**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет** медичний № 2

**кафедра** акушерства і гінекології № 3

**не опорна**

**адреса** вул. В. Кучера, 7

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ**

**«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Невідкладні стани в гінекології.»**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»**

**за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)**

**рівня галузі знань 22 «Охорона здоров’я» у вищих навчальних закладах**

**ІV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2**

**Затверджено**

На методичній нараді кафедри

акушерства і гінекології №3

протокол № 10 від 03.1.2024 р.

**Завідувач кафедри**

**акушерства і гінекології №3,**

**д.мед.н., професор Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

**УДК 618 (072)**

***Методичні вказівки для студентів IV курсу медичного факультету №2 з акушерства та гінекології***

**Авторський колектив:**

***Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.***

***Професор, д.мед.н. Диндар О.А.***

***Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.***

***Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.***

***Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.***

***Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.***

***Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.***

***Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.***

***Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.***

***Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.***

***Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.***

***Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.***

***Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.***

***Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.***

***Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.***

***Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.***

***Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.***

***Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.***

***Асистент Чеботарьова А.С.***

***Асистент, к.мед.н. Бала О.О.***

***Асистент Фурса-Совгіра Т.М.***

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 10 від 04.01.2023**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 10 від 03.01.2024**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № від**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № від**

**Тема: Невідкладні стани в гінекології.**

**І. Актуальність теми.**

Сукупним терміном *«гострий живіт» –* означає гостро виникаючі патологічні процеси в черевній порожнині різної етіології та клінічного перебігу. Не дивлячись на різноманітні причини, симптоматика „гострого живота*”* в гінекології має багато загальних ознак. Всі захворювання з картиною „гострого живота*”* потребують негайної госпіталізації хворих, правильної та своєчасної діагностики та надання невідкладної допомоги.

**II. Навчально-виховні цілі:**

В результаті проведення заняття студент повинен ***знати:***

* клініку невідкладних станів в гінекології, що сприяють виникненню "гострого живота";
* основні принципи діагностики, диференційну діагностику та діагностичні помилки невідкладних станів в гінекології;
* принципи лікування і методи надання невідкладної допомоги гінекологічним хворим з порушеною позаматковою вагітністю, апоплексією яєчника, перекрутом ніжки пухлини яєчників.
* травматичні ушкодження жіночих статевих органів, їх походження;
* клінічний перебіг травматичних ушкоджень жіночих статевих органів;
* принципи лікування травматичних ушкоджень жіночих статевих органів;
* етіологія та патогенез міхурово- та уретрогенітальних нориць;
* класифікація, діагностика, клінічний перебіг сечостатевих нориць.
* лікування сечостатевих нориць;
* заходи профілактики травматичних ушкоджень та нориць жіночих статевих органів.

***Вміти:***

* скласти план обстеження хворої з позаматковою вагітністю, апоплексією яєчника, перекрутом ніжки пухлини яєчників;
* оцінити результати клініко-лабораторного обстеження хворої з симптомокомплексом "гострого живота";
* виявити симптоми внутрішньочеревної кровотечі та порушення гемодинаміки;
* техніка проведення та оцінка результатів кульдоцентезу ;
* провести диференційну діагностику різних форм "гострого живота";
* діагностувати та розробити тактику лікування травматичних ушкоджень жіночих статевих органів;
* визначити об’єм оперативного втручання при сечостатевих та кишково-статевих норицях.

**III. Вихідні і базові знання**

1. Анатомія - анатомічні особливості жіночих статевих органів. Топографія органів малого тазу.

2. Хірургія - основні хірургічні доступи, які використовуються для проведення оперативних втручань в черевній порожнині.

3. Фармакологія - вивчення фармакологічних препаратів, що використовуються при наданні невідкладної допомоги в гінекологічній практиці.

**IV. Зміст навчального матеріалу**

Поняття «гострий живіт» є збірним. Під цим терміном об'єднують гостро виникаючі патологічні процеси в черевній порожнині, різні за етіологією та клінічним перебігом. Незважаючи на різні причини, симптоматологія «гострого живота» в гінекології при цьому має багато спільних рис. До них відносяться:

− раптовість появи болю серед уявного повного здоров'я. Болі частіше починаються внизу живота, поступово посилюючись і поширюючись по всьому животу. Вони можуть бути настільки сильними, що викликають непритомний стан;

− наявність нудоти, блювання;

− порушення нормального відходження кишкових газів і калу, поява симптомів подразнення очеревини.

Причини «гострого живота» умовно можна розподілити на три групи:

− 1-а група - гострі внутрішньочеревні кровотечі (порушена позаматкова вагітність, апоплексія яєчника);

− 2-а група - порушення кровообігу у внутрішніх статевих органах (перекрут ніжки пухлини й пухлиноподібних утворень яєчника, перекрут та/або некроз міоматозного вузла);

− 3-я група - гострі запальні захворювання внутрішніх статевих органів з втягненням у процес очеревини.

Усі захворювання, що супроводжуються клінічною картиною «гострого живота», вимагають негайної госпіталізації хворих, проведення діагностики та надання невідкладної допомоги.

**ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ (ектопічна) –** імплантація заплідненої яйцеклітини за межами порожнини матки.

За останні десятиріччя частота позаматкової вагітності збільшилася в 2-3 рази та складає в середньому 12-14 на 1000 вагітностей. Ектопічна вагітність являє серйозну небезпеку для здоров’я та життя жінки, у зв’язку з відсутністю умов для розвитку вона найчастіше переривається на ранніх термінах, супроводжується внутрішньочеревною кровотечею, та стає причиною „гострого живота”. При несвоєчасній діагностиці, без надання невідкладної допомоги позаматкова вагітність може стати однією із причин материнської смертності.

*В залежності від місця імплантації плідного яйця позаматкова вагітність розподіляється на:*

1. Трубну (98,5-99%):

a) ампулярну;

b) істмічну;

c) інтерстиціальну;

2. Яєчникову (0,1-0,7%):

a) на поверхні яєчника;

b) в середині фолікула;

3. В рудиментарному розі матки (0,5%) - виділяється певною мірою умовно, за клінічним перебігом;

4. Черевну (0,3-0,4%):

a) первинну - імплантація на парієтальній очеревині, сальнику чи будь-якому органі черевної порожнини;

b) вторинну - прикріплення плідного яйця до очеревини після вигнання його з труби.

5. Шийкову (0,01%)

Найбільш часто зустрічається істмічна та ампулярна вагітність. Інші форми є рідкісними. Можливі сполучені варіанти.

**Класифікація 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.

Найбільш часто зустрічається істмічна та ампулярна вагітність. Інші форми є рідкісними. Можливі сполучені варіанти.

**Етіологія.** Існує три теорії виникнення позаматкової вагітності:

* овулогенна теорія - позаматкова вагітність виникає внаслідок збільшеної біологічної енергії заплідненого яйця, що прискорює процес утворення трофобласту, ця теорія носить гіпотетичний характер.
* теорія порушення просування плідного яйця
* теорія зовнішнього просування яйця

Причини, що обумовлюють порушення просування плідного яйця:

* Запальні захворювання труб. Внаслідок запальних змін слизова оболонка труби злипається, її просвіт зменшується, запліднена яйцеклітина не може імплантуватись в матці і тому прикріплюється і розвивається в слизовій оболонці труби. В анамнезі у жінок з позаматковою вагітністю часто зустрічаються запальні захворювання додатків, інколи туберкульозної або гонорейної етіології, аборти, безпліддя тощо.
* Інфантилізм. При наявності недорозвинених статевих органів, труби надто довгі, звивисті, спостерігається патологічна перистальтика труб. По звивистій трубі яйцеклітина просувається повільно, її трофобластичні властивості виявляють свою дію під час міграції по трубі.
* Пухлини труб, яєчників. Звуження, деформації труб яєчником, внаслідок пухлинних новоутворень, сприяють повільному просуванню плідного яйця по трубі.
* Ендометріоз. Ряд авторів пов’язують виникнення позаматкової вагітності з даною дисгормональною патологією.
* Порушення гормональної функції яєчників
* Довготривале використання внутрішньоматкових контрацептивів.
* Допоміжні репродуктивні технології.
* Рубцево - спайкові зміни органів малого таза внаслідок перенесених раніше операцій на внутрішніх статевих органах, пельвіоперитоніту, абортів.
* Психічні та емоційні перевантаження.

**Діагностика:** При вивченні анамнезу звертають увагу на скарги хворої.

Слід з’ясувати наявність етіологічних моментів позаматкової вагітності у обстежуємої хворої (перенесені інфекційні захворювання в дитинстві, ознаки статевого інфантилізму, перенесені запальні захворювання статевих органів, явища, що приводять до застійних явищ тазових органів, непліддя, аборти, запальні післяпологові захворювання).

При загальному об'єктивному обстеженні слід звернути увагу на загальний стан хворої, шкіряні покрови, пульс, AT, наявність ознак подразнення очеревини, шоку.

***Характерні наступні ознаки:***

1. Ознаки вагітності:

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

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

* після затримки менструацій;
* з початком наступної менструації;
* до настання очікуваної менструації;

3. Больовий синдром :

* односторонній переймоподібний або постійний біль внизу живота;
* раптовий інтенсивний біль у нижній частині живота;
* перитонеальні симптоми у нижньому відділі живота, різного ступеня вираженності;
* іррадіація болю у пряму кишку, область промежини та крижі.

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

* притуплення перкуторного звуку у фланках живота;
* позитивний симптом Кулєнкампфа (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, рефлекторне блювання;
* метеоризм, однократна діарея.

***Дані гінекологічного обстеження :***

* ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки;
* розміри матки менші від очікуваного терміну вагітності;
* тістуватість і грушподібна форма матки
* одностороннє збільшення та болючість придатків матки;
* нависання склепінь піхви (у разі гемоперитонеума);
* різка болючість заднього склепіння піхви (“крик Дугласа”);
* болючість при зміщенні шийки матки
* Наявність пухлини додатків, позаматкової пухлини, пульсування судин параметрію
* ознака Горвіца-Гегара відсутня або злегка виражена, ознака Снегірьова відсутня

***Специфічне лабораторне обстеження:***

- якісний або кількісний тест на ХГЛ. Позитивна біологічна реакція спостерігається при наявності життєздатного хоріону, через 8-14 днів після загибелі яйця у деяких хворих негативна, у більшості хворих через 3-4 тижні - негативна. Підвищення концентрації гормону в крові при матковій вагітності кожні 2 дні становить не менше 66% від початкового показника; менше підвищення у 85% жінок є однією з важливихпрогностичнихознакпозаматковоїабопорушеноїматковоївагітності.

***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 вишкребку елементів плідного яйця;
* наявність у вишкребку децидуальної тканини.

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

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

**Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.**

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

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

**Клінічна картина** позаматкової вагітності залежить від стадії розвитку та характеру її переривання. За клінічним перебігом розрізняють:

* прогресуючу непорушену позаматкову вагітність
* розрив труби
* трубний викидень

**Клініка та діагностика прогресуючої трубної вагітності.** Профілактикою трубного аборту та розриву труби э своєчасна діагностика та терапія прогресуючої трубної вагітності. Прогресуюча трубна вагітність не викликає клініки „гострого живота”. У пацієнток наявні сумнівні та вірогідні ознаки вагітності (затримка менструації, нагрубання молочних залоз, зміна смаку, апетиту та ін.).

Гінекологічне обстеження виявляє ціаноз слизової оболонки піхви та піхвової частини шийки матки. При дворучному піхвово-абдомінальному дослідженні відмічається невідповідність розмірів матки терміну вагітності, інколи визначається веретеноподібне утворення м’якої та еластичної консистенції в області додатків, болюче при пальпації. Ознаки маткової вагітності (симптоми Горвіца-Гегара, Піскачека, Гентера) частіше всього не виявляються. Для підтвердження діагнозу проводять УЗД, визначення рівня ХГ в крові, лапароскопію.

**Клініка та діагностика розриву труби.** Клініка розриву маткової труби зумовлена внутрішньочеревною кровотечою. Біль внизу живота з’являється різко, частіше збоку „вагітної” труби, що іррадіює в пряму кишку, праву ключицю (френікус-симптом), нерідко виникає послаблення стулу. Спостерігається слабкість, запаморочення, далі втрата свідомості, при значній внутрішньочеревній кровотечі – геморагічний шок. Хворі апатичні, загальмовані, відмічається блідість шкіри та видимих слизових оболонок, холодний піт, задуха. Пульс частий, слабкого наповнення та напруги, артеріальний тиск знижується. Живіт взутий, напружений в нижніх відділах, при пальпації – різка болючість та симптоми подразнення очеревини, притуплення перкуторного звуку, межа якого переміщується зі зміною положення тіла. При гінекологічному огляді: ціаноз слизової оболонки піхви, кров’янисті виділення з церві кального каналу нерідко відсутні. При бімануальному огляді – надмірно рухома, збільшена, розм’якшена матка (симптом „плаваючої матки”), різка болючість при зміщенні шийки матки, нависання та виражена болючість заднього склепіння піхви („крик Дугласа”). Наявна клінічна картина розриву маткової труби не потребує додаткових методів обстеження.

**Клініка та діагностика трубного аборту.** Клініка розвивається тривало та визначається сумнівними (нудота, блювання, зміна смакових відчуттів, сонливість, слабкість) та вірогідними (нагрібання молочних залоз, затримка менструації) ознаками вагітності, з одного боку, та симптоми переривання трубної вагітності – з іншого. При затримці менструації на 2-3 тижні, пацієнтки відмічають періодичні напади переймоподібного болю внизу живота з іррадіацією в пряму кишку, скудні темні кров’янисті виділення зі статевих шляхів. Больові відчуття пов’язують зі скороченням маткової труби, в результаті чого плідне яйце частково чи повністю відшаровується від її стінок, відбувається злиття крові із маткової труби в черевну порожнину. Вираженість скарг та загальний стан залежить від кількості крові, що злилася в черевну порожнину та швидкості крововтрати.

При невеликій крововтраті загальний стан пацієнток не страждає, біль ниючий та незначний. При внутрішньочеревній крововтраті більше 500 мл з’являються: сильний біль з іррадіацією в праве підребер’я, між лопаткову ділянку та ключицю справа (френікус-симптом) Нерідко – слабкість, запаморочення, блювання, втрата свідомості.

Об’єктивно: блідість шкіряних покровів та слизових оболонок, тахікардія, слабкого наповнення пульс, зниження АТ. Живіт здутий, напружений та болючий при пальпації в нижніх відділах, де визначаються симптоми подразнення очеревини. При значній внутрішньочеревній кровотечі – притуплення перкуторного звуку.

Гінекологічне обстеження: ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки, темні скудні кров’янисті виділення із церві кального каналу. Бімануально: шийка матки розм’якшена, церві кальний канал зімкнутий, болючі тракції за шийку. Тіло матки розм’якшене, не відповідає терміну затримки менструації, пастозність та болючість додатків збоку ураження. Перитубарна гематома чи потовщена труба палькується як болюче утворення овоїдної форми, без чітких контурів, обмежено рухоме, збоку чи позаду від матки, згладженість чи випинання заднього склепіння піхви.

Для підтвердження діагнозу застосовують УЗД (відсутність плідного яйця в порожнині матки, рідина в позаду матковому просторі, гетерогенне без чітких контурів утворення в проекції додатків матки); рівень ХГ в крові в динаміці (титр наростає повільніше та не відповідає терміну вагітності), кульдоцентез (отримують темну кров з ворсинами хоріона, що не згортається).

**Яєчникова вагітність**

Яєчникова вагітність виникає зрідка, причому частіше в жінок, які використовують внутрішньоматкову спіраль. Слід диференціювати яєчникову вагітність від крововиливу в кісту жовтого тіла. За умови раннього виявлення яєчникової вагітності плідне яйце може бути видалено хірургічним способом з видаленням ураженої тканини й збереженням яєчників. Необхідність у видаленні яєчника або всіх придатків виникає рідко.

**Вагітність у рудиментарному розі матки**

Виникає рідко, розрив може статися на будь-якому етапі вагітності. Лікування полягає у видаленні рудиментарного рога матки.

**Абдомінальна вагітність**

Абдомінальна вагітність - найбільш рідкісна форма позаматкової вагітності (1 на 3000-10000 новонароджених).

Первинна імплантація заплідненої яйцеклітини на очеревину можлива, але частіше абдомінальна вагітність виникає вдруге – унаслідок розриву маткової труби або трубного аборту й подальшого розвитку заплідненої яйцеклітини на поверхні очеревини. Діагностика абдомінальної вагітності викликає труднощі. Ультразвукове дослідження визнано найбільш ефективним способом виявлення вагітності поза порожниною матки.

Хірургічне втручання слід провести відразу після встановлення діагнозу. Будь-яке зволікання загрожує життю матері, оскільки ерозія стінки судини може викликати масивну кровотечу. Плід зазвичай гине, не досягаючи життєздатного віку. У виняткових випадках в умовах стаціонару й під пильним наглядом можливе збереження вагітності до того часу, доки плід не стане життєздатним. Операція може бути відкладена в разі встановлення загибелі плода. Після загибелі плода відбувається зменшення кровопостачання плаценти. Відстрочка на 3-4 тижні робить операцію менш небезпечною. Існують розбіжності в тактиці щодо плаценти. Якщо є можливість виділити й перев'язати судини, що живлять плаценту (зазвичай гілки судин матки або яєчника), слід видалити плаценту. При виникненні труднощів при мобілізації плаценти й живленні її судин плаценту видаляти не варто. У віддаленому періоді, після зниження функцій плаценти (поступове зниження титру людського хоріонічного гонадотропіну в крові), існує менша небезпека кровотечі. У цей час видалення плаценти не викликає ускладнень, проте зростає ризик формування абсцесів, розвитку перитоніту й сепсису. Для прискорення зворотного розвитку плаценти рекомендують застосовувати метотрексат. Альтернативний шлях передбачає залишення плаценти in situ до повного її розсмоктування. У випадку розвитку будь-яких патологічних симптомів плаценту можна видалити без особливого ризику.

**Шийкова вагітність**

Вагітність, локалізована в шийці матки, виникає нечасто, проте являє серйозну небезпеку. Ворсини трофобласта можуть прорости через стоншену стінку шийки, досягти судин матки й ушкодити їх. При перериванні такої вагітності можлива рясна кровотеча. При таких обставинах часто доводиться видаляти матку. Якщо вагітність у шийці матки виявлена до виникнення будь-якої кровотечі й перед хірургом стоїть завдання зберегти матку, рекомендують використовувати метотрексат для зниження васкуляризації трофобласта.

**Поєднання позаматкової та внутрішньоматкової вагітності**

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

До недавнього часу одночасний розвиток внутрішньоматкової та позаматкової вагітності спостерігали досить рідко, проте широке застосування індукторів овуляції зробило цю патологію більш частою. Зазвичай діагноз встановлюють при розвитку в пацієнтки симптомів позаматкової вагітності. Показано термінове хірургічне втручання. Можливий зв'язок післяопераційних ускладнень таких, як артеріальна гіпотензія після внутрішньої кровотечі, з порушеннями нормального розвитку вагітності та вадами розвитку плода.

**Клінічна картина переривання рідких форм позаматкової вагітності** (яєчникової, черевної та вагітності в рудиментарному розі) характеризується значною внутрішньочеревною крововтратою. Заключний діагноз установлюють під час операції.

**Диференційна діагностика позаматкової вагітності** проводиться з захворюваннями, що супроводжуються клінічною картиною „гострого живота”. Діагностика ектопічної вагітності достатньо проста у пацієнток з аменореєю, ознаками вагітності, болями в нижніх відділах живота і кровотечою. Трубний аборт слід відрізняти від апоплексії яєчника, запальних захворюваннях додатків матки, гострого апендициту, перекруту ніжки пухлини яєчника, а також від самовільного переривання маткової вагітності та дисфункціональної маткової кровотечі.

При *апоплексії яєчника*, також як і при трубному аборті, може розвинутися внутрішньочеревна кровотеча. Проте при апоплексії відсутні ознаки вагітності, захворювання частіше виникає в середині менструального циклу (дні овуляції) чи в другій фазі (розрив кісти жовтого тіла), як правило, не буває затримки менструації, тест на вагітність негативний.

При *запальних захворюваннях додатків матки* на відміну від трубного аборту біль розвивається поступово, не бувають переймоподібними, не супроводжується втратою свідомості, підвищена температура тіла, відсутні ознаки вагітності. Виділення зі статевих шляхів гнійні чи сукровично-гнійні. Об’єктивно: відсутні ознаки внутрішньочеревної кровотечі; при гінекологічному обстеженні – набряклі та болючі додатки з обох боків. Відсутній ХГ в крові, при кульдоцентезі – отримують гній чи серозний ексудат.

*Гострий апендицит* починається з болю в епiгастрiї, що переміщуються в праву здухвинну ділянку, нудота, блювання, підвищена температура тіла. Ознаки вагітності, симптоми внутрішньої кровотечі відсутні. Відмічається напруження м’язів передньої черевної стінки справа, позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга, Сітковського, Ровзінга, Воскресенського, Образцова. Гінекологічне обстеження: відсутність больових відчуттів, кров’янистих виділень, матка та додатки не змінені. Тест на вагітність негативний.

При *перекруті ніжки пухлини яєчника* в анамнезі наявність об’ємного утворення в малому тазі. Ознак вагітності, симптомів внутрішньочеревної кровотечі та порушення менструального циклу немає. Пухлина з перекрученою ніжкою пальпується при дворучному дослідженні як різко болюче утворення з чіткими контурами. ХГ в крові не визначається. Допоміжним методом діагностики є УЗД.

*Самовільний аборт при матковій вагітності*, також як і трубній, супроводжується кров’янистими виділеннями після затримки менструації, переймоподібними болями внизу живота та ознаками вагітності. Проте при перериванні маткової вагітності не спостерігається симптомів внутрішньочеревної кровотечі. Кров’янисті виділення зі статевих шляхів з’являються до виникнення болю, більш яскравого червоного кольору, із мажучих переходять у рясні зі згортками та відходженням хоріальної тканини, яка піднімається на поверхню в посудині з водою. Живіт м’який, безболісний, симптомів подразнення очеревини немає. Гінекологічно: розширення цервікального каналу, збільшення матки відповідно терміну затримки менструації, безболісні додатки. УЗД дозволяє виявити плідне яйце в порожнині матки. У вишкребку з порожнини матки – децидуальний ендометрій з ворсинами хоріона.

*Дисфункціональна маткова кровотеча* відрізняється від трубного аборту відсутністю ознак вагітності, болю, симптомів внутрішньочеревної кровотечі. Живіт м’який, безболісний, матка та додатки при гінекологічному огляді не змінені. Тест на вагітність негативний, при кульдоцентезі крові не виявляють.

Розрив труби необхідно диференціювати з апоплексією яєчника, розривом паренхіматозних органів (печінки, селезінки) в результаті травми, перитонітом. Всі стани потребують негайного оперативного втручання, діагноз остаточно встановлюють під час операції. Прогресуючу трубну вагітність слід відрізняти від маткової вагітності малого терміну, кісти жовтого тіла, гідросальпінкса.

**Лікування позаматкової вагітності**

***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 кровотечою, 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 внутрішньо м’язово у першу, другу добу після операції.

Найкращим доступом для проведення операції при позаматковій вагітності є *лапароскопія*, що має переваги: малий розріз, менша тривалість операції, незначна частота ускладнень, можливість здійснення органозберігаючих принципів, скорочення терміну перебування в стаціонарі, рання фізична та соціальна реабілітація. Показанням до *лапаротомії* є геморагічний шок, спайкова хвороба малого тазу ІV ст.

***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-сальпінгоанастомоза можна перев'язати обидва кінці і накласти анастомоз пізніше.

*3.Сальпінгектомія.* Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечою, рубцевих змінах в матковій трубі; небажання мати вагітність в подальшому; розрив маткової труби; діаметр плідного яйця 3,0 см. Операцію і гемотрансфузію у такому разі проводять одночасно.

**Реабілітаційні заходи після операцій, які виконані з приводу позаматкової вагітності**

Відомо, що хворі, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з позаматковою вагітністю, потребують подальшого проведення лікувальних заходів, які спрямовані на відновлення менструальної та генеративної функцій.

Упровадження методики «постійної» (динамічної) лапароскопії істотно розширює можливості спостереження за станом оперованої маткової труби при консервативному хірургічному втручанні або за куксою труби після тубектомії. При інших формах позаматкової вагітності (яєчникова, черевна і ін.), а також при «старій» трубній вагітності динамічний ендоскопічний відеомоніторинг важливий для оцінки ретельності видалення плодового яйця, профілактики та лікування персистуючої ектопічної вагітності. Стан органів черевної порожнини при динамічній лапароскопії оцінюється шляхом порівняння з результатами попередньої лапароскопії. Тому бажане виконання первинної та повторної лапароскопії одним і тим же фахівцем. Під час контрольних лапароскопічних оглядів можуть здійснюватися лікувальні маніпуляції: активна перфузія черевної порожнини різними розчинами з додаванням необхідних медикаментозних засобів, роз'єднання спайок. Огляди повинні виконуватися 2-3 рази на тиждень, залежно від клінічної ситуації, між дослідженнями доцільно місцеве підведення лікарських засобів через канюлю. Перша контрольна лапароскопія повинна проводитися не пізніше 2-3 діб після ендоскопічного втручання, так як у більш пізні терміни (6-7-у добу) не є можливим здійснити адекватний лізис спайок.

Перспективним методом, який використовується в комплексі реабілітаційних заходів після консервативних хірургічних втручань на маткових трубах, є сальпінгоскопія. Трансцервікальна тубоскопія під контролем гістероскопії та лапароскопії дозволяє об'єктивно оцінити стан ендосальпінксу і, використовуючи мікролазери й мікроінструменти, виконати тубопластику за наявності інтратубарних спайок або обструктивних змін (розсічення синехій, бужування, локальне підведення лікарських засобів).

Після консервативно-пластичних операцій на маткових трубах з метою профілактики персистуючої трубної вагітності необхідно визначення рівня ХГ у крові кожні 2 дні, починаючи з 3-го дня після лапароскопії, так як навіть при виконанні «якісної» туботоміі або резекції сегменту не виключається можливість подальшого розвитку трофобласта. Якщо зниження концентрації гормону в крові через 2 дні після операції становить менше 50% передопераційного рівня, лікування можна вважати вдалим. Уміст ХГ, що перевищує 50% початкового рівня, або концентрація без динаміки зниження свідчать про наявність активної секреції гормону персистуючою тканиною трофобласта, що є підставою для призначення метотрексату (40 мг внутрішньо м'язово). Рівень ХГ у крові через 2 дні після ін'єкції, що перевищує 25% до операційного, вимагає повторного призначення препарату в тій же дозі. Негативним результатом є вміст ХГ від 10 до 50 МО / мл.

Важливе значення після операції з приводу позаматкової вагітності надається контрацептивному режиму. Доцільна тривалість періоду запобігання від вагітності протягом 2-6 міс.

Для оцінки стану внутрішніх статевих органів після операції з приводу позаматкової вагітності, для прогнозу відновлення репродуктивної функції та лізису знову утворюючих спайок слід проводити повторну («second-look») лапароскопію через 6-10 тижнів. Повторна лапароскопія важлива у хворих на спайковий процес у черевній порожнині після органозберігаючих операцій, особливо в жінок з єдиною матковою трубою, оскільки дозволяє виконати лікувальні маніпуляції та оцінити прохідність маткових труб за допомогою хромосальпінгоскопії.

**АПОПЛЕКСІЯ ЯЄЧНИКА.**

Апоплексія яєчника (apoplexia ovarii) - це патологічний крововилив в тканину яєчника при розриві судин фолікула, строми яєчника, фолікулярної кісти чи кісти жовтого тіла, що супроводжується порушенням цілісності його тканини та кровотечою в черевну порожнину. Апоплексія яєчника становить 0,3% від всіх гінекологічних захворювань, 0,5-2,5% від всіх внутрішньочеревних кровотеч. Частіше зустрічається в віці 20-30 років. Рецидив захворювання досягає 42-69%.

Мальцева Л.Б. виділяє кровотечі, походженням із:

* фолікулярної кісти;
* фолікула під час овуляції;
* кісти жовтого тіла;
* строми яєчника;
* кровотечі при дисфункції яєчників.

Апоплексія правого яєчника зустрічається в 2-4 рази частіше у зв’язку з тим, що правий яєчник значно більше кровопостачається, він має більші розміри, масу та більш розвинену лімфатичну систему, оскільки права яєчникова артерія відходить безпосередньо від аорти, а ліва – від ниркової артерії.

**Етіологія та патогенез:** Апоплексія яєчника має складний патогенез, зумовлений фізіологічними циклічними змінами кровонаповнення органів малого тазу. Більшість дослідників виділяють ”критичні моменти“ для враження яєчника. У 90-94% хворих апоплексія яєчника відбувається в середині та в другу фазу менструального циклу. Це пов’язано з особливостями яєчникової тканини, з підвищеною проникливістю судин та збільшенням їх кровонаповнення в період овуляції та перед менструацією.

Фактори ризику розвитку апоплексії:

* 1. Запальні процеси органів малого тазу, що приводять до склеротичних змін як в тканині яєчника (склероз строми, фіброз епітеліальних елементів, періоофорити), так і в його судинах (склероз, гіаліноз), а також застійна гіперемія та варикозне розширення оваріальних вен. Кровотечі із яєчника можуть сприяти захворювання крові та тривалий прийом антикоагулянтів, що приводить до порушення згортання крові.
  2. Екзогенні: травма живота, фізичне навантаження, бурний чи перерваний статевий акт, верхова їзда, спринцювання, піхвові дослідження і т.і.
  3. Ендогенні: неправильні положення матки, механічне стиснення судин, що порушує кровоток в яєчнику, тиснення на яєчник пухлиною, спайковий процес в малому тазі і т.і.
  4. Порушення гормонального статусу: надмірне збільшення кількості та зміна співвідношення гонадотропних гормонів гіпофіза (ФСГ, ЛГ, пролактину), що сприяють гіперемії оваріальної тканини.
  5. Дисфункція вищих відділів нервової системи.
  6. Стресові ситуації.
  7. Психоемоційна лабільність.
  8. Дія екологічних факторів.

Апоплексію яєчника слід оцінювати як комплекс серйозних порушень не тільки в репродуктивній системі, що обмежується ушкодженням яєчника, але і як захворювання всього організму із залученням різних рівнів нервової системи на тлі хронічних стресових впливів, генетичної схильності до поломок регулюючої системи. Ураховуючи особливості васкуляризації яєчників, дані порушення ведуть до формування порочного кола: **стрес → порушення ЦНС → рецидив апоплексії яєчника → ушкодження яєчника → стрес**.

**Класифікація.** У клінічній практиці прийнято виділяти больову, анемічну й змішану форми апоплексії. Однак аж ніяк не завжди при наявності кровотечі в черевну порожнину спостерігаються явища анемії, у зв'язку із чим запропоновано класифікацію, що враховує вираженість внутрішньочеревної крововтрати:

* А. Больова форма.
* В. Геморагічна форма:
* I - легкий ступінь тяжкості (обсяг внутрішньочеревної крововтрати не перевищує 150 мл);
* II – середній ступінь тяжкості (крововтрата 150-500 мл);
* III – важкий ступінь (обсяг внутрішньочеревної крововтрати більше 500 мл).

Вербенко А.А. виділяє три клінічні форми яєчникових кровотеч:

- легка форма: мимовільний приступ болю, нудота, біль над лоном чи в промежині, перитонеальні явища та шок відсутні.

- форма середньої тяжкості: сильний біль в нижній частині живота, загальна слабкість, блідість шкіри, нудота, блювання, запаморочення, може бути втрата свідомості, шок І ст., часто виражені перитонеальні явища.

- тяжка форма: постійний різкий біль в нижній частині живота, нудота, блювота, здуття живота, шок II- III ст., колапс, шкіра бліда, вкрита холодним потом, кінцівки холодні, температура тіла знижена, тони серця приглушені, систолічний шум над верхівкою серця, пульс частий, слабкого наповнення, виражені перитонеальні явища, “френікус” симптом позитивний, кількість гемоглобіну знижена, піхвове дослідження не завжди можливе із-за різкої болючості, заднє склепіння нависає, при перкусії - притуплення перкуторного звуку в нижніх та бокових ділянках живота, парез кишечника, затримка сечовипускання.

Основним клінічним симптомом апоплексії яєчника є біль в нижніх відділах живота, що пов’язана з подразненням рецепторного поля яєчникової тканини та дією на черево крові, що злилася, а також зі спазмом в басейні яєчникової артерії.

Слабкість, запаморочення, нудоту, блювання, втрату свідомості визначаються внутрішньочеревною крововтратою.

*Больова форма* апоплексії спостерігається при крововиливі в тканину фолікула чи жовтого тіла. Напад болю виникає внизу живота без іррадіації, інколи з нудотою та блюванням. Ознак внутрішньочеревного крововиливу немає. Можливе незначне напруження м’язів передньої черевної стінки в нижніх відділах. Пальпаторно: болючість у здухвинній ділянці, частіше справа. Перкуторно: рідина в черевній порожнині не визначається. Гінекологічно: матка нормальних розмірів, яєчник дещо збільшений та болючий, склепіння вільні. УЗД: розрив яєчника, скупченість рідини в дугласовому просторі (гіпоехогенне з дрібнодисперсною сумішшю).

*Геморагічна (анемічна) форма.* Симптоми пов’язані з внутрішньочеревною кровотечою. Захворювання починається гостро, частіше пов’язані з зовнішніми факторами (статевий акт, фізична напруга, травма і т.д.) Біль в нижніх відділах живота часто іррадіює в задній прохід, ногу, куприк, зовнішні статеві органи; супроводжується слабкістю, запамороченням, нудотою, блюванням, втратою свідомості. Шкіряні покрови бліді, холодний піт. АТ знижений, тахікардія. Язик сухий, живіт напружений, можливе незначне здуття. Пальпаторно: різка болючість у здухвинній ділянці чи по всьому гіпогастрію. Перкуторно: вільна рідина в черевній порожнині. Гінекологічно: труднощі в проведенні огляду, із-за вираженої болючості передньої черевної стінки. Матка нормальних розмірів, болюча, яєчник дещо збільшений та болючий, склепіння нависають, тракції за шийку матки різко болючі. Знижений гемоглобін, можливий незначний лейкоцитоз. УЗД: значна кількість гіперехогенної дрібно- та середньодисперсної рідини в дугласовому просторі зі структурами неправильної форми (згортки крові). Підтверджує діагноз – кульдоцентез та лапароскопія.

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

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

Картина больової форми нагадує клініку гострого апендициту, який зустрічається частіше апоплексії яєчника, тому хвору можуть направити в хірургічний стаціонар. При апендициті відсутній зв’язок із фазами менструального циклу. Біль починається з епігастральної ділянки, потім мігрує в праву здухвинну. Нудота й блювота носять більш стійкий характер. Підвищується температура тіла. З’являється різка болючість в точці Мак-Бурнея й інші симптоми апендицита. Напруження м’язів передньої черевної стінки правої здухвинної ділянки значно виражене. Тут же визначаються чіткі симптоми подразнення очеревини. Внутрішнє гінекологічне дослідження не виявляє патології матки та додатків. Клінічний аналіз крові досить показовий: лейкоцитоз, нейтрофільоз 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, желатиноля, альбуміна або 5% розчину глюкози і 0,9% розчину хлориду натрію. Усунення больового синдрому внутрішньовенним уведенням анальгетиків (1-2 мл 1% розчину морфіна гідрохлорида, 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.

**NB! Протипоказані та не рекомендовані втручання у пацієнтів з апоплексією яєчника.**

Не слід застосовувати наркотичні знеболювальні препарати (за виключенням випадків проведення аналгоседації).

У разі наявності ознак нестабільності гемодинаміки, перитонеальних ознак, проявів дихальної недостатності та (або) гіповолемічного шоку протипоказані спазмолітичні та гемостатичні препарати.

Не слід застосовувати препарати що зменшують коагуляцію крові.

Всі пацієнтки з підозрою на апоплексію яєчника підлягають терміновій госпіталізації. Під час транспортування необхідно забезпечити максимально можливе моніторування стану пацієнта, проведення лікувальних заходів та готовність до проведення реанімаційних заходів. Транспортування пацієнтки здійснюється на ношах у положенні лежачи.

**Лікування.**

Лікування хворих на апоплексію яєчника залежить від форми захворювання і вираженості клінічних симптомів внутрішньочеревної кровотечі. При больовій формі й при незначній внутрішньочеревній крововтраті (менше 150 мл) без клінічних ознак наростаючої внутрішньочеревної кровотечі можна проводити консервативну терапію: дотримання спокою, лід на низ живота (сприяє спазму судин), призначення препаратів гемо статичної дії (етамзилат), спазмолітичних засобів (папаверин, но-шпа), вітамінів (тіамін, піридоксин, ціанокобаламін), проведення фізіотерапевтичних процедур (електрофорез хлористого кальцію, СВЧ-терапія).

Консервативна терапія проводиться в стаціонарних умовах під цілодобовим спостереженням медичного персоналу. При повторному нападі болю, погіршенні загального стану, нестабільності гемодинаміки, збільшенні кількості крові в черевній порожнині клінічно й при ультразвуковому скануванні постає питання про необхідність оперативного втручання (лапароскопія, лапаротомія).

**Показання до лапароскопії:**

– наявність у черевній порожнині більше 150 мл крові, яка підтверджена фізикальними та ультразвуковим методами дослідження, при стабільних показниках гемодинаміки та задовільному стані хворої;

– неефективність консервативної терапії протягом 1-3 днів, ознаки триваючої внутрішньочеревної кровотечі, підтвердженої при УЗД (збільшення обсягу вільної рідини в черевній порожнині);

– необхідність диференціальної діагностики між гострою гінекологічною та гострою хірургічною патологією.

Обсяг оперативного втручання при апоплексії яєчника повинен бути максимально щадним: коагуляція місця розриву, розтин кісти й видалення вмісту за допомогою відсмоктувача, резекція яєчника.

При великих ушкодженнях і відсутності можливості збереження яєчника проводиться його видалення.

**Показання до лапаротомії:**

– наявність ознак внутрішньочеревної кровотечі, що призводить до порушень гемодинаміки й важкого стану хворої (геморагічний шок);

– неможливість проведення лапароскопії (унаслідок спайкового процесу, посилення кровотечі з ушкоджених судин яєчника).

Оперативне втручання проводиться нижньосерединним доступом або надлобковим розрізом за Пфанненштилем. Об'єм втручання не відрізняється від такого при лапароскопії. При лапаротомії можлива реінфузія крові, що вилилася в черевну порожнину.

**Профілактика.** При больовій формі апоплексії яєчника порушення ЦНС, гормонального профілю й кровообігу в яєчнику мають зворотний характер, у зв'язку з чим не вимагають специфічних профілактичних заходів. У хворих, які перенесли геморагічну форму апоплексії яєчника, дисфункції вищих відділів ЦНС, зміни гормонального статусу й порушення оваріального кровотоку носять стійкий характер. Хворим цієї групи показана комплексна медикаментозна терапія, спрямована на розрив порочного кола. І з цією метою протягом 3 міс. рекомендується терапія, коригуючи діяльність структур головного мозку: призначення ноотропів для поліпшення обмінних процесів ЦНС, препаратів, що поліпшують церебральну перфузію (кавінтон, танакан, вінпоцетин), транквілізаторів, при підвищенні внутрішньочерепного тиску – сечогінних препаратів. Для пригнічення овуляції та корекції гормонального профілю протягом 3-6 міс. використовуються комбіновані естроген-гестагенні монофазні низько- і мікродозуючі ОК (марвелон, регулон, жанін, фемоден, силест, новінет, мерсилон, логест).

**ПЕРЕКРУТ НІЖКИ ПУХЛИН ДОДАТКІВ МАТКИ**

У 15-25% спостережень зустрічається перекрут ніжки пухлини яєчника чи кісти яєчника, але можливий перекрут ніжки будь-якої пухлини, маткової труби, незміненого яєчника.

Розрізняють анатомічну та хірургічну ніжку пухлини чи кісти яєчника. Анатомічна ніжка пухлини чи кісти яєчника складається із розтягнутих воронкотазових чи власних зв’язок яєчника та його брижі. В ніжці проходять судини, що кровопостачають пухлину та тканину яєчника (яєчникова артерія, гілка висхідної частини маткової артерії), лімфатичні судини та нерви. В хірургічну ніжку, що утворена в результаті перекруту, крім анатомічної, входить розтягнута маткова труба.

**Етіологія і патогенез.** Вважають, що для виникнення перекруту має значення раптова зупинка обертальних рухів тулуба (гімнастичні вправи, танці), фізичні навантаження, різка зміна внутрішньочеревного тиску. В таких випадках обертання пухлини кругом ніжки продовжується по інерції, що веде до перекруту. Перекруту ніжки сприяє асиметрична форма, нерівномірна щільність пухлини.

В момент перекруту перегинаються гілки маткової артерії, що кровоплостачають яєчник та яєчникова артерія разом з супроводжуючими їх гілками. В пухлині порушується кровообіг, потім настає некроз та асептичне запалення, що розповсюджується на очеревину малого тазу. Перекрут може бути повним (більше ніж на 360°) та частковим (менше ніж на 360°). При частковому перекруті ніжки пухлини порушується венозний відтік при відносно збереженому артеріальному кровопостачанні. Всі явища не виражені та можуть зникнути без лікування. Вторинні зміни в пухлині (некроз, крововилив) виявляються у таких хворих під час операції.

**Клініка.** Захворювання розпочинається раптово з появи різкого болю внизу живота на боці ураження, нудоти, блювання, затримки стулу та газів (парез кишечника). При повільному перекруті симптоми захворювання виражені менш різко, можуть періодично посилюватися чи зникати.

**Діагностика.** Дані анамнезу – наявність кісти, пухлини яєчника, субсерозної міоми). Шкірні покриви стають блідими, виступає холодний піт, підвищується температура тіла (до 38 С˚), частішає пульс. Язик сухий, обкладений нальотом. Живіт здутий, болючий у місці проекції пухлини, м'язи передньої черевної стінки напружені, визначається позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. У крові визначається лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

При гінекологічному дослідженні виявляється об'ємне утворення в ділянці придатків матки. Зазвичай воно овальної форми, тугоеластичної консистенції, обмежено рухоме, різко болюче при пальпації та спробі зміщення. Матка та придатки з іншого боку не змінені. Нерідко дворучне гінекологічне дослідження ускладнене через різку болючість і напруження м'язів передньої черевної стінки, особливо в дівчаток, що викликає необхідність проводити їх огляд під наркозом.

УЗД: визначається в ділянці додатків об’ємне утворення з ознаками пухлини чи кісти яєчника. Підтверджує діагноз лапароскопія – в малому тазі виявляють багрово-ціанотичне утворення (яєчник з перекрутом ніжки) інколи з ознаками некрозу, серозний чи серозно-геморрагічний випіт.

**Диференційний діагноз:** проводиться з гострим апендицитом, особливо при тазовому розміщенні апендикса та ниркової коліки. Для цього проводять додаткові методи – оглядовий рентген органів черевної порожнини, УЗД органів черевної порожнини і заочеревиного простору.

Клінічна картина перекруту кісти яєчника може бути подібна гострій непрохідності кишечника. Біль при гострій непрохідності кишечника надзвичайно сильний, переймоподібний. При пальпації: ущільнена ділянка кішки, що є наслідком напруження мускулатури.

Тазова форма апендициту розпочинається як звичайно, але бо­лючість в правій підочеревинній ділянці може бути відсутня. Біль локалізується найчастіше над лоном та зліва від нього, відмічаються дизуричні явища, при глибокому дихані з'являється біль за сечовим міхуром.

Можна прийняти за пухлину яєчника і ниркову коліку, яка має досить характерний синдром: сильний біль в ділянці попереку, що іррадіює по ходу сечоводу та в зовнішні статеві органи, інколи супроводжується частим сечовипусканням, симптом Пастернацького позитивний. При дослідженні першої порції сечі після приступу виявляють вилущені еритроцити.

**Перекрут кісти потрібно диференціювати** із запальними явищами при­датків. Пальпаторно місце відходження труби завжди потовщене і різко болюче, яєчник окремо не виявляється. Матка нерухома при зміщенні із-за наявності злук. При пухлинах яєчника матка пальпується окремо.

При позаматковій вагітності пухлино подібне утворення зазвичай невелике, але вкрай болісне, є також характерний анамнез, однак у молодої жінки позаматкову вагітність слід підозрювати завжди.

**Лікування** оперативне: лапароскопічний чи лапаротомічний доступ. Уповільнення операції приводить до некрозу пухлини, приєднанню вторинної інфекції, зрощенню пухлини з сусідніми органами, розвитку перитоніту.

Раніше під час операції ніжку пухлини розкручувати категорично заборонялося із-за небезпеки емболії тромбами, що знаходяться в кровоносних судинах ніжки. В теперішній час лікарська тактика переглянута: при відсутності візуальних ознак некрозу ніжки утворення розкручують та спостерігають за відновленням кровообігу в тканинах. У випадку зникнення ішемії та венозного застою замість прийнятого раніше видалення додатків матки можна обмежитися резекцією яєчника (якщо дозволяє тип пухлини чи кісти яєчника).

**НЕКРОЗ МІОМАТОЗНОГО ВУЗЛА.**

Некроз міоматозних вузлів наступає приблизно у 7% хворих міомою матки, нерідко під час вагітності, післяпологовому та післяабортному періоді.

**Етіологія та патогенез:** Некроз міоматозного вузла може бути пов’язаний з перекрутом його ніжки при субсерозній локалізації, чи з недостатньою васкуляризацією. Під час вагітності створюються передумови для некроза міоматозних вузлів: зниження кровотоку в міометрії з підвищенням судинного тонусу та порушенням венозного відтоку. Слід враховувати також і швидке збільшення міоматозних вузлів паралельно з ростом вагітної матки. Некроз супроводжується розвитком набряку, крововиливів, асептичного запалення у вузлі. При прогресуванні захворювання може розвинутися перитоніт.

**Клініка.** Захворювання розвивається гостро – виникають переймоподібні болі внизу живота, нудота, блювання, лихоманка, сухість в роті, порушення функції кишечника. При недостатньому кровопостачанні міоматозного вузла клінічна картина більш стерта, симптоми з’являються поступово. Пацієнтку турбують тягнучі болі внизу живота та попереку, вони періодично посилюються, послаблюються та зникають. В момент больового нападу також може бути нудота, лихоманка, підвищення температури, тахікардія.

**Діагностика:** В анамнезі наявність міоми матки. При огляді – блідість шкіряних покривів, сухість, обкладений язик. Живіт здутий, напружений, при пальпації -болючий в нижніх відділах позитивний симптом подразнення очеревини. Гінекологічно: збільшена, міоматозно змінена матка, болюча в місці некрозу міоматозного вузла. Інколи не вдається відрізнити субсерозний міоматозний вузол від пухлини яєчника. В крові: лейкоцитоз, підвищене ШОЕ. УЗД: ознаки порушення харчування в міоматозному вузлі (зниження та неоднорідність ехографічної щільності, поява рідинних порожнин у вузлі). Лапароскопія: збільшена міоматозна матка з перекрутом ніжки та ознаками некрозу (набряк, крововилив, синюшно-багровий колір) субсерозного вузла.

**Лікування** при перекруті ніжки субсерозного міоматозного вузла вимагає проведення операції в екстреному порядку. Обсяг оперативного втручання залежить від ступеня вираженості некротичних змін у вузлі, залучення очеревини до патологічного процесу (ознаки перитоніту), віку хворої. У дівчаток, жінок репродуктивного віку, а також у вагітних з некрозом міоматозного вузла при відсутності явищ перитоніту слід прагнути до проведення органозберігаючих операцій, обмежуючись консервативною міомектомією. У хворих у періоді пре- і постменопаузи виконують надпіхвову ампутацію або екстирпацію матки.

У разі порушення кровообігу в міоматозному вузлі надання невідкладної допомоги починають з проведення консервативної терапії, що полягає в призначенні інфузійної терапії для зменшення інтоксикації та нормалізації водно-електролітного балансу, засобів, що поліпшують мікроциркуляцію, спазмолітиків і протизапальних препаратів. Ефективність консервативного лікування оцінюють протягом найближчих 12-24 год. При погіршенні загального стану хворої, посилюванні симптомів захворювання, відсутності ефекту від проведеної консервативної терапії або за наявності ознак перитоніту показана екстрена операція. Обсяг оперативного втручання вирішується індивідуально й залежить від вираженості запального процесу в міометрії та черевної порожнини, а також від локалізації міоматозного вузла. При залученні в запальний процес усієї стінки матки (панметриті), низькому розташуванні міоматозного вузла, наявності ознак перитоніту доцільне виконання екстирпації матки. У всіх інших випадках можна обмежитися надпіхвовою ампутацією матки (за відсутності супутньої патології шийки матки) або консервативною міомектомією.

Інфузійна терапія для зменшення інтоксикації і нормалізації водно-електролітного балансу. Засоби, що покращують мікроциркуляцію, спазмолітики та протизапальні препарати.

**ПЕРИТОНІТ**

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

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

**Причиною розвитку ГП** є наступні деструктивні процеси внутрішніх статевих органів:

• деструкція стінки піосальпінкса, піовара або гнійного тубооваріального утворня;

• 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 міоматозного 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 кишечника та чіпцем або відкритим, при вільному сполученні порожнини малого таза з вище лежачими 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 дренування 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 (лейкодіапедез). 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 здутий. Спостерігається напруження м’язів. Позитивні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика кишечника 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 мікроірігатор 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.

**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 кишечника. Порушення бар’єрної функції кишківника приводить до посилення інтоксикації.

**Перебіг патологічного процесу характеризується наявністю 3-х фаз:**

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

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

ІІІ 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 кишечника повністю відсутня).

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

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

Найбільш характерні для поширеного перитоніту загальні симптоми: висока пропасниця, поверхневе 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 – 2години 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 кишечника 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 кишечника (назогастральна декомпресія, перидуральна блокада, введення церукалу, гангліоблокаторів).

6. Імунокорекція.

***СЕПТИЧНИЙ ШОК***

Септичний шок – клінічний синдром, що виникає за умови системної запальної відповіді на інфекцію та проявляється порушенням здатності організму підтримувати гемодинаміку і гомеостаз у результаті неадекватної оксигенації тканин і циркуляторних розладів.

**Визначення понять сепсис, тяжкий сепсис, септичний шок.**

|  |
| --- |
| **Синдром системної запальної відповіді (Systemic Inflammatory Response Syndrom - SIRS)**  Системна запальна відповідь на різноманітні важкі клінічні пошкодження, яка  маніфестується двома чи більше наступними проявами:   1. температура тіла більше 38°С або нижче 36°С; 2. ЧСС понад 90 уд/хв.; 3. частота дихання понад 20 за хвилину або Ра СО2 нижче 32 мм рт.ст.;   4) кількість лейкоцитів понад 12000/мм³, менше 400/мм³ або більше10% юних форм. |
| **Сепсис**  Системна запальна відповідь на достовірно виявлену інфекцію при відсутності інших можливих причин для подібних змін, які характерні для SIRS. Клінічна маніфестація включає два чи більше наступні прояви:   1. температура тіла більше 38°С або нижче 36°С; 2. ЧСС понад 90 уд/хв.; 3. частота дихання понад 20 за хвилину або Ра СО2 нижче 32 мм рт.ст.; 4. кількість лейкоцитів понад 12000/мм³, менше 400/мм³ або більше10% юних форм. |
| **Тяжкий сепсис/SIRS**  Сепсис, який супроводжується дисфункцією органів, гіпоперфузією або гіпотензією.  Гіпоперфузія і перфузійні порушення можуть включати ( але не обмежуватися лише ними) ацидоз у результаті накопичення молочної кислоти, олігоурію або гостре порушення психічного статусу. Сепсис – індукована гіпотензія: систолічний тиск крові нижче 90 мм рт.ст. або зниження АТ на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня за умови відсутності інших причин для гіпотензії. |
| **Септичний шок (SIRS – шок)**  Це ускладнення важкого сепсису і визначається як: сепсис – індукована гіпотензія, що не піддається корекції адекватними поповненнями рідини; перфузійні порушення, які можуть включати (але не обмежуватися лише ними) ацидоз, олігоурію або гостре порушення психічного статусу.  Пацієнти, які отримують інотропні препарати або вазопресори можуть не мати гіпотензії, але тим не менш зберігають ознаки гіпоперфузійних порушень та дисфункції **органів, які відносять до проявів септичного шоку.** |

**Виникненню** шоку сприяють:

- наявність вогнища інфекції (септичний аборт, ендоміометрит, хоріонамніонит, лохіометра, залишки плідного яйця та інші);

- зниження загальної резистентності організму;

- можливість проникнення збудників або їх токсинів у кровоносне русло.

У розвитку септичного шоку **виділяють дві стадії**:

- гіпердинамічну – зниження периферичного опору, рефлекторно зростає робота серця, тобто серцевий викид;

- гіподинамічну – порушення перфузії та оксигенації, вторинні у відношенні до регіональної вазоконстрикції і дисфункції міокарда.

**Діагностика**

У разі розвитку ***тяжкого сепсису*** також спостерігаються:

- тромбоцитопенія< 100 ∙ 10/л, яку неможливо пояснити іншими причинами;

- підвищення рівня С-реактивного протеїну (В);

- підвищення рівня прокальцитоніну> 6,0 нг/мл (А);

- позитивний посів крові з виявленням циркулюючих мікроорганізмів(А);

- позитивний тест на ендотоксин (LPS-тест) (В).

Діагноз ***септичного шоку*** встановлюється, якщо до вище перерахованих клініко-лабораторних ознак приєднуються :

- артеріальна гіпотензія (систолічний тиск менше 90 мм рт. ст. або знижений більше ніж на 40 мм рт. ст. від вихідного рівня);

- тахікардія більше 100 уд/хв.;

- тахіпное більше 25 за хвилину;

- порушення свідомості (менше 13 балів за шкалою Глазго);

- олігурія (діурез менше 30 мл/год);

- гіпоксемія (РаО2 менше 75 мм рт. ст. при диханні атмосферним повітрям);

- SpO2 < 90%;

- підвищення рівня лактату більше 1,6 ммоль/л;

- петехіальна висипка, некроз ділянок шкіри.

**Необхідно** проводити наступні заходи:

1) моніторинг параметрів гемодинаміки: артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, центрального венозного тиску;

2) контроль параметрів дихальної системи (підрахунок частоти дихання, гази крові, SpO2);

3) погодинний контроль діурезу;

4)вимір ректальної температури мінімум 4 рази на добу для співставлення з температурою тіла у аксілярних ділянках;

5) посіви сечі, крові та виділень з церві кального каналу;

6) визначення кислотно – лужної рівноваги крові та насичення тканин киснем;

7) підрахунок кількості тромбоцитів та визначення вмісту фібриногену та мономерів фібрину (розчинний фібрин).

Для уявлення повноцінної картини ураження окрім перерахованих клініко-лабораторних обстежень необхідно додатково провести:

- ЕКГ – з метою виявлення ступеню метаболічних порушень або ішемії міокарду;

- УЗД органів черевної порожнини з метою виявлення можливих гематогенних абсцесів;

- рентгенографічне обстеження органів грудної порожнини з метою підтвердження гострого респіраторного дистрес - синдрому або пневмонії.

**Лабораторні дані** відображають наявність важкого запалення і ступінь поліорганної недостатності:

- у більшості випадках зустрічається анемія;

- нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво;

- лейкоцитоз > 12000/мл, в окремих випадках може відмічатися лейкемоїдна реакція з кількістю лейкоцитів до 50 – 100 тис. і вище. Інколи може зустрічатися лейкопенія;

- морфологічні зміни нейтрофілів включають токсичну зернистість, появу тілець Доле і вакуолізацію;

- тромбоцитопенія, лімфопенія.

Ступінь інтоксикації відображає **лейкоцитарний індекс інтоксикації**

(Л І І), який розраховують за формулою:

Л І І = (С +2П + 3Ю + 4Мі)(Пл – 1)

(Мо + Лі)(Е + 1)

де С – сегментоядерні нейтрофіли,

П – палочкоядерні лейкоцити,

Ю – юні лейкоцити,

Мі – міелоцити,

Пл – плазматичні клітини,

Мо – моноцити,

Лі – лімфоцити,

Е – еозинофіли.

Л І І = 1 в нормі. Підвищення індексу до 2 – 3 свідчить про обмежений запальний процес, підвищення до 4 – 9 – про значний бактерійний компонент ендогенної інтоксикації.

Лейкопенія з високим Л І І є поганою прогностичною ознакою для хворих із септичним шоком.

**Основні принципи інтенсивної терапії септичного шоку:**

1. Негайна госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.

2. Корекція гемодинамічних порушень шляхом проведення інотропної терапії та адекватної інфузійної терапії з постійним моніторингом геодинаміки.

1. Підтримання адекватної вентиляції та газообміну.
2. Хірургічна санація вогнища інфекції.
3. Нормалізація функції кишечника та раннє ентеральне харчування.

6. Своєчасна корекція метаболізму під постійним лабораторним контролем.

1. Антибактеріальна терапія під постійним мікробіологічним контролем.
2. Антимедіаторна терапія.

Основною метою **інфузійної терапії** у септичних хворих є підтримка адекватного кровопостачання тканин. Обсяг інфузійної терапії у разі септичного шоку визначається комплексною оцінкою реакції гемодинаміки на інфузію (реакція АТ, особливо пульсового АТ, ЦВТ, частоти серцевих скорочень – ЧСС, швидкість діурезу). Особливе значення у цих випадках має визначення ЦВТ у динаміці. Орієнтиром є перевірка реакції ЦВТ на дозоване введення рідини (проба з об’ємним навантаженням). Хворій протягом 10 хвилин вводять внутрішньовенно тест – дозу рідини (див. таблицю 1) та оцінюють реакцію гемодинаміки.

**Таблиця 1. Проба з об’ємним навантаженням.**

|  |  |
| --- | --- |
| Вихідний рівень ЦВТ | Об’єм введеної рідини |
| 8 см вод. ст. і менше | 200 мл |
| 8–10 см вод. ст. | 100 мл |
| 14 см. вод. ст. | 50 мл |

Реакцію гемодинаміки оцінюють наступним чином: якщо ЦВТ збільшилось більше, ніж на 5 см вод. ст., то інфузію припиняють і проводять інотропну підтримку; якщо ЦВТ збільшилось не більше, ніж на 2 см водного стовпа, то продовжують інфузійну терапію без інотропної підтримки.

Рекомендовано наступну програму інфузійної терапії у разі септичного шоку. Спочатку рідину вводять зі швидкістю 10 мл/хв. на протязі 15–20 хв., а потім - у звичайному темпі, у залежності від показників гемодинаміки, дихання, діурезу та інше.

Для проведення інфузії застосовують похідні гідроксиетилкрохмалю (венофундин, рефортан, ХАЕС-стеріл) та кристалоїди (0,9% розчин натрію хлориду, розчин Рингера) у співвідношенні 1:2.

З метою корекції гіпопротеїнемії призначають концентровані розчини альбуміну – 20–25%. Застосування 5% альбуміну при критичних станах сприяє підвищенню летальності хворих. Включення у склад трансфузійних середовищ глюкози недоцільно. Інфузія глюкози виправдана тільки у випадках гіпоглікемії та гіпернатріемії.

До складу інфузійних середовищ необхідно включати свіжозаморожену плазму (600–1000 мл), яка є донатором антитромбіну.

**Інотропна підтримка**. Якщо після нормалізації ЦВТ артеріальний тиск залишається низьким, то вводять допамін у дозі 5–10 мкг/кг/хв. (максимум до 20 мкг/кг/хв.) або добутамін, який вводиться зі швидкістю 5 – 20 мкг/кг/хв. Якщо ця терапія не призводить до стійкого підвищення АТ, то симпатоміметичну терапію доповнюють введенням норадреналіну гідротартрату зі швидкістю 0,1 – 0,5 мг/кг/хв. одночасно знижуючи дозу допаміну до „ниркової” (2–4 мкг/кг/хв.).

Враховуючи роль бета-ендорфінів у патогенезі септичного шоку, із сипатоміметиками виправдано одночасне застосування налоксону до 2,0 мг, який сприяє підвищенню АТ.

У разі неефективності комплексної гемодинамічної терапії можливе застосування глюкокотикостероїдів. Еквівалентною дозою (у перерахунку на гідрокортизон) є 2000 мг/добу. Його введення, з метою профілактики ерозивних ушкоджень шлунка, необхідно комбінувати з Н2-блокаторами (ранітидин, фамотідін).

**Підтримка адекватної вентиляції та газообміну.** У тяжких випадках дихальної недостатності на фоні прогресування поліорганної дисфункції необхідно негайно вирішувати питання про переведення хворої на ШВЛ.

***Показання до ШВЛ:***

- РаО2 < 60 мм рт.ст.;

- РаСО2, > 50 мм рт.ст. або < 25 мм рт.ст.;

- SpO2 < 85%;

- частота дихання більше 40 за хвилину.

Потік кисню повинен бути мінімальним, забезпечуючи РаО2 не менше 80 мм рт. ст.

Респіраторна терапія септичному шоку також повинна включати і режим позитивного тиску у кінці видиху (3–6 см водного стовпчика), але при умові адекватного відновлення ОЦК.

**Хірургічна санація вогнища інфекції.**

Покази до лапаротомії та екстирпації матки з матковими трубами:

* відсутність ефекту від проведення інтенсивної терапії;
* наявність у матці гною;
* маткова кровотеча;
* гнійні утвори у ділянці придатків матки;
* виявлення при ультразвуковому дослідженні наявності залишків плідного яйця.

**Нормалізація функції кишечника та раннє ентеральне харчування** є одним із важливих завдань при лікуванні хворих з сепсисом та септичним шоком, оскільки відновлення бар’єрної функції кишечника є запорукою подальшої транслокації мікроорганізмів у кров’яне русло та зменшення проявів системної запальної відповіді.

Це досягається ентеральним крапельним введенням 0,9% розчину натрію хлориду чи негазованої мінеральної води 400–500 мл на добу через шлунковий зонд, або ніпельний дуодентальний зонд з подальшим збільшенням обсягу введеної рідини і розширенням харчових препаратів за умови нормалізації перистальтики у режимі „аліментарного фактору”, що відповідає 2000–4000 ккал на добу.

Доцільно також одночасне застосування прокінетиків (метоклопрамід) та глутамінової кислоти, оскільки остання нормалізує обмін речовин у ворсинках кишечника.

Після стабілізації стану хворої для подальшої профілактики бактеріальної транслокації можливо проведення селективної деконтамінації кишечника: 4 рази на добу в кишечник вводять суміш поліміксину – 100 мг, тобраміцину – 80 мг і амфотерицину – 500 мг.

Одним з важливих моментів у комплексній терапії сепсису та септичного шоку є **антибактеріальна терапія**. Враховуючи, що сьогодні майже неможлива мікробіологічна експрес-діагностика, при проведенні антибактеріальної терапії доцільно притримуватися тактики емпіричної деескалаційної антибіотикотерапії. Після ідентифікації мікроорганізму та визначення його чутливості до антибіотиків переходять до антибіотикотерапії за даними антибіотикограми.

**Антимедіаторна терапія** базується на сучасних знаннях патогенезу септичного шоку і є досить перспективною. Існують переконливі докази застосування багатоклональних імуноглобулінів у поєднанні з пентоксифіліном. Враховуючи відсутність в Україні багатоклональних імуноглобулінів доцільним є застосування пентоксифіліну у комплексній терапії септичного шоку та сепсису. З цією ж метою виправдано застосування діпірідамолу.

Застосування методів **екстракорпоральної детоксикації** можливо після стабілізації стану пацієнтки. Застосування цих методів при розгорнутій картині поліорганної недостатності підвищує летальність хворих.

**ПРОФУЗНА МАТКОВА КРОВОТЕЧА**

Маткові кровотечі можуть виникати при:

* Міомі матки
* Аденоміозі
* Спонтанний аборт
* Трофобластичні хвороби
* Рак шийки і тіла матки, рак яєчників
* Шийкова вагітність

Окрему групу складають аномальні маткові кровотечі.

**Діагностика** причини маткових кровотеч:

1. Збір анамнезу.

2. Визначення кількості менструальної крововтрати.

3. Фізикальне обстеження.

4. Виключення вагітності.

5.Лабораторні дослідження:

- загальний аналіз крові (скринінг анемії), при нормальному вмісті гемоглобіну — визначення рівня феритину (стан депо заліза);

- хоріонічний гонадотропін людини (β-субодиниця) в сироватці або сечі (виключення вагітності);

- тиреотропний гормон (ТТГ) і вільний тироксин (Т4 віл.), пролактин (скринінг латентного гіпотиреозу і мікроаденоми гіпофіза);

- у разі наявності в анамнезі тяжких кровотеч, починаючи з менархе; післяпологових кровотеч або кровотеч в результаті видалення зубів; інших видів кровотеч або ознак порушення коагуляції в сімейному анамнезі – консультація гематолога

6. Дослідження щодо наявності структурних та гістологічних порушень:

- трансвагінальне УЗД;

- сольова інфузійна соногістерографія;

-діагностична гістероскопія.

7. Хірургічне втручання за показаннями

- сліпа аспіраційна біопсія з гістологічним дослідженням отриманого матеріалу;

- прицільна біопсія з гістологічним дослідженням отриманого матеріалу;

- вишкрібання порожнини матки з гістологічним дослідженням вмісту.

- гістероскопія

8. Диференційна діагностика згідно класифікації АМК PALM-COEIN.

Якщо пацієнтці показане проведення візуалізаційної діагностики при аномальних маткових кровотечах, трансвагінальне УЗД повинне бути першим методом вибору. Трансвагінальна ехографія може розглядатися як перший етап діагностики структурних аномалій.

Сольова інфузійна соногістерографія та діагностична гістероскопія повинні застосовуватись для діагностики й опису окремих внутрішньоматкових аномалій, таких як підслизові фіброми.

Метою гістологічного дослідження є виключення наявності злоякісної пухлини як причини кровотечі.

**Невідкладана допомога:**

На низ живота покласти будь-який холодний предмет. Це може бути міхур з льодом, або лід з морозилки (обгорнутий тканиною). Замінити лід можна звичайною пляшкою, наповненою холодною водою. Час впливу холоду - до 15 хвилин, потім перерва в 5 хвилин. За допомогою охолодження відбудеться звуження судин, знизиться обсяг крововтрати.

Хвора повинна прийняти положення лежачи щоб виключити можливу втрату свідомості. Трохи підняти нижні кінцівки. Ця маніпуляція дозволить забезпечити життєво важливі органи кров’ю.

Необхідно заповнювати втрату рідини. Необхідно вживати воду або солодкий чай. Потрібно пропонувати хворій рясне пиття. Це буде сприяти відновленню втраченої рідини разом з кров'ю, а глюкоза дасть харчування нервовим клітинам головного мозку.

**Невідкладна терапія на догоспітальному етапі в умовах швидкої** включає інфузійну терапію: внутрішньовенне введення 400 мл поліоксідіна або 400 мл декстрану (поліглюкіну, реополідекса), внутрішньовенно введення 500 мл 5% розчину глюкози і 3 мл 5% розчину аскорбінової кислоти. Та введення кровоспинних засобів (Тренакса, Етамзилат та ін.)

**Лікування в умовах гінекологічного відділення:**

Перший етап - зупинка кровотечі. Вишкрібання порожнин матки.

Другий етап – профілактика рецидивів, корекція супутніх ускладнень.

Третій етап - у жінок, що бажають настання вагітності, - збереження фертильності і індукція овуляції.

Вибір тактики лікування залежить від періоду життя пацієнтки (пубертатний, репродуктивний, клімактеричний, постменопаузальний).

**Кровотеча при міомі матки** зумовлена зниженням скоротливої активності матки внаслідок росту пухлини, збільшенням внутрішньої поверхні матки, центрипетальним ростом вузла, підслизовим розташуванням вузла міоми, супутнім порушенням функції яєчників. В результаті частих і тривалих кровотеч розвивається постгеморагічна анемія. Тактика лікування хворих з міомою матки випливає з результатів гістероскопії і гістологічного дослідження зіскобу ендометрію.

**Субмукозний вузол, що народжується**

Стан супроводжується різкими болями і масивною крововтратою. При народженні субмукозного вузла відбувається згладжування і розкриття шийки матки.

Діагностика: при піхвовому дослідження визначається еластичне утворення в каналі шийки матки або у піхві.

Лікування: показана термінова операція, яку проводять трансвагінальним шляхом. Мета операції: зупинка кровотечі, зменшення болю і профілактика інфекції (субмукозні вузли, як правило, інфіковані). Техніка операції полягає в викручуванні вузла після виділення його ніжки з подальшим вишкрібанням порожнини матки, бажано під гістероскопічним контролем.

**Спонтанний аборт**

Спонтанний аборт (мимовільний, самовільний викидень) – вигнання ембріона/плода в терміні вагітності до 22 тижнів або масою до 500 грамів незалежно від наявності або відсутності ознак життя. Причини спонтанного аборту різноманітні: ранній токсикоз вагітних, серцево-судинні захворювання, гострі і хронічні інфекції, інфантилізм, ендокринні порушення та інші. Ці патологічні стан можуть призводити до загибелі плідного яйця та вигнання його з порожнини матки, що часто супроводжується посиленими скороченнями матки. Стан супроводжується масивною кровотечою та переймоподібними болями. При наданні допомоги пацієнткам з спонтанним абортом слід враховувати захворювання, що йому передували.

За стадіями розвитку виділяють:

· загрозливий аборт;

· аборт у ходу;

· неповний аборт;

· повний аборт.

**Діагностика спонтанного аборту**

Загальними проявами спонтанного аборту є кров’янисті виділення із статевих шляхів різної інтенсивності та біль у нижніх відділах живота на фоні маткової вагітності.

За наявності ознак геморагічного шоку паралельно з заходами, спрямованими на попередження погіршання гемодинамічних показників, необхідно визначити джерело кровотечі. Першочерговим є виключення або підтвердження наявності порушеної ектопічної вагітності.

**Аборт у ходу**

**Скарги**

1. Тягнучий біль у нижніх відділах живота, у другому триместрі біль може мати переймоподібний характер.

2. Кров’янисті виділення зі статевих шляхів, здебільшого у великій кількості.

Анамнез

1. Тривалість болю в нижніх відділах живота з посиленням у динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер.

2. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите.

2. Кров’янисті виділення у великій кількості.

3. Частини плідного яйця у цервікальному каналі.

4. Підтікання навколоплідних вод (може бути відсутнім у ранні терміни вагітності).

Бімануальне піхвове дослідження для визначення:

1. Тонусу матки.

2. Розміру матки.

3. Розмірів ступеня розкриття цервікального каналу.

УЗД за необхідністю

1. Повне або майже повне відшарування плідного яйця (до 12 тижнів).

2. Наявність ділянки відшарування плаценти (після 12 тижнів).

**Лікування**

Термін вагітності менше 16 тижнів

Проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки в ургентному порядку під адекватним знеболенням та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки, залежно від об’єму крововтрати. Обов’язкове патогістологічне дослідження видаленої тканини.

Термін вагітності більше 16 тижнів

Після спонтанного вигнання продукту запліднення проводять вакуум-аспірацію або кюретаж стінок порожнини матки та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки залежно від об’єму крововтрати.

У разі кровотечі під адекватним знеболенням:

1. За наявності умов проводять евакуацію вмісту матки (не чекають спонтанного вигнання продукту запліднення) та заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки залежно від об’єму крововтрати.

2. За відсутності умов – абдомінальне переривання вагітності.

Профілактичне застосування антибіотиків є обов’язковим. Вибір препарату, дози та тривалості використання має бути визначений індивідуально.

Усім резус-негативним жінкам, у яких немає антирезус антитіл, вводять анти-D імуноглобулін згідно з діючим протоколом.

**Неповний аборт**

**Скарги**

1. Біль різної інтенсивності у нижніх відділах живота.

2. Кров’янисті виділення зі статевих шляхів різного ступеня вираженості.

Анамнез

1. Тягнучий біль у нижніх відділах живота, з посиленням у динаміці до інтенсивного, може мати переймоподібний характер, дедалі зменшується.

2. Експульсія плідного яйця.

3. Провокуючі фактори (травма, падіння, фізичне навантаження).

Обстеження та встановлення діагнозу

Огляд у дзеркалах

1. Шийка матки вкорочена, зовнішнє вічко відкрите.

2. Кров’янисті виділення різного ступеня вираження.

Бімануальне піхвове дослідження

1. Матка м’якої консистенції.

2. Розміри матки менші терміну гестації.

3. Різний ступінь розкриття шийки матки.

УЗД

Порожнина матки розширена >15 мм, шийка матки розкрита, плідне яйце/плід не візуалізується, можуть візуалізуватися тканини неоднорідної ехоструктури.

**Лікування**

У разі неповного аборту обов’язково проводять звільнення матки від залишків ембріональних/плодових тканин з наступним їх патогістологічним дослідженням.

За відсутності абсолютних показань до кюретажу або вакуум-аспірації рекомендується надання пацієнтці можливості вибору методу звільнення матки від залишків плідного яйця: хірургічного або медикаментозного.

*Хірургічний метод евакуації вмісту порожнини матки*

Абсолютні показання до застосування хірургічного методу (кюретаж або вакуум-аспірація):

* інтенсивна кровотеча;
* розширення порожнини матки >50 мм (УЗД);
* підвищення температури тіла вище 37,5°С.

Кюретаж стінок порожнини матки або вакуум-аспірацію проводять під адекватним знеболенням; паралельно проводять заходи, спрямовані на стабілізацію гемодинаміки відповідно до об’єму крововтрати.

Обов’язкове застосування антибіотиків. Вибір препарату, дози та тривалості використання має бути визначений за індивідуальними клінічними показаннями.

*Медикаментозний метод евакуації вмісту порожнини матки*

Може бути використаний за бажанням жінок, які намагаються уникнути хірургічного втручання та загальної анестезії;

Ефективність методу до 96% залежно від деяких факторів, а саме: загальна доза, тривалість прийому та спосіб призначення простагландинів. Найбільший відсоток успіху (70-96%) спостерігається у разі використання великих доз простагландину Е1 (800-1200 мкг), які призначаються інтравагінально.

*Медикаментозний метод може використовуватися:*

* лише у разі підтвердженого неповного аборту у першому триместрі;
* якщо відсутні абсолютні показання для хірургічної евакуації;
* лише за умови госпіталізації до медичного закладу, що надає екстрену допомогу цілодобово.

**Гостра тяжка аномальна маткова кровотеча**

Медикаментозне лікування є терапією вибору у більшості пацієнток (якщо дозволяють клінічні обставини) і може включати такі засоби: кон'юговані еквінні естрогени внутрішньовенно, пероральні прогестини і транексамову кислоту. Вибір методу лікування проводять з урахуванням анамнезу пацієнтки і наявності протипоказань. При застосуванні гемостазу з використанням КОК слід враховувати наявність факторів розвитку тромботичних ускладнень ( див. відповідний протокол тромбоемболічних ускладнень)

Вибір на користь хірургічного лікування повинен ґрунтуватися на наступних факторах: нестабільність клінічного стану жінки, наявність протипоказань до медикаментозного лікування, відсутність ефекту від медикаментозного лікування і анамнестичні вказівки на неефективність всіх медикаментозних методів.

Хірургічні методи можуть включати абляцію ендометрія, емболізацію маткових артерій, гістеректомію, специфічне хірургічне лікування при виявленні структурної патології (поліпектомія, міомектомія), дилатацію та кюретаж. Необхідно пам'ятати, що дилатація і кюретаж не є методами вибору, за винятком випадків важкої гострої кровотечі, яка не піддається контролю за допомогою медикаментозної терапії. Після досягнення контролю над гострою кровотечею обов'язковим є перехід до тривалої підтримуючої терапії.

**Хірургічні захворювання, з якими слід проводити диференційну діагностику при гострій гінекологічній патології:**

**АПЕНДИЦИТ.**

В організмі жінки є комплекс анатомо-фізіологічних умов, що сприяють більш частому, ніж у чоловіків, розвитку апендициту. У гінеколога підозра на гострий апендицит виникає у випадках, коли при бімануальному дослідженні не виявляється патології. Зміни в ділянці додатків матки можуть не виявлятися, якщо:

1) відсутня патологія;

2) напруження передньої черевної стінки та подразнення очеревини не дозволяють виявити патологічних змін;

3) при розриві капсули пухлини не визначається патологічне утворення.

**Диференційний діагноз** з трубною вагітністю, розривом і перекрутом кіст та пухлин яєчника, гострого сальпінгоофориту, піосальпінксу, апоплексії яєчника. При глибокому тазовому розташуванні відростка гострий апендицит важко відрізнити від пельвіоперитонита генітального походження. При деструктивному апендициті нерідко в процес втягуються маткові труби і яєчники.

Принципове значення має диференціальна діагностика больової форми апоплексії яєчника, запалення додатків матки з гострим апендицитом, оскільки терапія цих захворювань різна. Можуть спостерігатися два захворювання, наприклад гострий апендицит і перекрут ніжки пухлини яєчника. Встановити діагноз допомагають вивчення характеру скарг і дані анамнезу. Неуважно зібраний гінекологічний анамнез нерідко є джерелом помилок. Апендицит не супроводжується порушенням менструальної функції. При гострому апендициті швидке наростання кількості лейкоцитів, лейкоцитарна формула відображає характер і поширення запального процесу. При перекруті ніжки пухлини яєчника вміст лейкоцитів також може збільшитись, однак менше, ніж при апендициті.

Дані піхвового й ректального дослідження сприяють уточненню діагнозу: виявлення патологічних змін внутрішніх статевих органів.

Диференціювати апендицит від захворювань додатків матки допомагає симптом Промптова: в разі апендициту при дослідженні прямокишкового заглиблення виникає болючість, а при зміщенні матки – ні.

**ГОСТРА НЕПРОХІДНІСТЬ КИШКІВНИКА**

Гостра непрохідність кишечника є наслідком патологічних процесів, що відбуваються в черевній порожнині. Непрохідність кишечника розділяється на механічну (обтураційну, странгуляційну) і динамічну.

Клінічна картина механічної непрохідності залежить від місця здавлення або завороту кишечника. Непрохідність може бути повною або частковою. Під час повної непрохідності розвивається гострий нападоподібний біль, що зумовлений підсиленою перистальтикою кишечнику, блювання, здуття кишечника, затримка стулу і газів. Для обтураційної непрохідності типова одночасна поява болю та урчання кішківника.

При непрохідності у високих відділах тонкого кишечника спостерігається рясне блювання, при непрохідності товстого кишечника її може не бути. Затримка стула і газів відзначається значно пізніше. Здуття кишечника також залежить від місця непрохідності: в ділянці товстого кишечника воно може досягати великої виразності. При перкусії виявляється різкий тимпаніт. Петлі тонкого кишечника розташовуються один над одним у вигляді сходин.

При странгуляційній непрохідності загальний стан більш тяжкий, ніж при обтураційній.

Парез кишечника (паралітична непрохідність) виникає часто після операції (здуття, відсутність перистальтики). При тривалій непрохідності і здутті кишечника, різко порушується трофіка кишкової стінки, що може призвести до некрозу кишкової стінки. У зв'язку із цим обов'язкове своєчасне виконання операції.

Слід зазначити, що обтураційна непрохідність нерідко виникає після гінекологічних операцій (злуки, перегин кишкової петлі) і трактується як післяопераційна паралітична непрохідність. Странгуляційна непрохідність характеризується обмеженням кишки в грижових воротах, заворотом кишок, інвагінацією. При гострому початку такої непрохідності часто виникає шок. Майже в половини випадків кишкова непрохідність викликається обмеженням кишки в грижових воротах.

Гінекологу важливо знати, що пухлини, які розташовуються в малому тазі, можуть бути причиною обтураційної непрохідності товстого або тонкого кишечника. Пухлини матки та додатків самі по собі зрідка викликають непрохідність, але наявність злукового процесу, що супроводжує їх, залучення в процес кишкової стінки найчастіше зумовлюють явища часткової непрохідності (коліка, урчання, блювота). При частковій непрохідності спочатку біль незначний, спостерігається здуття кишечника, блювота.

Заворот кишки - перекрут петлі навколо фіксованої ділянки (іноді брижі). Наслідком завороту є странгуляційна непрохідність. Найчастіша форма – заворіт сигмовидної кишки. Щоб уникнути обмеження кишки під час операції треба ушивати отвір в сальнику. Якщо хвора перенесла одну або кілька операцій може мати місце часткова злукова непрохідність.

При порушенні функції механізмів, що регулюють нормальну перистальнику кишечника, розвивається паралітична непрохідність: припиняється перистальтика, виникає здуття та венозний застій в кишечника, почуття розпирання, блювання, плескіт рідини в кишечника. Перистальтичні шуми відсутні. Тривале здуття викликає ушкодження кишкової стінки, бактерії проникають в черевну порожнину. Порушується водно-сольовий обмін. Стан хворої погіршується, може розвинутися перитоніт.

Лікування в хірургічному стаціонарі: на початкових етапах можлива консервативна терапія (висока клізма, двостороння люмбальная блокада за А.В. Вишневським). В разі відсутності ефекту показана операція. Гостра паралітична непрохідність кишечника, не пов'язана з яким-небудь захворюванням і не потребує операції, зустрічається рідко, супроводжує перитоніт, перекрут ніжки пухлини яєчника, ниркову коліку та ін.

**УСКЛАДНЕННЯ ПІД ЧАС ОПЕРАЦІЇ ТА В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

У процесі операції можуть виникнути непередбачені ускладнення, пов’язані з пораненням сусідніх органів та кровотечою. Поранення сечового міхура, сечоводу, петлі кили відбувається, як правило, при наявності злук у малому тазі та при грубих маніпуляціях хірурга.

**Пошкодження сечового міхура при гінекологічних операціях.**

Серед оперативних втручань, які призводять до травми сечового міхура, можна виділити: екстирпацію матки з додатками з приводу злоякісної пухлини. Існує небезпека під час видалення матки з приводу лейоміоми, при ретровезікальному розташуванні вузлів. Серед доброякісних пухлин: параоваріальні кісти, кісти гартнерового ходу. Пошкодження сечового міхура може відбутись при пластичних операціях з приводу опущення передньої стінки піхви і випадіння матки. Небезпека травмування сечового міхура можлива при оперативному лікуванні нетримання сечі при напрузі у вікових жінок. Найбільш небезпечним є пошкодження для сечового міхура в ділянці plicavesico-uterina – (фістула сечового міхура).

При виявлені пошкоджень сечового міхура необхідна спеціалізована хірургічна допомога (уролог, хірург). При нерозпізнаній під час операції травмі сечового міхура формуються сечо-статеві нориці, розвивається перитоніт.

**Пошкодження уретри.**

В акушерській практиці травма уретри можлива в результаті родорозрішуючих операцій: акушерські щипці, вакум-екстракція плода. В гінекологічній практиці: видалення парауретральних кіст та кіст гартнерового ходу, які розташовані в передньому склепінні піхви.

Ризик пошкодження уретри значний при видаленні фібром піхви, передній кольпоррафії, пластиці уретри при неутриманні сечі. Сприяють травмі запальні захворювання бартолiнiєвих залоз, coitus perurethrum у хворих з атрезією піхви.

При виявлені травми уретри необхідно провести реконструктивні операції (урогінеколог).

**Комбіновані пошкодження органів сечової системи.**

При комбінованій травмі в патологічний процес може бути залучена не тільки сечова система, а й кишковий тракт, чепець. В разі комбінованої травми необхідна тісна координація дій між акушер-гінекологами, урологами, хірургами.

**Пошкодження сечового міхура в акушерській практиці.**

Реальну загрозу пошкоджень сечового міхура представляють такі ускладнення та оперативні втручання, як розрив матки, накладання акушерських щипців, вакуум-екстракція плоду, використання крючків Брауна, кесарський розтин (екстраперитонеальний варіант), abrasio cavi uteri.

При пораненні сечового міхура накладають шви; при пораненні сечоводу - накладають уретероцисто- та уретероуретероанастомоз. У разі виникнення сумніву у цілості сечовивідних шляхів, треба ввести в вену 5 мл 0,4% розчину метиленового синього, що полегшує розпізнавання травми: через 2-3 хв. зафарбована сеча надходить з місця поранення сечового міхура або сечоводу. При пораненні петлі кили накладають кишковий шов.

При кровотечі треба розвести краї рани та обшити ділянки, що кровоточать. Якщо кровотеча носить дифузний характер, то для закриття ділянок, що кровоточать, використовують камбутек (полімерна композиція, що володіє гемостатичними властивостями), гелевин, імпрегнацію біологічного клею, гемостатичну губку. В деяких випадках перев’язують внутрішню здухвинну артерію.

**Пошкодження сечоводів** можливе при патологічних пологах, накладанні акушерських щипців, кесарському розтині, розривах шийки матки, пізньому перериванні вагітності (перфорація).

При гінекологічних операціях травми сечоводів складають 1,5 %, а при радикальних операціях з приводу раку внутрішніх статевих органів – до 3 %.

Найбільший ризик для сечоводів представляють наступні етапи гінекологічних операцій: розтинання та перев’язка судин, зв’язок; роз’єднання стінок піхви і сечового міхура.

Типовими місцями пошкодження сечоводів є – рівень перетинання сечоводів з матковими судинами і перетинання лійковотазової зв’язки. Лікування перетинання сечоводів хірургічне (операція Боері, уретроуретроанастомоз, перехресний сечоводосечоводовий анастомоз, уретероцистоанастомоз).

**Сечостатеві нориці.**

Причини сечостатевих нориць – травми під час пологів, акушерських та гінекологічних операціях. По топогарфії нориці розподіляються таким чином:

* сечопіхвові;
* сечоматкові;
* сечоводнопіхвові;
* комбіновані (сечостатеві, сечокишкові);
* складні.

Акушерські нориці – наслідок неправильного ведення пологів при вузьких тазах; первинній та вторинній слабкості пологової діяльності, пологах великим плодом, клінічно вузькому тазі, кесарському розтині, накладанні акушерських щипців, післяпологовій екстирпації матки.

Гінекологічні нориці – є результатом радикальних операцій з приводу злоякісних новоутворень жіночих статевих органів та проміневі нориці.

Діагностика нориць проводиться на основі комплексного обстеження хворих з урахуванням: скарг, піхвового обстеження, огляду піхви в дзеркалах, зондування, цистоскопії, хромоцистоскопії, вагінографії, бактеріологічного обстеження, екскреторної урографії, ізотопної урографії, сканування нирок та інш.

В залежності від етіології та виду фістули проводяться – консервативні та оперативні методи лікування.

**Травма кишечника та чепця** виникає внаслідок розкриття черевної порожнини, перфорації матки, видалення кісти гартнерового ходу. Лікування зводиться до накладання атравматичних швів або до резекції сегмента кишки, чепця, ентероанастомозу по Брауну та ін.

**Перфорація матки (**зондування, вакуум-аспірація, кюретаж). В залежності від локалізації, величини пошкоджень перфоративного органу сусідніх органів тактика лікування може бути консервативною або оперативною (зашивання перфораційного отвору, надпіхвова ампутація, екстирпація матки). При травмуванні суміжних органів (сечостатева система, кишечник) – урологічна та спеціалізована хірургічна допомога.

**Травматичні пошкодження у гінекології нерідко потребують негайної медичної допомоги.** Травми статевих органів, що виникають після забою, операції, статевого акту, спостерігаються у 0,5% гінекологічних хворих, які перебувають на лікуванні у стаціонарі. Травматичні ушкодження внутрішніх статевих органів поза пологами пов’язані із введенням у піхву сторонніх предметів, зі статевим актом, особливо при зґвалтуванні, із виробничими та побутовими травмами.

Ушкодження статевих органів також спостерігаються під час вагітності та пологів (цей розділ розглядається в темі “Пологовий травматизм”).Травми зовнішніх статевих органів та піхви спостерігаються після забою, падіння на тупий або гострий предмет, поранення, брутального статевого акту.

**ГЕМАТОМИ**

Внаслідок удару тупим предметом або травми доволі часто утворюються гематоми, що пов’язано із механічним впливом на стінку судини та її розривом. Гематома виникає внаслідок крововиливу у підшкірно-жирову клітковину статевих губ або у навколопіхвову клітковину. При цьому розриваються глибокі тканини і наявні там судини або варикозні вузли, а слизова оболонка піхви залишається неушкодженою, внаслідок чого кров не може зливатися назовні і збирається у рихлій клітковині. Клінічно гематома проявляється швидким збільшенням напруженої болючої пухлини синьо-багряного кольору, відчуттям тиску та розпирання, пекучим болем у статевій губі. Із зовнішніх статевих органів гематома може поширюватися на промежину, навколопіхвову клітковину та може супроводжуватися розвитком гострої анемії. При наявності великої гематоми спостерігається набряк, різка болючість та деформація вульви. При інфікуванні гематоми спостерігається підвищення температури.

Лікування гематоми вульви та піхви визначається розмірами крововиливу та обмежується консервативно-очікувальною тактикою. При невеликих непрогресуючих гематомах, якщо вони не збільшуються та не інфіковані, показані ліжковий режим, лід на ділянку гематоми, вікасол, кальцію хлорид, аскорутин, іноді - антибактеріальна терапія.

При великих, швидко зростаючих гематомах, у хворої виникає гостра анемія. За таких умов показане хірургічне лікування. Оперативне лікування: над пухлиною розрізають тканини, видаляють згортки та рідку кров, перев’язують судини що кровоточать, а якщо це неможливо, обшивають кровоточиву тканину 8-подібними кетгутовими швами. Порожнину гематоми зашивають наглухо або дренують, коли існує загроза інфікування. Гнійні гематоми розкривають і після випорожнення порожнину дренують.

**ТРАВМИ КЛІТОРА**

Найбільш небезпечні розриви судин та тканин у ділянці клітора, що супроводжуються масивною паренхіматозною кровотечою. Діагностика проводиться під час огляду. Лікування хірургічне. Кровотечу зупиняють накладанням гемостатичних швів: під місцевою інфільтраційною анестезією новокаїном у сечівник вводять металевий катетер і залишають в каналі протягом операції. Прошивають тканини, що оточують печеристе тіло, відновлюють їх цілісність та перев’язують вище від місця ушкодження.

**ТРАВМИ ВНАСЛІДОК ПАДІННЯ НА ГОСТРИЙ ПРЕДМЕТ**

У результаті падіння на гострий предмет чи удару рогами тварини спостерігаються не тільки розриви промежини, піхви але і перфорація склепінь, ушкодження сечового міхура, прямої кишки. Правильному діагнозу сприяє огляд у дзеркалах, бімануальне дослідження, симптоматика. Розриви піхви, промежини, прямої кишки ушивають. Якщо у навколоматковій чи навколопіхвовій клітковині утворилась гематома, не доцільно зашивати розрив наглухо, особливо якщо після травми пройшло більше 12 годин, необхідно поставити в рану дренажі.

**ТРАВМИ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ ВНАСЛІДОК СТАТЕВОГО АКТУ**

Під час статевого акту іноді трапляються травматичні пошкодження зовнішніх та внутрішніх статевих органів. Такі травми найчастіше спостерігаються у жінок похилого віку, при стенозі статевих органів після перенесених запальних захворювань, при інфантилізмі, під час бурхливого статевого акту (у нетверезому стані). Значна травматизація піхви, розриви склепінь, проникаючі у черевну порожнину, травми прямої кишки зустрічаються при зґвалтуванні малолітніх. Такі розриви ушивають. Якщо минуло більше 6 годин після одержання травми шви не накладають рани загоюються вторинним натягом.

**ТРАВМИ СПРИЧИНЕНІ СТОРОННІМИ ПРЕДМЕТАМИ**

Відносно часто спостерігаються травми отримані при введенні у статеві шляхи сторонніх предметів під час кримінального аборту та онанізму. При введенні гострих предметів у піхву часто спостерігаються пошкодження шийки чи тіла матки. Проникнення невеликих предметів у порожнину матки або у черевну порожнину діагностують за допомогою рентгенографії, УЗД. В залежності від клініки та місця знаходження сторонній предмет видаляють за допомогою вагіноскопії (у дівчат) або під час лапоротомії. Більшість травм статевих органів трапляються на вулиці, у виробничих приміщеннях, тому рани можуть бути інфіковані. Необхідно забезпечити ретельну обробку рани та профілактику правця.

Ушкодження сечового міхура, уретри, сечоводів можуть спостерігатися під час гінекологічних операцій.

При проведенні надпіхвової ампутації матки, операції Губарєва-Вертгейма під час відділення шийки матки, передньої стінки піхви від задньої стінки сечового міхура остання може бути ушкоджена. В цьому випадку утворюються міхурово-піхвові нориці, які клінічно проявляються виділенням сечі із піхви. Суть операції полягає в ушиванні дефекту стінки піхви та сечового міхура. Дефект стінки сечового міхура ушивають дворядними заглибними кетгутовими швами, а далі виконують кольпорафію. В післяопераційному періоді призначають антибактеріальну терапію, промивають сечовий міхур невеликою кількістю (40-50мл) антисептичних розчинів, здійснюють туалет піхви та зовнішніх статевих органів.

Безпосереднє поранення уретри під час гінекологічних операцій, що призводить до утворення уретро-піхвових нориць спостерігається дуже рідко і складає 0,5-0,8%. Вони зустрічаються при великих онкологічних операціях, коли ампутується 1/3–1/2 піхви. При наявності уретро-піхвових нориць під час акту сечовипускання сеча затікає у піхву, поза актом сечовипускання - сечі у піхві не спостерігається. Діагностовану норицю ушивають наступним чином: через уретру в сечовий міхур вводять еластичний катетер; стінку уретри відділяють від стінки піхви; дефект уретри ушивають на катетері дворядними вузловими кетгутовими швами; виконують кольпорафію.

**V. План організації заняття**

|  |  |
| --- | --- |
| Організаційний момент | 2 % навчального часу |
| Мотивація теми | 3 % навчального часу |
| Контроль вихідного рівня знань | 20 % навчального часу |
| Самостійна робота студентів під контролем викладача | 35 % навчального часу |
| Контроль остаточного рівня знань | 30 % навчального часу |
| Оцінка знань студентів | 5 % навчального часу |
| Узагальнення викладача, завдання додому | 5 % навчального часу |

**VI. Основні етапи заняття**

1. *Підготовчий* — науково-методичне обґрунтування теми, контроль ба­зових та основних знань з теми заняття шляхом опитування за контрольними запитаннями.
2. *Основний* — вивчення клінічного симптомокомплексу ”гострого живота“ в гінекологічній практиці (огляд тематичних хворих, обговорення історій хвороб і тактики надання невідкладної допомоги хворим з ”гострим животом“ у відділенні оперативної гінекології, операційній, жіночій консультації). Знайомство з основними методами діагностики невідкладних станів в гінекології. Робота у відділенні оперативної гінекології, операційній, жіночій консультації. Робота в УЗД-кабінеті. Вивчення на практиці головних принципів і методів надання невідкладної допомоги гінекологічним хворим з порушеною позаматковою вагітністю, апоплексією яєчника, перекрутом ніжки пухлини яєчників. Види та техніка основних гінекологічних операцій. Викладач контролює і направляє самостійні дії студентів.

C. *Заключний* — контроль остаточного рівня знань за допомогою ситуаційних­ задач, оцінка знань, підсумки, завдання і план наступного практичного заняття.

**VII. Методичне забезпечення**

*Місце проведення заняття:* Учбова кімната, відділення оперативної гінекології, операційна, жіноча консультація.

*Обладнання:* таблиці, муляжі, діапозитиви, учбовий фільм, проектор, контрольні запитання, ситуаційні задачі.

**VIII. Контрольні запитання і завдання**

1. Визначення поняття ”гострий живіт“ в гінекології.
2. Етіологічні фактори, що сприяють виникненню ”гострого живота“ в гінекологічній практиці.
3. Визначення позаматкової вагітності.
4. Які теорії пояснюють механізм виникнення позаматкової вагітності?
5. Класифікація позаматкової вагітності.
6. Клінічні особливості прогресуючої та порушеної позаматкової вагітності. Основні принципи діагностики.
7. Апоплексія яєчника. Клініка, діагностика, лікування.
8. Клініка, діагностика, тактика ведення хворих з перекрутом ніжки кісти яєчника.
9. Методи оперативного лікування при перекруті ніжки кісти яєчника.
10. Причини, клініка та діагностика при некрозі міоматозного вузла.
11. Лікувальна тактика при некрозі міоматозного вузла.
12. Особливості диференційної діагностики позаматкової вагітності, апоплексії яєчників і гострого апендициту.
13. З якими нозологічними формами необхідно проводити диференційну діагностику при перекруті ніжки пухлини яєчника?
14. Види і об'єм оперативного лікування при порушенні позаматкової вагітності, апоплексії яєчника, перекруті ніжки пухлини яєчника.
15. Роль жіночої консультації в профілактиці ”гострого живота“ в гінекології.

**XI. Завдання для самостійної роботи студентів:**

1. Основні гінекологічні операції.
2. Експертиза тимчасової втрати працездатності у разі гінекологічних захворювань.
3. Фізіотерапевтичне та санаторно-курортне лікування гінекологічних хворих.

**XII. Тестові завдання**

1. Жінка скаржиться на раптово виниклий біль внизу живота, що іррадіює в задній прохід, нудоту, запаморочення, кров'янисті темні виділення зі статевих шляхів протягом тижня, затримку менструації на 4 тижні. Симптоми подразнення очеревини позитивні. У дзеркалах: синюшність слизової оболонки піхви і шийки матки. При бiмануальному дослідженні відзначається симптом "матки, що плаває", випинання і болісність заднього і правого бічного склепінь піхви. Найбільш ймовірний діагноз?

А. Гострий апендицит.

В. Апоплексія яєчника.

С. Гострий правобічний аднексит.

D. Перекрути ніжки пухлини яєчника.

Е. Порушена позаматкова вагітність.

2. 24-річна жінка скаржиться на кров'янисті виділення, що мажуть, з піхви і біль в правій клубовій ділянці. В анамнезі нерегулярний менструальний цикл. Остання менструація 7 тижнів тому. При бiмануальному дослідженні матка не збільшена, безболісна. Титр хоріонічного гонадотропину 1000. Тактика лікаря?

А. Діагностична лапароскопія.

В. Ультразвукове дослідження органів малого таза.

С. Кульдоскопія.

D. Повторне визначення ХГ через 24 години.

Е. Повторне дослідження ХГ через тиждень.

3. Жінку 17 років турбує біль внизу живота протягом 12 годин, поступово наростаючий, слабість, запаморочення. Меnsеs з 14 років по 3-4/26-28. Затримка менструації на 2 тижні. Статеве життя протягом року. Вагітність не запобігала. Живіт напружений. При бімануальному дослідженні матка злегка збільшена, склепіння болісні. Додатки чітко не контуруються, заднє склепіння випнуте. Виділення зі статевих шляхів темно-кров'янисті, убогі. Попередній діагноз?

А. Апендицит.

В. Апоплексія яєчника.

С. Порушена позаматкова вагітність.

D. Перекрут кісти яєчника.

Е. Мимовільний аборт раннього терміну.

4. Жінку 17 років турбує гострий біль унизу живота. Відзначає затримку менструації на 2 тижні. Статеве життя протягом року. Охоронялася від вагітності перерваним статевим актом. Об'єктивно: бліда. Температура тіла 36,6°С, АТ 95/60 мм рт.ст., Пульс 90 уд/хв. При бімануальному дослідженні визначається злегка збільшена матка, екскурсії шийки болісні, придатки чітко не контуруються, заднє склепіння випнуте. Виділення зі статевих шляхів темно-кров'янисті, убогі. Найбільш інформативний метод:

А. Ультразвукове дослідження органів малого таза.

В. Загальний аналіз крові.

С. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.

D. Кольпоскопія.

Е. Лапароскопія.

5. Жінку турбує гострий біль в животі, підвищення температури тіла до 38,0°С. Знає про наявність міоми матки 3 роки. Симптоми подразнення очеревини позитивні в нижніх відділах живота. Лейкоцити 10,2 Т/л, ШОЕ 28 мм/год. При бімануальному дослідженні тіло матки збільшене до 8-9 тижнів вагітності, по передній поверхні - різко болісний міоматозний вузол розміром 4×4 см, придатки матки не змінені. Ультразвукове дослідження підтверджує наявність субсерозного міоматозного вузла. Який діагноз найбільш ймовірний?

А. Внутрішній ендометріоз.

В. Тубооваріальна пухлина.

С. Некроз міоматозного вузла.

D. Гострий аднексит.

Е. Периметрит.

6. Жінка зі скаргами на біль внизу живота, що іррадіює в задній прохід, запаморочення, що виникли після coitus. В анамнезі запалення придатків матки 7 років. 15-й день менструального циклу. Шкірні покриви бліді, живіт м'який, болісний, позитивні симптоми подразнення очеревини. Пульс 110 уд/хв. При бімануальному дослідженні визначається збільшений кулястий, болісний правий яєчник, болісні задній і правий бічний склепіння піхви. Кров'янистих виділень немає. Ймовірна причина «гострого живота»:

А. Пухлина яєчника з порушенням харчування.

В. Апоплексія яєчника.

С. позаматкова вагітність, що перервалася за типом трубного аборту.

D. Що перервалася за типом розриву труби, позаматкова вагітність.

Е. Загострення хронічного аднекситу.

7. У гінекологічне відділення надійшла хвора 20 років зі скаргами на різкий біль внизу живота після фізичного навантаження. Остання менструація 2 тижні тому. При піхвовому дослідженні матка не збільшена, безболісна, ліворуч придатки різко болісні при пальпації, що утрудняє дослідження. Симптом Промтова позитивний. Заднє склепіння нависає, болісне. Пульс 96 уд/хв., АТ 100/60 мм рт.ст. Про яку патологію мова йде?

А. Гострий лівобічний сальпінгоофорит.

В. Апоплексія лівого яєчника.

С. Піосальпінкс ліворуч.

D. Порушена лівобічна трубна вагітність.

E. Пухлина лівого яєчника.

8. Жінку 26 років доставлено до прийомного відділення зі скаргами на раптовий біль у нижній частині живота, слабість, утрату свідомості вдома. Остання менструація 2 місяці тому. Hb 106 г/л, пульс 120/хв, АТ 80/50 мм рт.ст. Болісність і симптоми подразнення очеревини внизу праворуч. Який діагноз найбільш ймовірний?

А. Апоплексія яєчника.

В. Перекрут ніжки кісти яєчника.

С. Гострий апендицит.

D. Гострий аднексит.

Е. Порушена трубна вагітність.

9. У гінекологічний стаціонар надійшла жінка зі скаргами на різкий біль у нижніх відділах живота. Рік тому на профогляді діагностовано пухлина правого яєчника. Від операції відмовилася. При обстеженні жінки звертають на себе увага позитивні симптоми подразнення очеревини. Бімануально - матка звичайних розмірів, безболісна, праворуч визначається утворення розмірами до 8 см, різко болісне, щільне, з чіткими контурами. Можливий діагноз?

A. Перекрут ніжки кісти яєчника

B. Позаматкова вагітність

C. Гострий правобічний аднексит

D. Розрив кісти яєчника

E. Пельвіоперитоніт

10. Хвора 29 років зі скаргами на гострий біль унизу живота, блювоту. АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 108 уд/хв. Живіт помірно роздутий, різко болісний у нижніх відділах. Симптом Щоткина-Блюмберга позитивний. Бімануальне дослідження: тіло матки не збільшено, рухливе, безболісне. Праворуч від матки пальпується утворення розмірами 7х7 см, тугоеластичної консистенції, різко болісне. Ліві придатки не визначаються. Найбільш ймовірний діагноз?

А. Перекрут ніжки пухлини яєчника

В. Гострий аднексит

С. Порушена позаматкова вагітність

D. Апоплексія яєчника

Е. Кишкова непрохідність

**XIII. Ситуаційні задачі**

1. Жінка 30 років, скаржиться на раптовий біль у правої здухвинної ділянці, іррадіюючий у пряму кишку та праву ногу. Хвора бліда, AT 95/50 мм. рт.ст. на обох руках, пульс - 105 ударів за хвилину. Симптом Щоткіна - Блюмберга - позитивний. При бімануальному дослідженні: матка, звичайних розмірів, у ділянці правих придатків визначається болючість, ліві придатки без особливостей. Зміщення шийки матки викликає сильний біль, піхвове склепіння болюче, напружене, виділення кров’янисті, помірні. Встановити діагноз? Що робити?

2. До гінекологічного стаціонару надійшла жінка зі скаргами на різку біль у нижніх відділах живота. Рік тому на профілактичному огляді діагностована пухлина правого яєчника. Операцію не робила. При обстежені жінки обертає увагу наявність симптомів подразнення очеревини, напруження м’язів черевної стінки. Бімануально - матка звичайних розмірів, безболісна, праворуч визначається утворення до 8 см, різко болісне, щільне, з чіткими контурами. Можливий діагноз?

3. Хвора з лейоміомою матки (вперше виявлена 4 роки тому), протягом спостереження розміри матки стабільні (відповідно 8-9 тижням вагітності), звернулась до гінекологічного відділення зі скаргами на різку біль внизу живота. При обстеженні – різко позитивні симптоми подразнення очеревини, високий лейкоцитоз. При вагінальному обстеженні: матка збільшена відповідно 9 тижням вагітності за рахунок міоматозних вузлів, один з яких рухомий, різко болючий. Придатки не пальпуються. Виділення слизові, помірні. Сформулюйте діагноз. Яка тактика лікування?

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

**Основна**

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров’я України». -2018.- 504 с.
2. Справочник семейного врача по акушерству и гинекологии. / Под редакцией проф. В.А. Бенюка. - Киев: «Доктор-медиа», 2012.- 622 с.
3. Браян А. Маґован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров’я України» - С.542.
7. V.I. Hryshchenko, M.O. Shcherbyna, B.M. Ventskivskyi et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
8. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

**Додаткова**

1. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
2. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
3. МОЗ України Наказ № 869 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Гіперплазія ендометрія"» від 05.05.2021
4. МОЗ України Наказ № 1730 «Ектопічна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 24.09.2022
5. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
6. EAU. Guidelines of chronic pelvic pain. 2014. 132 p.
7. Стюарт Г. Ралстон Ян, Д. Пенман, Марк В.Дж. Стрекен, Річард П. Гобсон «Медицина за Девідсоном: принципи і практика», 23-є видання: у 3 томах. Том 3. ВСВ «Медицина», 2021, 664 с.
8. ESHRE. Management of women with premature ovarian insufficiency. 2015. 161p.
9. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. Hum Reprod. 2014:400-12.
10. International evidencebased guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Monash University, Melbourne Australia 2018:198 p.
11. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015
12. DC Duttas textbook on gynecology, six edition/ New Dehli-London-Philadelphia, 2013
13. Кравченко О.В, Карлійчук Є.С., Ясинська С.М. Акушерство і гінекологія. Obstetrics and Gynecology: (Educational manual). - Чернівці: БДМУ, 2012.
14. Жаркіх А.В. Гострий живіт в акушерстві і гінекології: навчальний посібник. / А.В. Жаркіх, В.О. Залізняк, С.П. Онопченко, О.В. Кабаченко. - Запоріжжя: Просвіта, 2010. – 132 с.
15. Сирбу І.Ф. Невідкладна хірургія захворювань і пошкоджень органів черевної порожнини, малого тазу та заочеревинного простору : навчальний посібник / І.Ф. Сирбу, В.В. Ганжий, І.Ю. Ганжий, В.О. Залізняк, А.В. Жарких. – Запоріжжя : - ОАО «Мотор Січ», 2010. - 161 с.