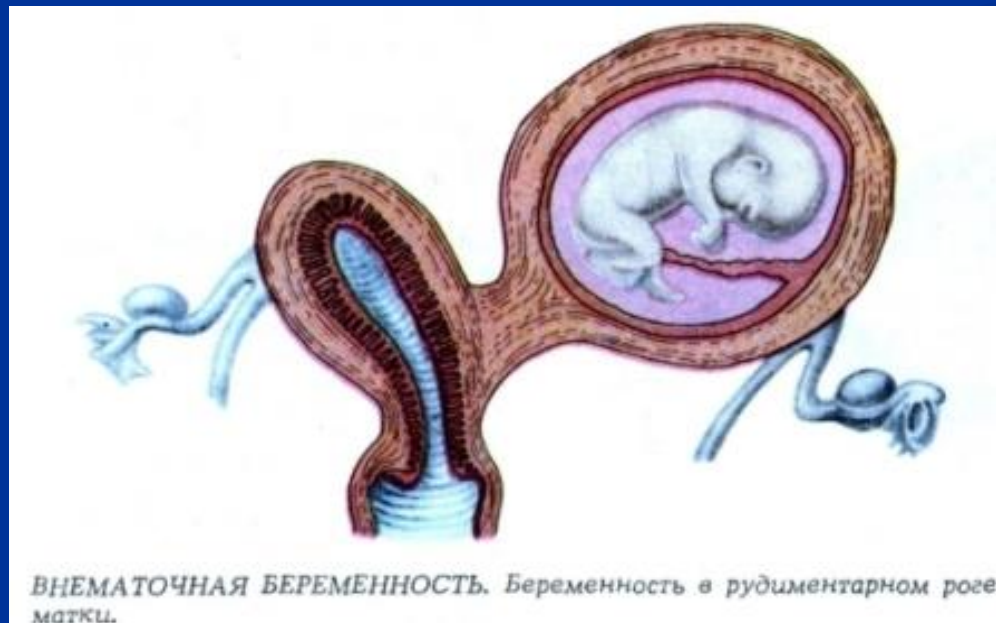
- при зниженій активності трофобласта або в разі уповільненого його утворення плодове яйце імплантується в шийці матки, тобто виникає шийкова вагітність.



- причиною формування вагітності в рудиментарному розі матки або матковій трубі може виступати міграція заплідненої яйцеклітини з однієї маткової труби в іншу;



- за період міграції відбувається дроблення заплідненої яйцеклітини і розвиток плідного яйця, внаслідок чого до моменту потрапляння його в іншу маткову трубу настає фаза імплантації і розвивається позаматкова вагітність.



Клінічна картина прогресуючої позаматкової вагітності

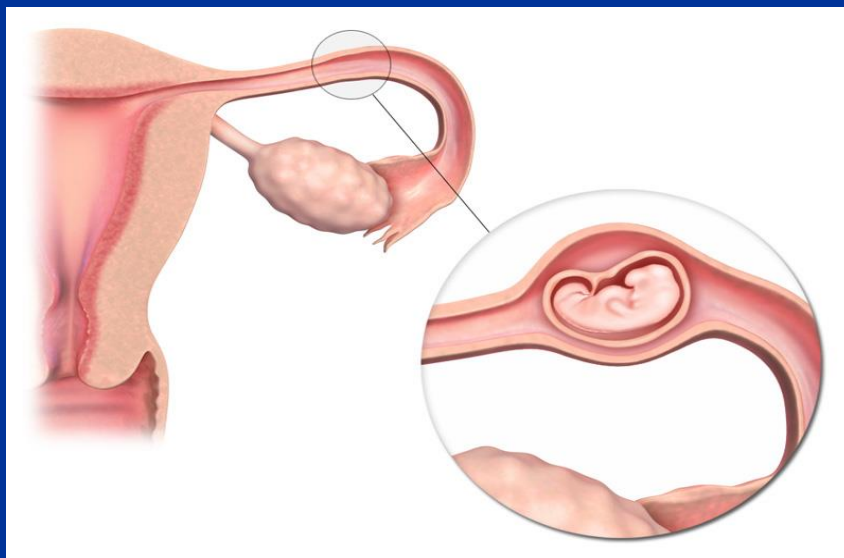
- діагностувати надзвичайно важко, тому що при цьому в організмі жінки виникають такі ж зміни, як і при матковій вагітності;



■ **основними клінічними проявами є:**

- ✓ ниючий біль внизу живота;
- ✓ затримка менструації;
- ✓ зрідка - кров'янисті виділення зі статевих шляхів;

- при бімануальному дослідженні пальпується м'яка збільшена матка, що не відповідає терміну вагітності, в області придатків матки з одного боку визначається болюче пухлиноподібне утворення тістоподібної консистенції;



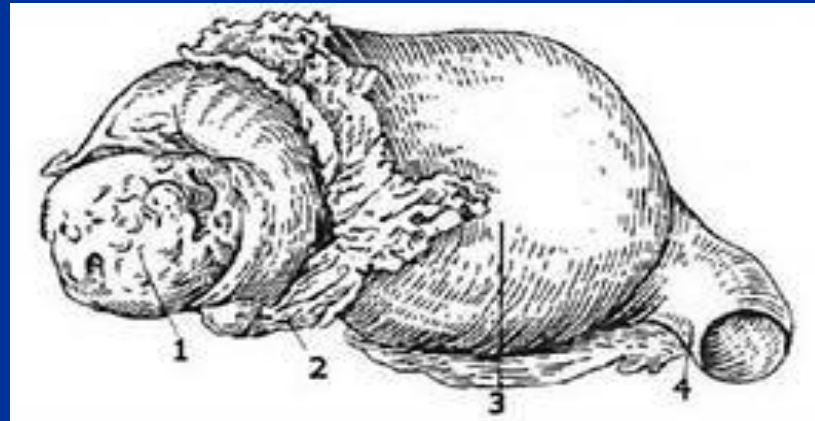
- при УЗ-дослідженні - відсутність плідного яйця в порожнині матки на тлі різко вираженої гіперплазії ендометрію; визначення в сечі або крові ХГ.



Трубний аборт

■ клінічна картина:

- 1) переймоподібний біль в нижніх відділах живота з іррадіацією в пряму кишку, лопатку, ключицю;
- 2) загальна слабкість, запаморочення, потемніння в очах, холодний піт, нудота;
- 3) періодично з'являються незначні темні кров'янисті виділення, обумовлені відторгненням децидуальної оболонки;



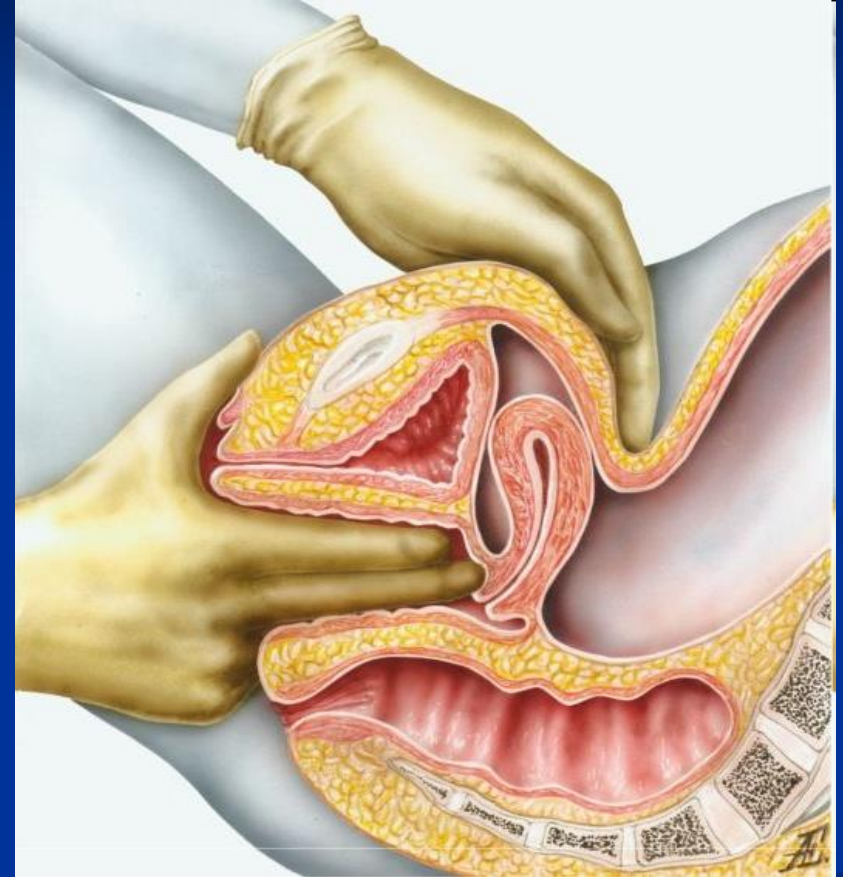
- об'єктивно: помірна тахікардія, блідість шкіри і слизових оболонок, живіт м'який, болючий при пальпації в нижніх відділах, напруга м'язів передньої черевної стінки відсутня, визначаються більш-менш виражені симптоми подразнення очеревини.



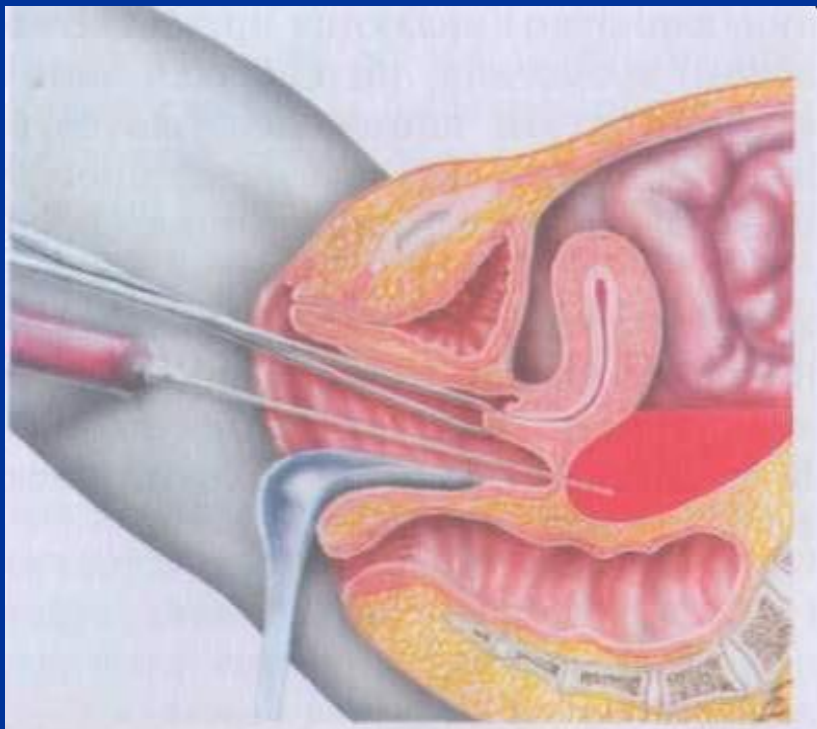
- при огляді в дзеркалах видно ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки, характерні кров'янисті виділення з каналу шийки матки;



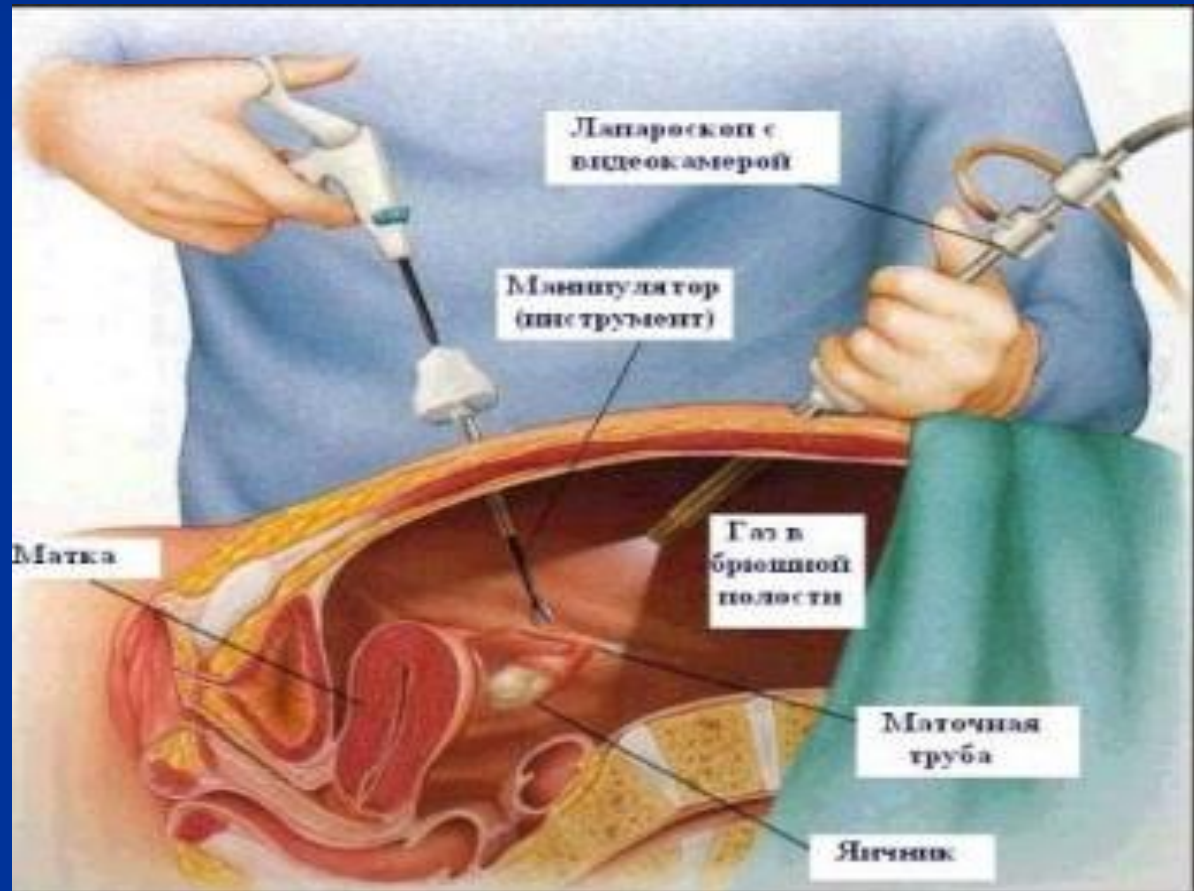
- бімануально - зовнішній матковий зів закритий, матка збільшена, проте не відповідає терміну вагітності, в області придатків пальпується витягнуте болюче утворення з обмеженою рухливістю;



- при підозрі на трубний аборт виконують пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви; отримана кров темного кольору, містить дрібні згустки та не згортається в пробірці;



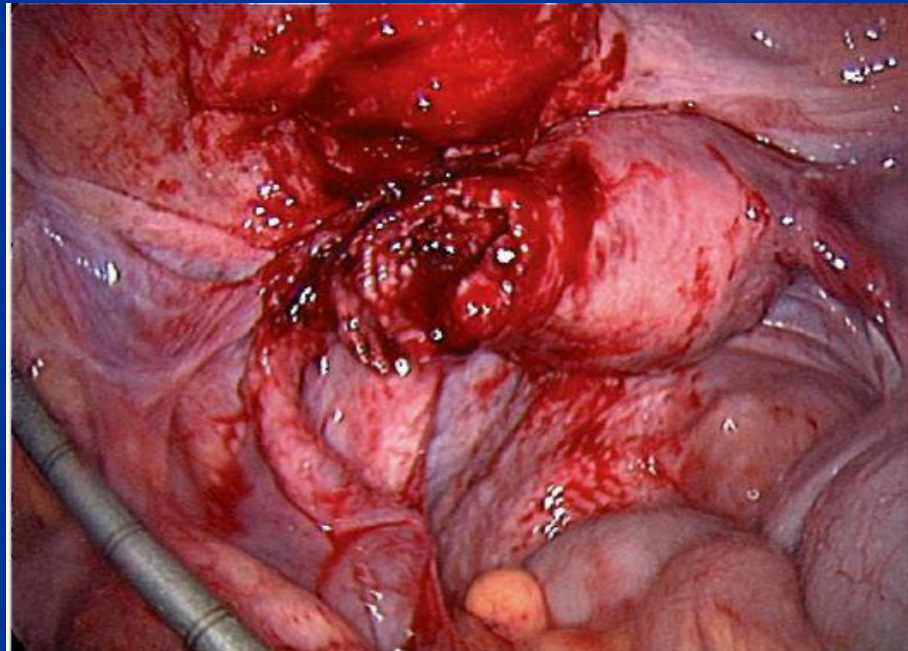
- лікування - оперативне (радикальне – тубектомія, або консервативно-пластичне – видалення плідного яйця з маткової труби зі збереженням її генеративної функції).



Розрив маткової труби

■ клінічна картина:

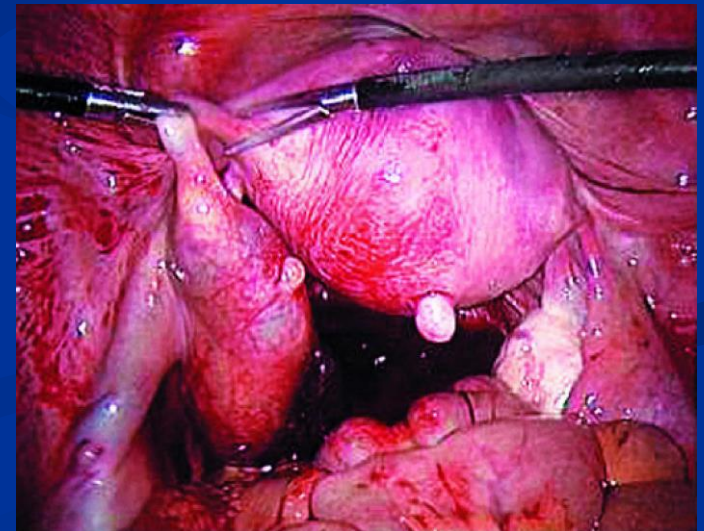
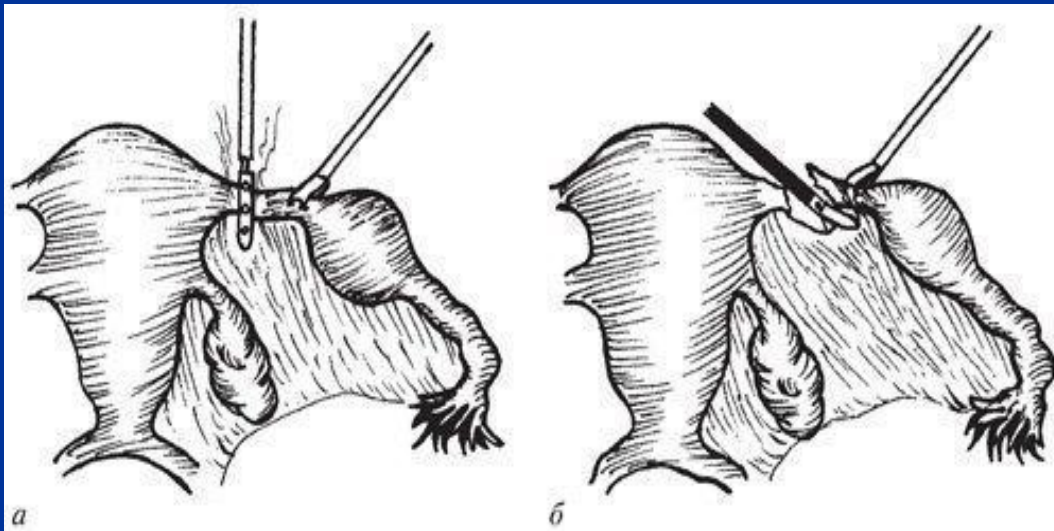
- 1) гострий біль внизу живота на тлі фізичного навантаження, з іррадіацією в пряму кишку, іноді в плече і лопатку (френікус-симптом);
- 2) загальна слабкість, запаморочення, потемніння в очах, холодний піт, можлива короткочасна втрата свідомості;



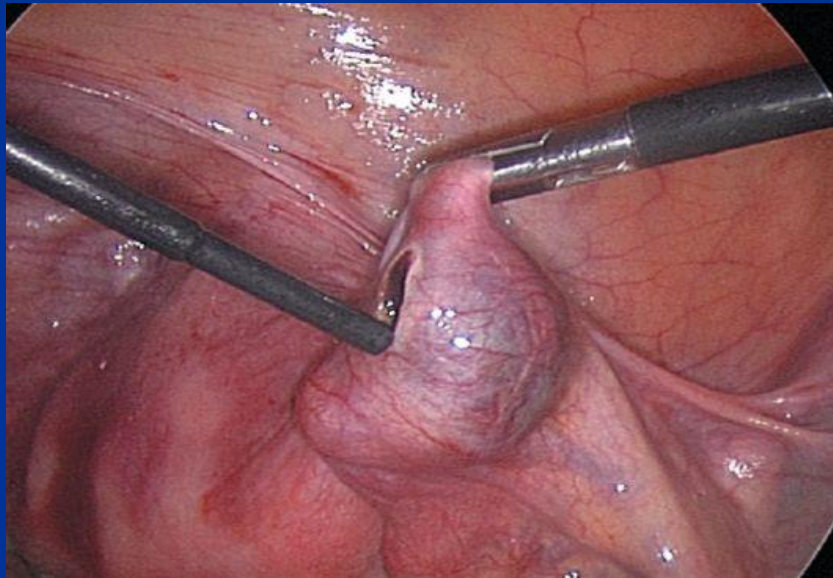
- об'єктивно: живіт помірно роздутий, болючий при пальпації, відзначаються симптоми подразнення очеревини;
- бімануально: в області придатків пальпується болюче утворення без чітких контурів, заднє склепіння нависає, різко болюче, відзначається симптом «плаваючої» матки.

- інформативним діагностичним тестом є пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви, яка дозволяє підтвердити наявність крові в черевній порожнині;
- остаточний діагноз встановлюють при проведенні лапароскопії, яка дозволяє візуально оцінити стан маткових труб;

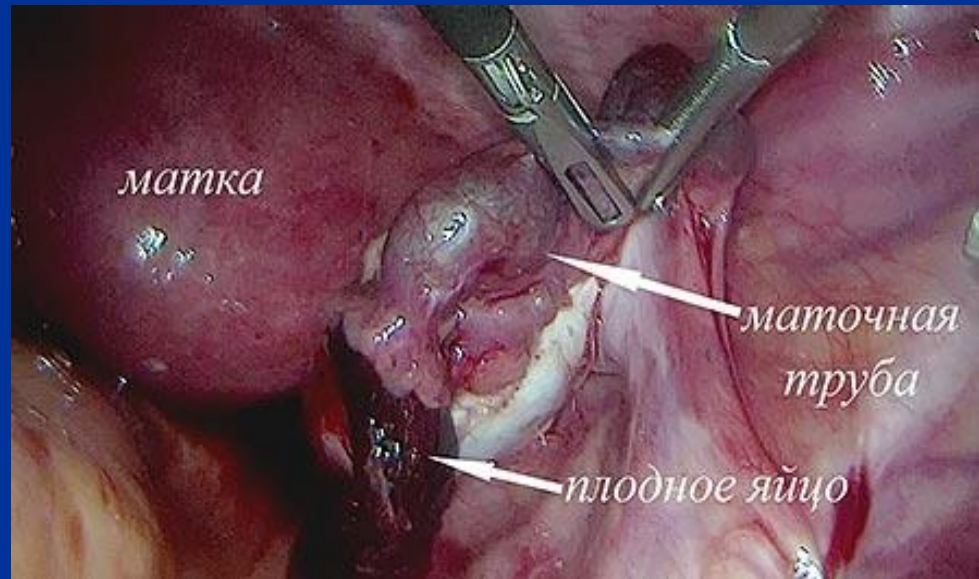
- лікування - оперативне (радикальне - тубектомія, або консервативно-пластичне - видалення плідного яйця з маткової труби зі збереженням її генеративної функції).



■ туботомія

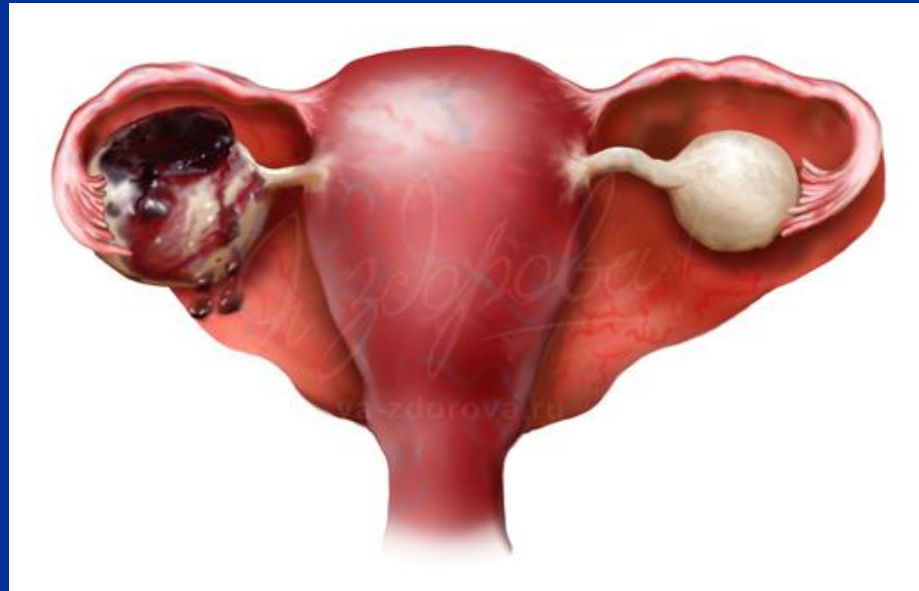


■ видалення плодового яйця з маткової труби

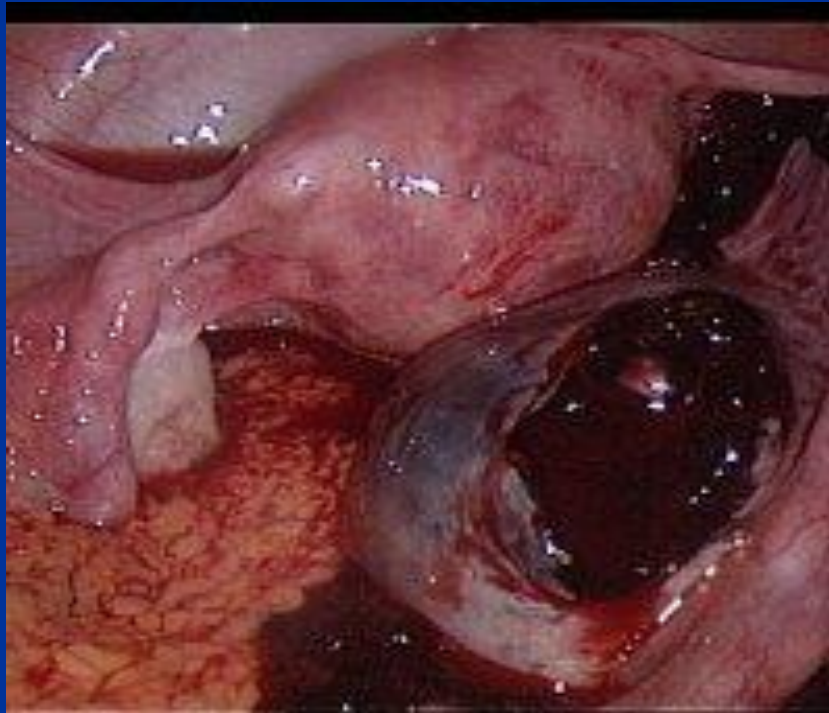


Апоплексія яєчника

- обумовлена раптовим крововиливом, який супроводжується порушенням цілісності тканини яєчника і нерідко внутрішньочеревною кровотечею;



- провокуючими факторами є травма, фізичне напруження, статеві зносини і т.п.



- захворювання починається раптово, на тлі повного благополуччя: в період овуляції з'являється гострий біль внизу живота з іррадіацією в пряму кишку;
- розрізняють больову і геморагічну (анемічну) форми апоплексії яєчника;

■ об'єктивно:

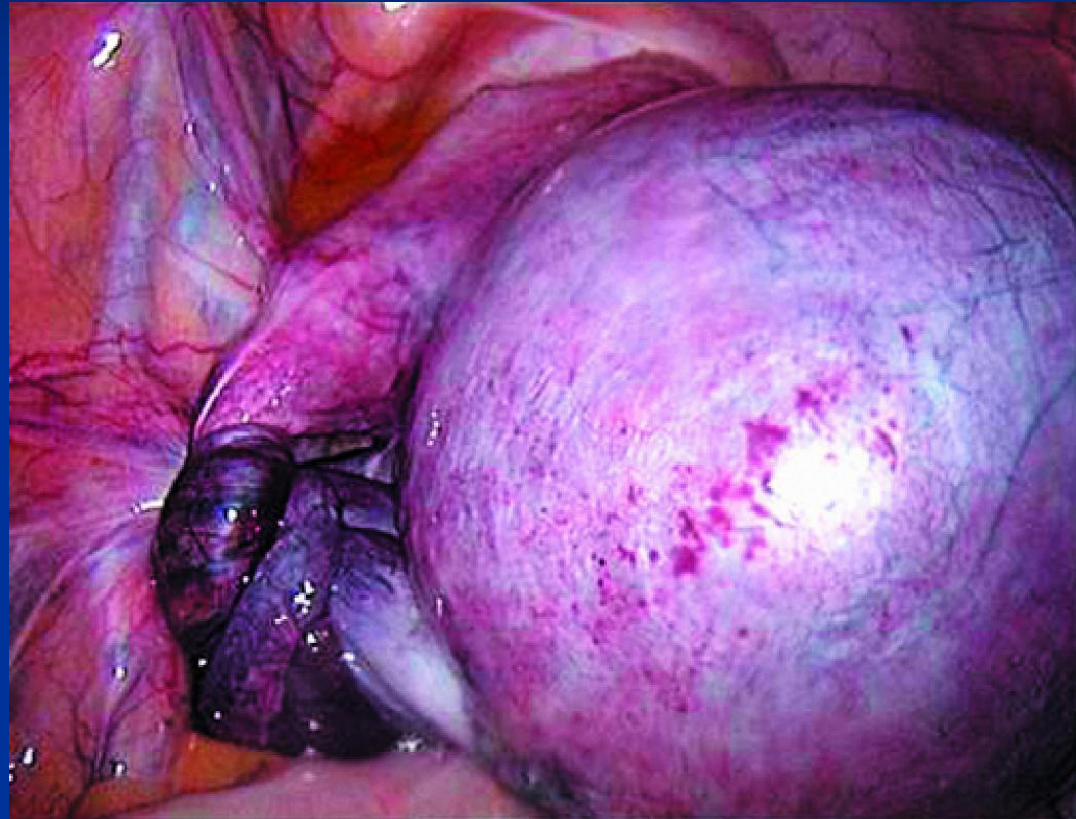
- ✓ блідість шкірних покривів і слизових оболонок,
- ✓ тахікардія,
- ✓ гіпотонія;
- ✓ якщо кровотеча у черевну порожнину масивна, розвиваються симптоми анемії, колапсу, шоку;
- ✓ живіт пальпаторно болючий, визначається напруження передньої черевної стінки на боці ураження і симптоми подразнення очеревини;

- при бімануальному дослідженні: придатки на стороні ураження різко болючі; при пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви отримують кров, що не згортається у пробірці;

- диференційний діагноз проводять з порушеною позаматкової вагітністю і гострим апендицитом;
- лікування – оперативне: резекція або ушивання яєчника лапароскопічним або лапаротомічним доступом.

Перекрут ніжки пухлини яєчника

- розрізняють:
 - анатомічну ніжку
пухлини, що включає
брижі яєчника, власну
зв'язку яєчника,
підвішуючу зв'язку
яєчника, кровоносні
судини (яєчникова
артерія, вена),
лімфатичні судини,
нерви, і хірургічну,
що утворюється
внаслідок перекрута
анатомічної і включає
маткову трубу;



■ перекрут буває:

- ✓ швидкий і поступовий,
- ✓ повний (на 360 градусів і більше) і частковий (менше, ніж на 360 градусів).

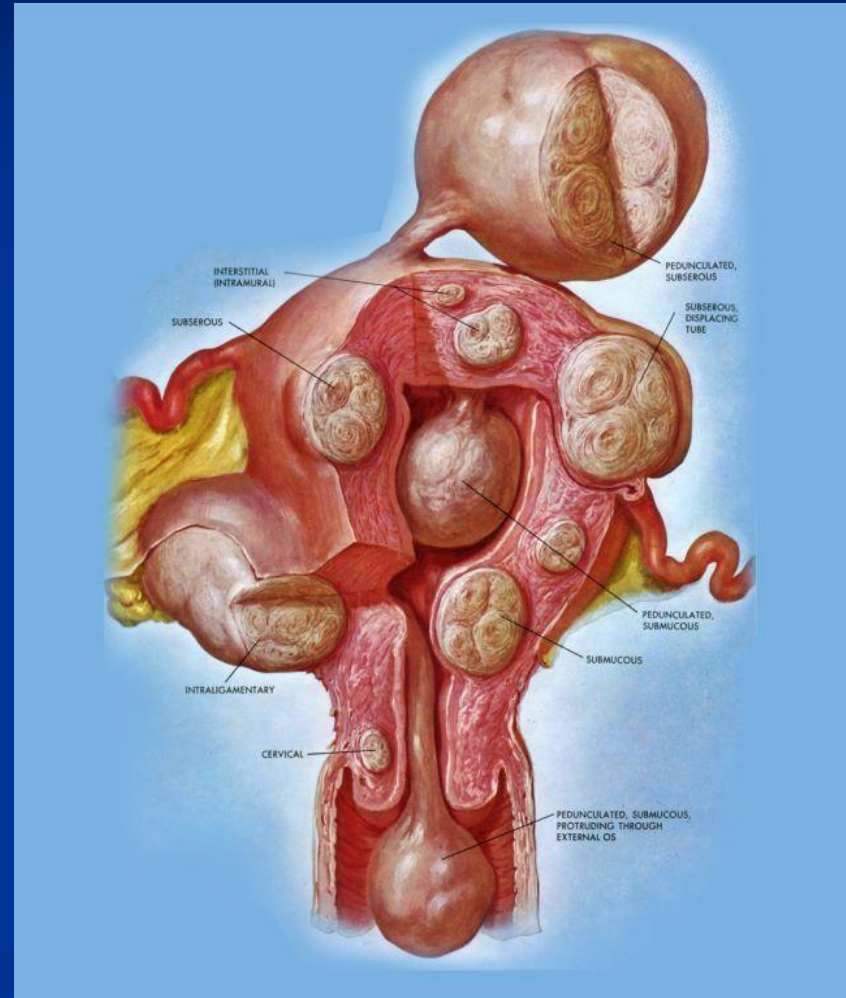
- захворювання починається з різкого болю переймоподібного характеру з іррадіацією в поперекову область і нижні кінцівки, потім приєднуються тахікардія, субфебрилітет, нудота, блювота, затримка випорожнень і газів;

- об'єктивно: живіт роздутий, пальпаторно відзначаються ригідність м'язів передньої черевної стінки і симптоми подразнення очеревини;
- при бімануальному дослідженні: в області придатків визначається різко болюче пухлиноподібне утворення, тугоеластичної консистенції, обмежене в рухливості;

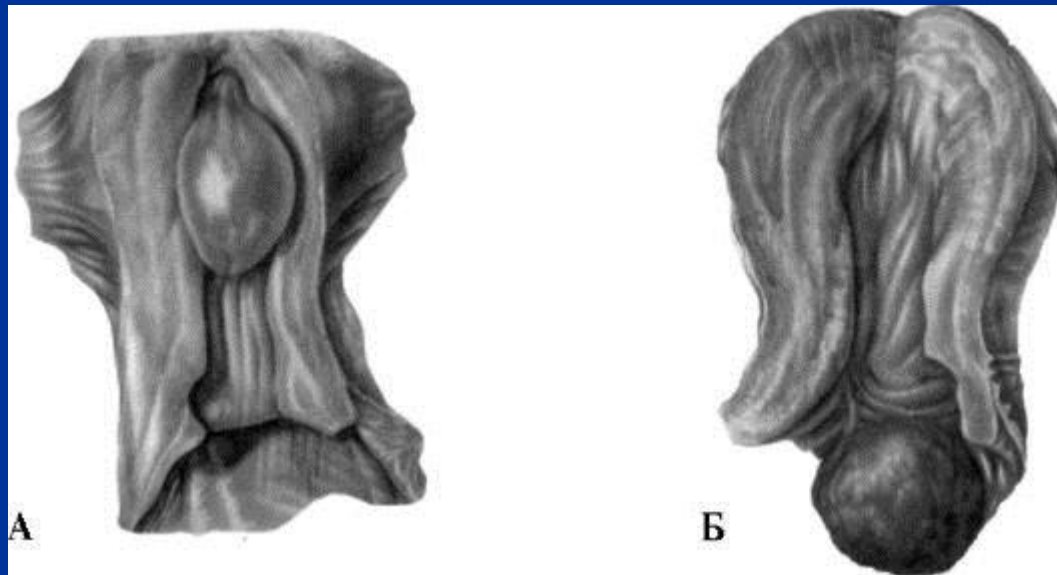
- захворювання необхідно диференціювати з порушеною позаматковою вагітністю і гострим апендицитом;
- лікування оперативне - видалення придатків з пухлиною, не розкручуючи ніжку (з метою уникнути емболії з затромбованих судин); відразу після видалення пухлини необхідне проведення експрес-діагностики для вирішення питання про розширення об'єму операції.

Лейоматозний вузол, що народжується

- серед субмукозних вузлів розрізняють особливу форму - пухлини, що народжуються, які проростають в порожнину матки у напрямку до внутрішнього зіву;
- народження міоматозних вузлів призводить до згладжування і розширення країв маткового зіву і нерідко супроводжується виходом пухлини за межі останнього;



- процес супроводжується профузними матковими кровотечами, переймоподібним болем і порушенням кровообігу в вузлі;
- якщо видалити вузол вагінальним доступом не вдалося, показана лапаротомія, екстирпація матки.

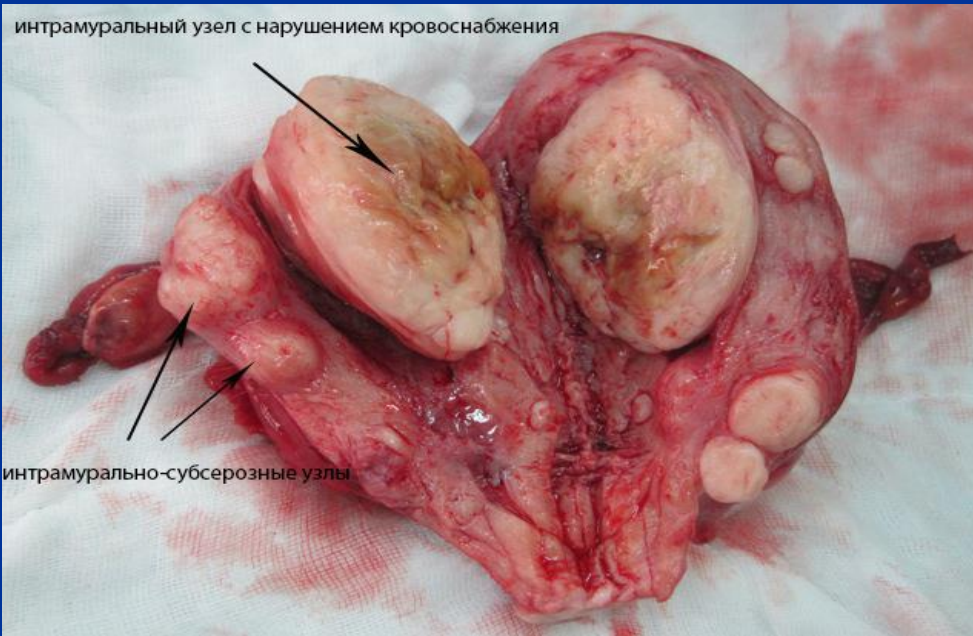


Некроз міоматозного вузла

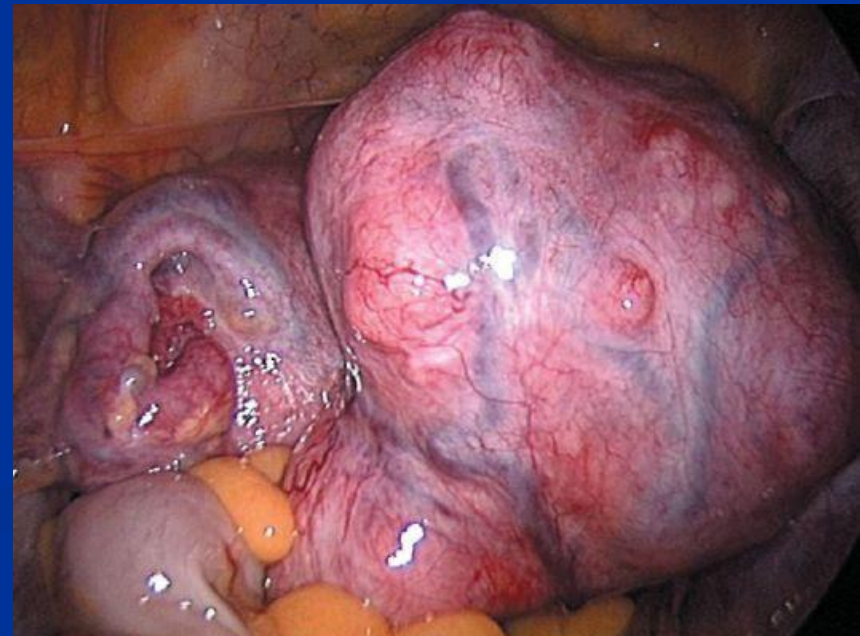
■ проявляється дегенеративними змінами в вузлах (внаслідок порушення системи складних біохімічних процесів в судинах, що живлять пухлину, а також перекручення ніжки субсерозних вузлів);



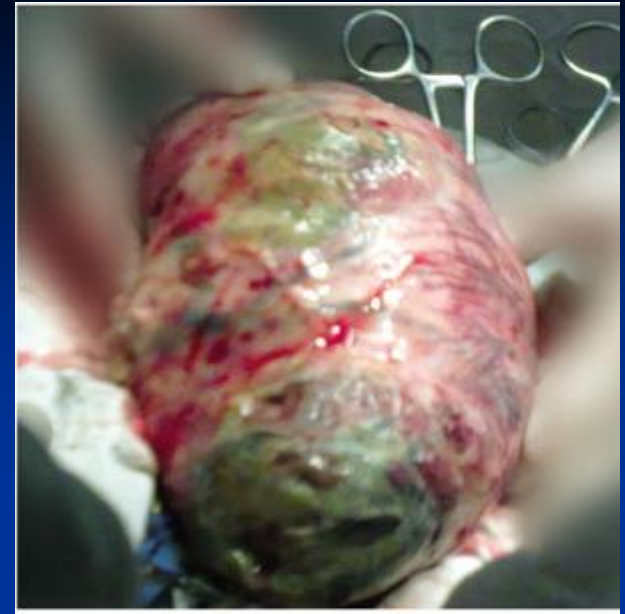
интрамуральный узел с нарушением кровоснабжения



интрамурально-субсерозные узлы

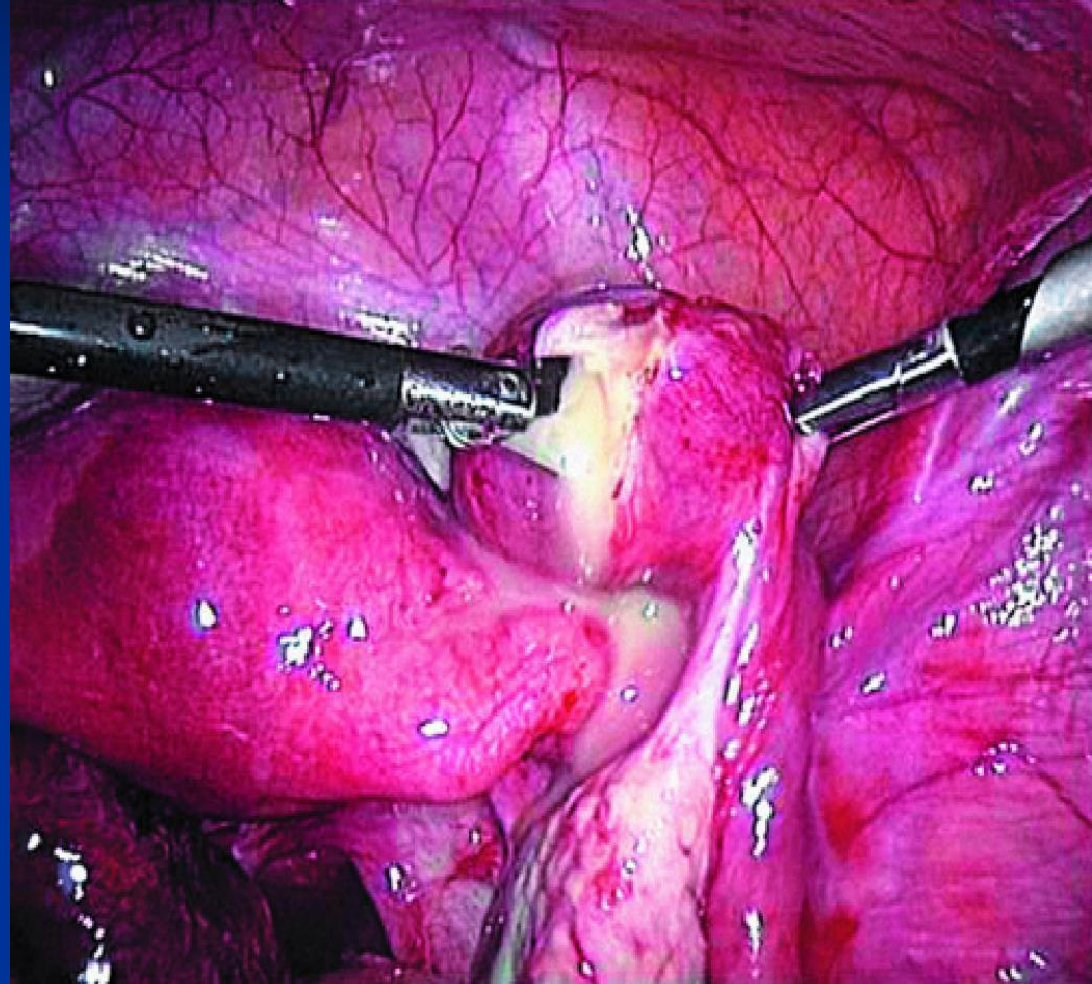


- вузол набуває сіро-чорного забарвлення, тканина пухлини стає ламкою, легко рветься;
- супроводжується клінічною картиною гострого запального процесу аж до розвитку стану гострого живота;
- при неефективності консервативного лікування (спазмолітики, АБ і інфузійна терапія) - оперативне втручання.



Піосальпінкс і піовар

- при наявності піосальпінксу і піовару в запальний процес нерідко втягуються очеревина, сальник, петлі кишечника з утворенням єдиного запального конгломерату;



- розвивається клінічна картина гострого живота з високою температурою тіла, ознобом, нудотою, блювотою, лейкоцитозом, збільшенням ШОЕ.



- в ході гінекологічного обстеження виявляють пухлиноподібне болюче утворення з щільною капсулою і нечіткими контурами за рахунок зрощення з суміжними органами;
- при наростанні симптомів гострого живота виникає загроза розриву піосальпінксу (піовару) з вилиттям гною в черевну порожнину і розвитком розлитого гнійного перитоніту;

- гній може також вилитися в сечовий міхур, пряму кишку і піхву, викликавши запальний процес в цих органах;
- прорив гнійника в пряму кишку супроводжується тенезмами, виділенням слизу, нерідко - діареєю, прорив в сечовий міхур - частими і болючими позивами до сечовипускання; при гнійних процесах в придатках матки після спорожнення їх через піхву часто залишаються тривалі свищі.

■ діагноз встановлюють на підставі:

- 1) даних анамнезу щодо тривалого перебігу запалення придатків матки з частими загостреннями;
- 2) раптового гострого початку, яке іноді супроводжується симптомами інфекційно-токсичного або больового шоку;
- 3) типової клінічної картини розлитого перитоніту;
- 4) результатів гінекологічного обстеження (виявлення запального конгломерату з нечіткими контурами);

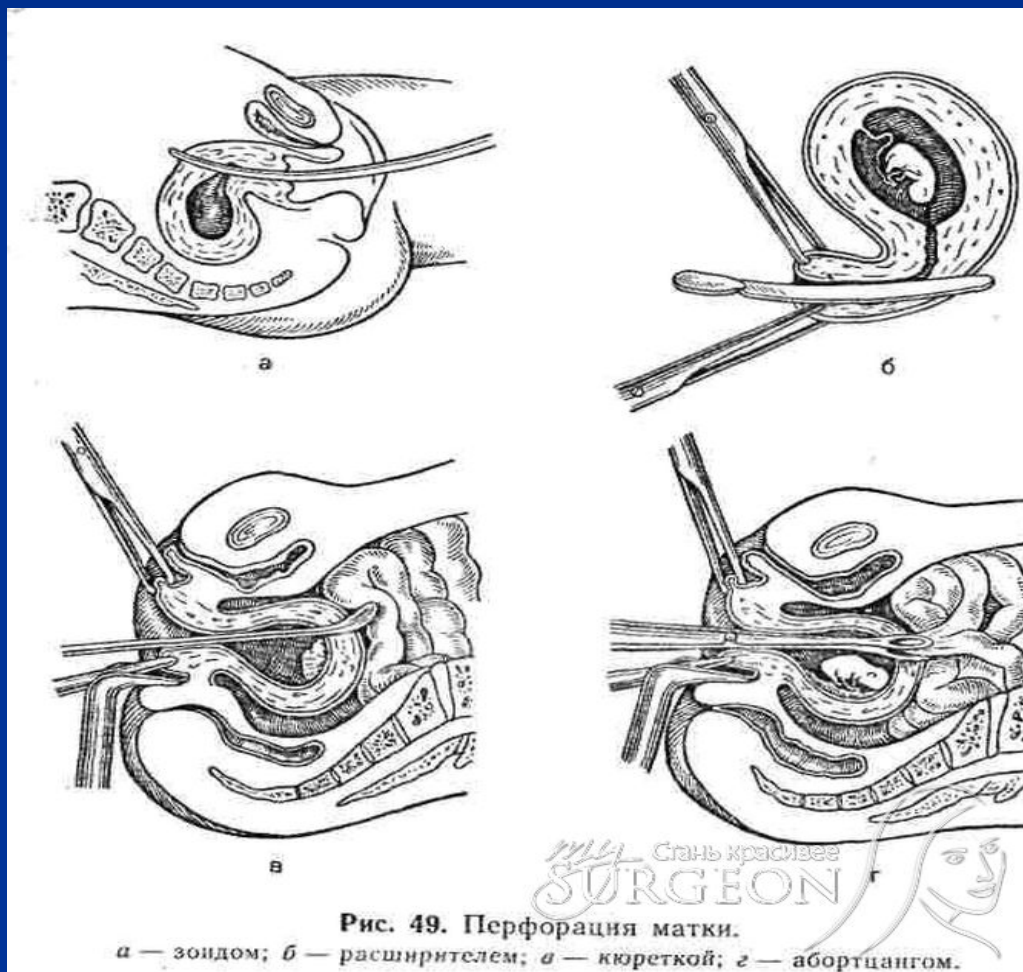
■ лікування підбирають індивідуально для кожної пацієнтки:

- ✓ молодим хворим з одностороннім процесом проводять аднексектомію,
- ✓ в літньому віці показана надпівхвова ампутація або екстирпація матки з придатками;

- слід зазначити, що внаслідок тривалих запальних процесів утворюються зрощення уражених придатків матки з кишечником, сальником, сечовим міхуром, тому оперативне втручання в технічному аспекті представляє значні труднощі.

Перфорація матки

- може статися на будь-якому етапі операції медичного аборту - зондування матки, розширення шийного каналу, вишкрібання порожнини матки;



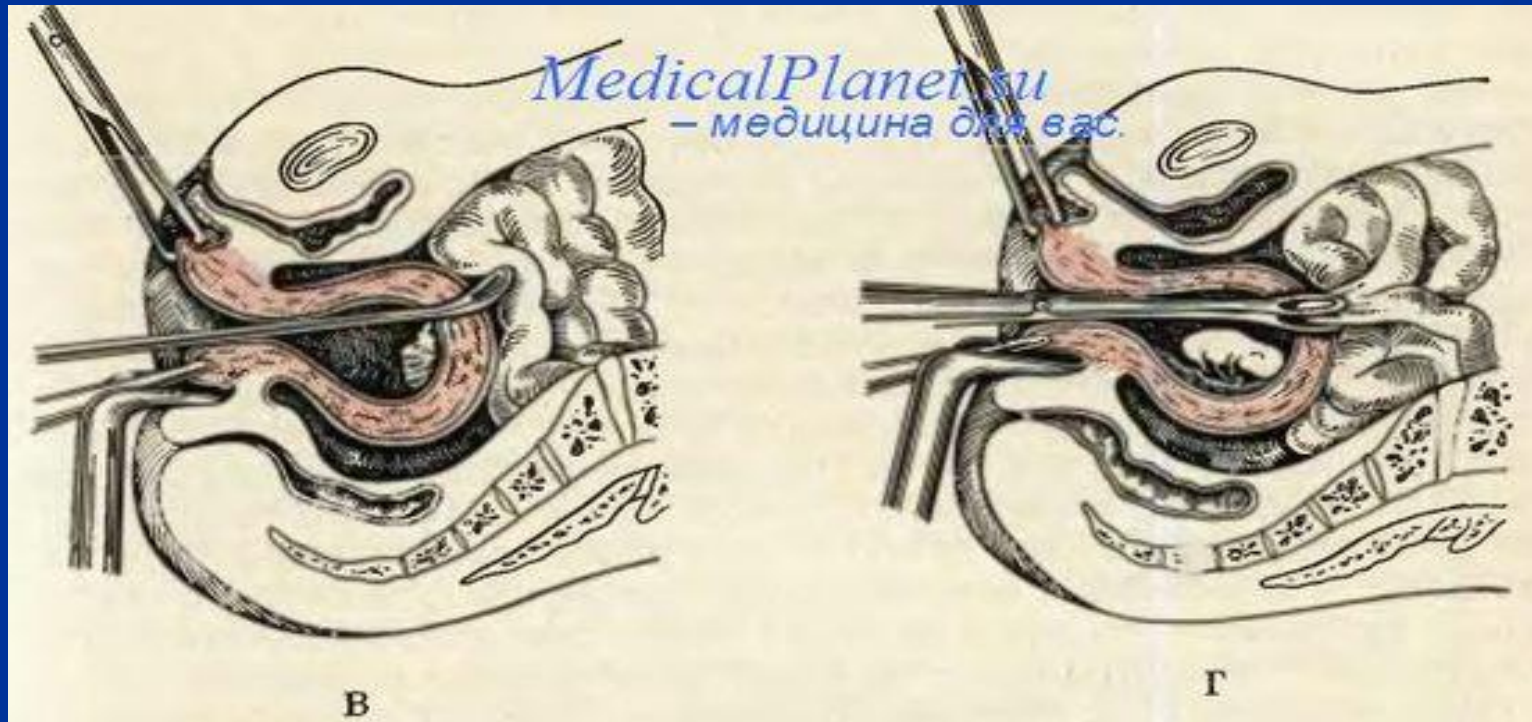
■ перфорація матки може бути обумовлена:

- ✓ неправильним положенням матки (гіперантефлексія, ретрофлексія),
- ✓ деструктивними змінами в стінці матки, викликаними розростанням і розпадом пухлинної тканини, наприклад, при раку, хоріонкарціномі тощо.

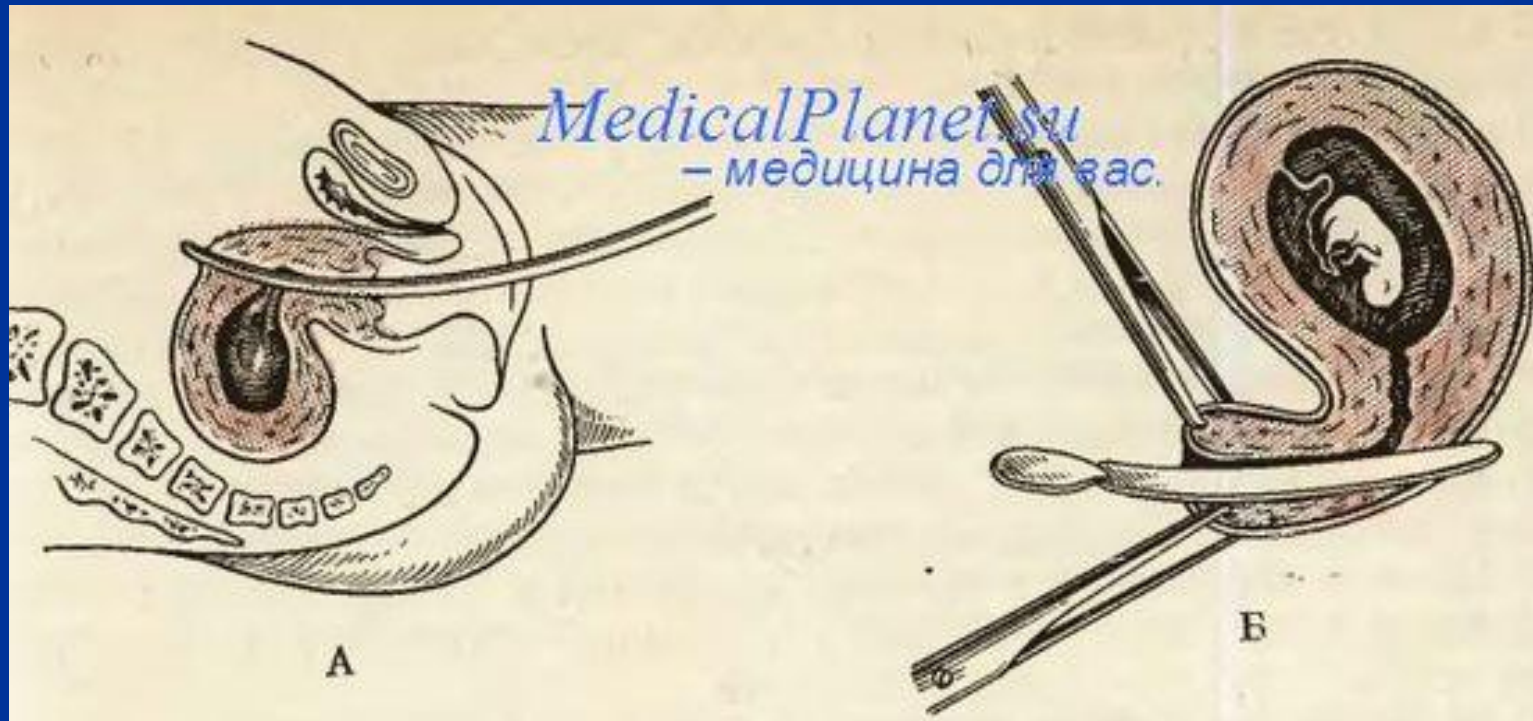
■ розрізняють:

- ✓ неускладнені перфорації (без пошкодження суміжних органів);
- ✓ ускладнені (травмування кишечника, сальника, сечового міхура, придатків матки і ін.);

- клінічна картина визначається локалізацією, ступенем пошкодження і порушенням цілісності суміжних органів;
- найбільш небезпечними травмами вважаються пошкодження при проведенні кюреткой і абортцангом;



- перфорація матки матковим зондом без травмування очеревини і при відсутності кровотечі може протікати безсимптомно;
- перфорація з пошкодженням очеревини супроводжується гострим болем аж до розвитку шоку.



- для перфорації матки в області судинного пучка характерна клінічна картина масивної внутрішньої або зовнішньої кровотечі;
- вираженими симптомами перфорації матки є проникнення інструменту (зонд, розширювач, кюретка) на глибину, значно більшу, ніж довжина порожнини матки, витягування через перфораційні отвір сальника, петель кишечника, різка зміна стану хворої (гострий біль, шок і внутрішня кровотеча).

Тактика

- при перфорації або при підозрі на це ускладнення тактика лікаря полягає в негайному припиненні всіх подальших маніпуляцій;
- введення наркотичних і анальгетичних засобів протипоказано!

- в разі перфорації матки зондом або невеликим розширником - динамічне спостереження (пальпація живота з метою виявлення симптомів подразнення очеревини, спостереження за появою зовнішньої кровотечі, діурезом, систематичне вимірювання артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, оцінювання клінічного аналізу крові);

- при відсутності симптомів подразнення очеревини і внутрішньої кровотечі продовжують консервативне лікування (дезінтоксикаційна, антибактеріальна терапія, засоби, що скорочують матку і ін.);

- при прискоренні пульсу, підвищення t тіла, появі симптомів пельвіоперітоніту показана пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви, при отриманні крові – негайна лапаротомія; посилення симптомів подразнення очеревини і внутрішньої кровотечі - показання до термінової лапаротомії навіть при негативному результаті пункції.