

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

Навчально-науковий інститут громадського здоров'я та профілактичної медицини

Навчально-науковий інститут Медицини

**кафедра Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти**

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»

НРК5 «Лабораторна діагностика в клінічній практиці (в тому числі акушерство та гінекологія; неврологія; психіатрія та наркологія; оториноларингологія; офтальмологія)»

Модуль 1 «Акушерство та гінекологія з оцінкою результатів досліджень»

Тема: «Невідкладні стани в гінекології».

ДЛЯ СТУДЕНТІВ ІV КУРСУ Навчально-наукового інституту
громадського здоров'я та профілактичної медицини

Освітній рівень: перший (бакалаврський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я та соціального забезпечення»

Спеціальність: 224 «Технології медичної діагностики та лікування»

Освітня програма: «Лабораторна діагностика»

«Затверджено»

На методичній нараді кафедри
Госпітального акушерства і гінекології

Та післядипломної освіти
протокол №1 від 28.08.2026 р.

Завідувач кафедри
професор Говсєєв Д.О.

КИЇВ 2026-27

2026–2027 навчальний рік

Методична вказівка Модуль 1 «Акушерство та гінекологія з оцінкою результатів досліджень»

Тема: «Невідкладні стани в гінекології»

для студентів за освітнім рівнем перший (бакалаврський), спеціальність І6 «Технології медичної діагностики та лікування», 4 курсу, Навчально-наукового інституту громадського здоров'я та профілактичної медицини

Розробники:

- завідувач кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти, д.м.н., професор Говсеєв Д.О.,
- доцент кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти, к.мед.н. Цапенко Т.В.,
- доцент кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти, к.мед.н. Купчік В.І.,
- доцент кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти, к.мед.н. Наритник Т.Т.
- доцент кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти, к.мед.н. Костенко О.Ю.

Тема: « НЕ В І Д К Л А Д Н І С Т А Н И В Г І Н Е К О Л О Г І Ї »

I. Науково - методичне обґрунтування теми

Гострий живіт — це клінічний симптомокомплекс, який розвивається припошкодженнях і гострих захворюваннях органів черевної порожнини і зачеревного простору, що загрожує життю і вимагає невідкладної допомоги. Поняття «гострий живіт» є збіральним. Під цим терміном об'єднують гостро виникаючі патологічні процеси в черевній порожнині, різні по етіології і клінічному перебігу. Всі захворювання, що супроводжуються клінічною картиною «гострого живота», вимагають негайної госпіталізації хворих, проведення діагностики і надання невідкладної допомоги.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Сучасні погляди на етіологію та патогенез захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота» в гінекології.
2. Класифікацію захворювань, що призводять до розвитку «гострогоживота» в гінекології.
3. Особливості клінічної симптоматики, характеру перебігу, частота ускладнень при захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота» в гінекології.
4. Діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при «гострому животі» в гінекології.
5. Диференційну діагностику захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота» в гінекології.
6. Методи лікування «гострого живота».

III. Базові знання

1. Фізіологія кровообігу.
2. Васкуляризація внутрішніх статевих органів.
3. Фізикальні методи дослідження порушень функцій

органів черевної порожнини та малого тазу.

IV. Зміст навчального матеріалу

Гострий живіт — це клінічний симптомокомплекс, який розвивається при пошкодженнях і гострих захворюваннях органів черевної порожнини і зачеревного простору, що загрожує життю і вимагає невідкладної допомоги. Поняття «гострий живіт» є збіральним. Під цим терміном об'єднують гостро виникаючі патологічні процеси в черевній порожнині, різні по етіології і клінічному перебігу.

Причини «гострого живота» умовно можна розділити на чотири групи:

- 1 група — гострі внутрішньочеревні кровотечі (порушена позаматкова вагітність, апоплексія яєчника);
- 2 група — порушення кровообігу у внутрішніх статевих органах (перекрут ніжки пухлин і пухлиноподібних утворень яєчника, перекруті некроз міоматозного вузла);
- 3 група — ятрогенні причини (перфорація матки);
- 4 група — гострі запальні захворювання внутрішніх статевих органів із залученням до процесу очеревини.

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

Не дивлячись на різноманіття причин, які викликають картину гострого живота, **клінічна картина** має багато загальних ознак. Основною і постійною ознакою гострого живота є біль. Вона може виникати раптово (наприклад, при розриві плодівместилища в разі позаматкової вагітності, при перекруті ніжки пухлини яєчника) або наростати поступово (при запаленні додатків матки). В деяких випадках біль носить переймоподібний характер (при трубному аборті, народженні підслизового фіброматозного вузла). При запальному процесі біль частіше всього постійної інтенсивності залежить від вираженості запального процесу.

Наголошується виражена ригідність передньої черевної стінки. Цей

симптом визначається шляхом пальпації живота всією долонею, а не кінчиками пальців, оскільки в останньому випадку може відбуватися рефлекторне скорочення черевної стінки і з'являється несправжнє відчуття її ригідності.

Ригідність передньої черевної стінки добре виражена при пельвіоперитоніті, а також при перитоніті на фоні запальних процесів внутрішніх статевих органів. Цей симптом також визначається при перекруті ніжки пухлини яєчника. В той же час при позаматковій вагітності ригідність передньої черевної стінки може бути відсутньою.

Для перитоніту характерний симптом Щеткина—Блюмберга. Перкусія живота супроводжується вираженою хворобливістю, яка з'являється на ранньому етапі захворювання. Для перитоніту характерна наявність рідини в черевній порожнині, яка скупчується в пологих місцях черевної порожнини і визначається шляхом перкусії передньої черевної стінки і при УЗД. Ранніми ознаками перитоніту є відсутність стільця і затримка відходження газів, що обумовлене парезом кишечника і запаленням вісцеральної очеревини.

При явищах гострого живота, обумовленого перитонітом, часто наголошуються підвищення температури тіла і почастищення пульсу. Для гінекологічного перитоніту характерна розбіжність між температурою тіла і частотою пульсу. Частий пульс при субфебрильній або нормальній температурі тіла є раннім симптомом перитоніту. При важкому перебігу перитоніту спостерігаються висока температура тіла і частий пульс слабкого наповнення. При масивній кровотечі в черевну порожнину, наприклад при позаматковій вагітності, температура тіла знижена, пульс частий, слабкого наповнення.

Перитоніт завжди супроводжується лейкоцитозом, зрушенням лейкоцитарної формули вліво, збільшенням процентного вмісту палочкоядерних лейкоцитів, а для запальних процесів додатків матки характерна також збільшена ШЗЕ. Всі захворювання, що супроводжуються клінічною картиною «гострого живота», вимагають негайної госпіталізації

хворих, проведення діагностики і надання невідкладної допомоги.

ПОРУШЕНА ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ

Клінічний перебіг позаматкової вагітності відрізняється великою різноманітністю симптомів. Найбільш типовим результатом трубної вагітності є її переривання звичайно на 4-6-ому або 7-8-му тижні. Ворсини хоріону, упродовжуючись в стінку маткової труби, викликають її руйнування і розплавлення, утворюючи шар фибринозного некрозу, що сприяє стоншуванню і розтягуванню стінки з подальшим розтином стінок кровеносних судин і деструкцією нервових волокон.

Одним з варіантів порушення трубної вагітності є трубний аборт. Переривання вагітності за типом розриву маткової труби відмічається в 31 % випадків. При повному трубному аборті, коли плодове яйце цілком виганяє в черевну порожнину, воно найчастіше гине, а потім може підвергнутися запліненню і муміфікації. Кровотеча з труби, що виникає при цьому, в край окремих випадках може зупинитися самостійно. Жінки не завжди відмічають затримку менструації, болі і кров'яні виділення із статевих шляхів. Суб'єктивні ознаки вагітності також можуть бути відсутніми. Нагрубання молочних залоз і виділення з сосків можуть бути обумовлені іншими патологічними станами. Розрив маткової труби, як правило, протікає гостро, з вираженою клінічною картиною, обумовленою гострою кровотечею в черевну порожнину. Наголошуються анемізація і зниження артеріального тиску, запаморочення, непритомність, перитонеальний шок, що супроводиться больовим нападом, викликаним як розривом труби, так і роздратуванням очеревини кров'ю. Біль може іррадіювати в ділянку прямої кишки («крик Дугласа»), підребер'я, міжлопаткову ділянку, ключицю («френікус-симптом»). У багатьох хворих при розриві маткової труби розвивається масивна крововтрата і геморагічний шок.

Для діагностики трубного аборту важливим є детальне вивчення **анамнезу**, при якому особлива увага приділяється з'ясуванню особливостей останніх 2-4 менструальних циклів. Болі частіше мають нападopodobний характер (від

декількох хвилин до декількох годин), кровотеча із статевих шляхів або збігається з першим больовим нападом, або з'являється після нього. Кров'яні виділення нагадують «кавову гущу». При вагінальному дослідженні удається пальпувати незначне збільшення і розм'якшення тіла матки, не відповідне терміну затримки менструації, пастозність і хворобливість придатків матки, згладжування і напругу задньої свода піхви, різко хворобливої при пальпації. При «старій» позаматковій вагітності може визначатися перитубарная гематома у вигляді утворення без чітких контурів в проекції придатків матки або позаду неї.

При дослідженні крові виявляються зниження вмісту гемоглобіну, зрушення лейкоцитарної формули вліво.

Диференціювати ектопічну вагітність, що уривається за типом трубного аборт, найчастіше слідує від мимовільного аборт при маточній вагітності, загострення хронічного сальпінгофориту, апоплексії яєчника, а також від харчової інтоксикації. Незрідка хворих з позаматковою вагітністю госпіталізують в хірургічні стаціонари з підозрінням на гострий апендицит.

Симптоматика, супроводжуюча розрив маткової труби, досить яскрава. Больовий синдром виявляється на тлі повного благополуччя (частіше різкий біль виникає на стороні «вагітної» труби) і відрізняється характерною ірадіацією, незрідка виникають тенезми і рідкий стілець. При огляді хворої спостерігаються апатія, загальмованість, блідість шкірних покривів і видимих слизових оболонок, холодний піт, задишка. У деяких пацієнток наголошується падіння систолічного тиску нижче 80 мм рт. ст. Пальпація живота різко болюча, симптоми роздратування очеревини, притуплювання перкуторного звуку в пологих місцях живота, межа якого переміщається із зміною положення тіла. При бімануальному дослідженні наголошуються надмірна рухливість матки (симптом «плаваючої матки»), різка хворобливість при зсуві шийки, нависання і виражена хворобливість заднього зведення піхви.

При масивній крововтраті показано екстрене хірургічне втручання,

оскільки будь-яке зволікання може привести до летального результату.

Велику роль в діагностиці позаматкової вагітності грають додаткові методи дослідження.

Специфічне лабораторне дослідження: якісний або кількісний тест на ХГЛ.

Інструментальні методи обстеження:

УЗД:

- Відсутність в порожнині матки плодового яйця;
- Візуалізація ембріона поза порожниною матки;
- Виявлення утвору неоднорідної структури в області проекції маткових труб;
- Значна кількість вільної рідини в дугласовому просторі.

Лапароскопія:

- Візуально встановлений розрив маткової труби;
- Кровотеча з ампулярного отвору або з місця розриву маткової труби;
- Наявність в черевній порожнині крові та елементів плідного яйця.

Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки:

- відсутність у вишкрібі елементів плідного яйця;
- наявність у вишкрібі депидуальної тканини.

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

Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви проводиться за відсутності апарату УЗД для діагностики трубного аборт. Наявність у пунктаті рідкої крові - одна з ознак позаматкової вагітності. У разі клінічних ознак внутрішньочеревної кровотечі пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви не проводиться - затримка часу початку лапаротомії.

Розрив маткової труби слід **диференціювати** від апоплексії яєчника, перекрута ніжки цистаденоми, перитоніту при проривній виразці шлунку, травми органів черевної порожнини.

Диференційна діагностика трубного аборту і апоплексії яєчника має особливі труднощі із-за схожості симптоматики. На користь апоплексії говорить відсутність затримки менструації і об'єктивних ознаках вагітності. Діагностичними ознаками є визначення ХГТ, а також дані лапароскопії. Разом з тим, за наявності картини внутрішньої кровотечі виконувати ці дослідження недоцільно, оскільки в цьому випадку показаний терміновий череворозтин.

Багато однакових симптомів є при **трубному аборті і загостренні запального процесу в придатках матки**. Це в значній мірі пов'язано з тим, що при позаматковій вагітності в анамнезі є вказівки на перенесені запальні захворювання придатків матки. Загальними симптомами при запальному процесі придатків матки і трубному аборті є біль внизу живота, порушення менструальної функції, кров'яні виділення з піхви із-за порушення функції яєчників при запаленні і відходження децидуальної оболонки при трубному аборті, збільшення придатків матки в обох випадках. Характерні також субфебрильна температура тіла, пульсація судин при вагінальному дослідженні. Велике значення в диференціальній діагностиці трубного аборту і запалення придатків матки мають ретельно зібраний анамнез і спостереження за хворий в динаміці.

Відмінність цих двох нозологічних форм полягає в тому, що при запаленні придатків матки, як правило, не наголошується затримки менструації. При позаматковій вагітності тіло матки звичайне дещо збільшено, розм'якшено, при запаленні придатків матка рідко буває збільшеною, консистенція її щільна. При запальному процесі придатки збільшені і мають щільнішу консистенцію і досить обкреслену конфігурацію, але малу рухливість. При трубному аборті придатки м'якої консистенції, тестувати на дотик, з неясними контурами. Задня частина зведення піхви при запаленні придатків зазвичай не випнута; випинання її характерний для

Діагностичні ознаки форм трубної вагітності

Клінічні ознаки	Трубний викидень	Розрив маткової труби
--------------------	------------------	-----------------------

Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні
Загальний стан хворої	Періодично погіршується, короточасні втрати свідомості, тривалі періоди задовільного стану	Прогресивне погіршення стану, клініка геморагічного шоку
Біль	Характер нападів, що періодично повторюються	З'являється у вигляді гострого нападу
Виділення	Кров'яні виділення темного кольору, з'являються після болю	Відсутні або незначні
Піхвове дослідження	Матка не відповідає терміну затримки місячних, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких	Такі самі, симптоми «плаваючої матки», болючість матки і додатків з
	контурів, заднє склепіння сглажене	ураженого боку, нависання заднього склепіння
Додаткові методи обстеження	Кульдоцентез Лапароскопія	Не проводяться

Диференційна діагностика трубного і маточного абортів

Трубний аборт	Матковий аборт
Порушення трубної вагітності між 4 – 6 тижнями	Самостійне переривання маткової вагітності між 8 – 12 тижнями
Характер нападів, що періодично повторюються в одній із пахвинних ділянок; бурний початок	Біль має схватко подібний характер, локалізується внизу і посеред живота; поступове наростання болі
Наружна кровотеча незначна	Наружна кровотеча значна
Спостерігається відходження децидуальної оболонки повністю, ворсин хоріона не відмічено	Відходження децидуальної оболонки з ворсинками хоріона
Матка не відповідає терміну затримки місячних, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, заднє склепіння сглажене, зовнішнє вічко закрите	Матка відповідає терміну затримки місячних, болючість при зміщенні матки, заднє склепіння сглажене, зовнішнє вічко відкрите

Диференційна діагностика позаматкової вагітності та апендициту

Позаматкова вагітність	Апендицит
Ознаки вагітності є	Ознак вагітності немає

Кров'яні що мажуться виділення, різкий схватко образний біль, що супроводжується обмороком, нудота, блювання слабо виразні або відсутні, температура тіла нормальна або субфебрильна, рідко вище 38 С	Кров'яні виділення відсутні. Біль нетака гостра, нудота та блювання більш різко виразні, лихоманка
Напруга м'язів передньої черевної стінки слабо виразна, часто зовсім відсутня. Френікус –симптом є чи відсутній	Напруга м'язів передньої черевної стінки завжди виразна, симптоми Щоткіна-Блюмберга, Ровзинга позитивні. Френікус –симптом відсутній
Характерний габітус хворої, різка блідість лиця, синюшність губ та ногтей	Хвора знаходиться в стані збудження (червоне лице)
Лейкоцитозу немає, вторинна анемія	Лейкоцитоз зі зсувом формули вліво, анемія не виражена
Матка часто збільшена, задня стінка своду вагіни опущена, в ній часто пальпується малорухлива болюча пухлина	Матка та додатки в нормі
При кульдоцентезі рідка кров	При кульдоцентезі кров відсутня
Спостерігається відходження децидуальної оболонки	Децидуальна облонка не відходить

Лікування. Вигляд оперативного втручання повинен вибиратися з врахуванням клінічної картини захворювання, розмірів і локалізації плодового яйця, наявності і виразності злукового процесу, кваліфікації хірурга, стану хворої, зацікавленості її в збереженні репродуктивної функції. Операцію проводять як лапаротомічним, так і лапароскопічним доступом. Показаннями до лапаротомії є геморагічний шок і наявність вираженого злукового процесу в черевній порожнині.

Комплексний підхід до лікування жінок з позаматковою вагітністю:

- 1) оперативне лікування
- 2) боротьба за кровотечею, гем. шоком, крововтратою
- 3) ведення післяопераційного періоду
- 4) реабілітація репродуктивної функції.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:

1. Сальпінгостомія (туботомія)
2. Сегментарна резекція маткової труби
3. Сальпінгектомія (у разі масивної кровотечі).

АПОПЛЕКСІЯ ЯЄЧНИКА

Апоплексія яєчника визначається як крововилив, що раптово настав, в яєчник при розриві судин граафової бульбашки, строми яєчника, фолликулярної кісти або кісти жовтого тіла, що супроводиться порушенням цілості його тканини і кровотечею в черевну порожнину.

Апоплексія яєчника зустрічається у віці від 14 до 45 років, частіше в 20-35 років. Проте відомі випадки крововиливу в яєчнику маленьких дівчаток.

Провідну патогенетичну роль у виникненні апоплексії яєчника грають порушення гормонального статусу. Вважають, що однією з основних причин розриву яєчника є надмірне збільшення кількості і співвідношення гонадотропних гормонів гіпофіза (ФСГ, ЛГ, пролактину), яке сприяє гіперемії тканини яєчника. Важливе значення у виникненні апоплексії яєчника має дисфункція вищих відділів нервової системи, що реєструється при ЕЕГ і РЕГ. Її причиною можуть бути стресові ситуації, психоемоційна лабільність, зовнішні дії, пов'язані з екологічними чинниками, технічний прогрес, умови життя.

Основним **клінічним симптомом апоплексії яєчника** є раптово виниклий біль в нижніх відділах живота. Її пов'язують з роздратуванням рецепторного поля яєчничкової тканини і дією на очеревину кров'ю, що вилилася. Певна роль у виникненні больового синдрому відводиться спазму в басейні яєчничкової артерії. Такі клінічні прояви, як слабкість, запаморочення, нудота, блювота, непритомний стан, пов'язані з внутрішньочеревною кровотечею і ступенем її вираженості.

Больова форма апоплексії яєчника спостерігається при крововиливі в тканину фолікула або жовтого тіла без кровотечі в черевну порожнину. Захворювання виявляється нападом болів внизу живота без іррадіації. Інколи

больовий синдром супроводиться нудотою і блювотою, проте ознаки внутрішньочеревної кровотечі відсутні.

Клінічна картина больової форми і геморагічної форми легкого ступеня важкості схожа. При огляді шкірні покриви і видимі слизові оболонки звичайного забарвлення. Частота пульсу і артеріальний тиск в межах норми. Язик чистий, вологий. Живіт м'який, проте можлива незначна напруга м'язів передньої черевної стінки в нижніх відділах. Пальпаторно наголошується хворобливість в клубової області, частіше справа, перитонеальні симптоми відсутні. Перкуторно вільна рідина в черевній порожнині не визначається. При гінекологічному дослідженні визначається матка нормальних розмірів, декілька збільшений, болючий яєчник; зведення піхви глибокі, вільні. При УЗД органів малого тазу розрив яєчника візуалізувати майже ніколи не вдається, проте можна виявити скупчення рідини в позадиматковому (Дугласовому) просторі. Для больової форми апоплексії яєчника характерна наявність незначної кількості рідини в просторі Дугласа і гіпоєхогенне утворення з дрібнодисперсною суспензією (фолікулярна рідина з домішкою крові). У крові не наголошується виражених змін, інколи має місце помірний лейкоцитоз без зрушення формули вліво.

У клінічній картині геморагічної форми апоплексії яєчника середнього і важкого ступеня основні симптоми пов'язані з внутрішньочеревною кровотечею. Захворювання починається гостро, часто пов'язано із зовнішніми причинами (статевий акт, фізична напруга, травма і ін.). Біль локалізується в нижніх відділах живота і часто ірадіює в задній прохід, ногу, крижі, зовнішні статеві органи. Больовий синдром супроводиться слабкістю, запамороченням, нудотою, блювотою, непритомними станами. Вираженість симптомів залежить від об'єму крововтрати.

При огляді шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді, наголошується холодний липкий піт. Артеріальний тиск понижений, є тахікардія. Мова рідка, живіт напружений, можливе його незначне здуття. При пальпації визначається різка хворобливість в одній з клубових ділянок або по

всій гіпогастральній області. Перитонеальна симптоматика найбільш виражена в нижніх відділах. Перкуторно можливо визначити наявність вільної рідини в пологих місцях живота.

При гінекологічному дослідженні слизова оболонка піхви нормального забарвлення або бліда. Дворучне дослідження може бути утруднене із-за вираженої хворобливості передньої черевної стінки. Матка звичайних розмірів, хвороблива, на стороні апоплексії пальпується хворобливий, злегка збільшений яєчник. Зведення піхви нависають, тракції за шийку матки різко хворобливі.

У крові наголошується зниження вмісту гемоглобіну, проте при гострій крововтраті в перші години можливе підвищення його рівня за рахунок згущування крові. У деяких хворих наголошується незначне збільшення вмісту лейкоцитів без зрушення формули вліво.

Інформативним методом діагностики геморагічної форми апоплексії яєчника є УЗД, при якому визначається значна кількість вільної дрібно- і середньодисперсної рідини в черевній порожнині із структурами неправильної форми, підвищеною ехогенністю (кров'яні згустки).

Діагностика. Вважаючи, що патогномонічних симптомів апоплексії яєчника немає, діагноз встановлюється на підставі ретельно зібраного анамнезу, скарг хворої, перкусії і пальпації живота й вагінального обстеження. Особливе значення мають додаткові методи дослідження: УЗД, пункція через заднє зведення піхви, лапароскопія.

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

Лікування хворих з апоплексією яєчника залежить від форми захворювання і вираженості клінічних симптомів внутрішньочеревної кровотечі. При больовій формі і при незначній 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 гемостатичної дії (етамзилат), спазмолітичних засобів (папаверин, Но-шпа), вітамінів (тіамін, піридоксин, цианокобаламін). Консервативна терапія проводиться в стаціонарних умовах під добовим спостереженням медичного персоналу. При повторному нападі болі, погіршенні загального стану, нестабільності гемодинаміки, збільшенні кількості крові в черевній порожнині клінічно і при ультразвуковому скануванні встає питання про необхідність оперативного втручання (лапароскопія, лапаротомія).

Свідчення до лапароскопії:

- наявність в черевній порожнині більше 150 мл крові, підтверджене фізикальними і ультразвуковими методами дослідження, при стабільних показниках гемодинаміки і задовільному стані хворого;
- неефективність консервативної терапії протягом 1-3 днів, ознаки внутрішньочеревної кровотечі, що продовжується, підтвердженої при УЗД (збільшення об'єму вільної рідини в черевній порожнині);
- необхідність диференціальної діагностики між гострою гінекологічною і гострою хірургічною патологією.

Об'єм оперативного втручання при апоплексії яєчника має бути максимально щадним: коагуляція місця розриву, розтин кісти і видалення вмісту за допомогою аспіратора, резекція яєчника.

При великих пошкодженнях і відсутності можливості збереження яєчника виробляється його видалення.

Свідчення до лапаротомії:

- наявність ознак внутрішньочеревної кровотечі, що наводить до порушення гемодинаміки і важкому стану хворого (геморагічний шок);
- неможливість проведення лапароскопії (внаслідок злукового процесу, посилення кровотечі з пошкоджених судин яєчника).

Оперативне втручання проводиться нижнєсереднім доступом або надлобковим розрізом по Пфаненштілью. Об'єм втручання не відрізняється від такого при лапароскопії. При лапаротомії можлива реінфузія крові, що

вилилася в черевну порожнину.

ПЕРЕКРУТ НІЖКИ ПУХЛИНИ ПРИДАТКІВ МАТКИ

Найчастіше зустрічається перекрут ніжки пухлини яєчника, але може статися перекрут ніжки будь-якої пухлини (субсерозний міоматозний вузол), перекрут маткової труби, незміненого яєчника і навіть всієї матки або її придатків. Найчастіше до перекруту схильні ті, що мають високу рухливість зрілі тератоми, а також пароваріальні кісти, щільні фіброми яєчника. У клінічній практиці розрізняють поняття анатомічної і хірургічної ніжки пухлини яєчника.

Етіологія і патогенез. Причини перекрута ніжки пухлин не завжди ясні. Вважають, що для виникнення перекрута мають значення раптова зупинка обертального руху тулуба (гімнастичні вправи, танці), фізичні навантаження, різка зміна внутрішньочеревного тиску. В цьому випадку обертання пухлини довкола ніжки продовжується за інерцією, що наводить до перекручення. Сприяють перекруту ніжки асиметрична форма пухлини, нерівномірна її щільність, величина.

В момент перекрута перегинаються, що живлять яєчник, гілки маткової артерії і яєчникова артерія разом з супроводжуючими їх венами. У пухлині порушується кровообіг, потім настає некроз і асептичне запалення, що поширюється на очеревину малого тазу. Перекрут може бути повним (більш ніж на 360°) і частковим (менш ніж на 360°). При частковому перекруті перш за все порушується венозний відтік при відносно збереженому артеріальному кровопостачанні. Всі явища носять значно менш виражений характер, чим при повному перекруті, і можуть зникнути навіть без лікування. Вторинні зміни в пухлині (некроз, крововиливу) виявляються у хворих під час операції.

Клінічна картина визначається порушенням кровообігу в пухлині. При швидкому перекруті ніжки картина настільки характерна, що можливо відразу встановити правильний діагноз. Захворювання починається раптово з появи різкого болю внизу живота на стороні поразки, нудоти, блювоти, затримки

стілця і газів (парез кишечника). При повільному перекуті симптоми захворювання виражені менш різко, мають схильність періодично підсилюватись або зникати.

Діагностика заснована на скаргах, даних анамнезу (вказівка на наявність кісти або пухлини яєчника), характерних симптомах захворювання, даних об'єктивного дослідження. Шкірні покриви стають блідими, виступає холодний піт, підвищується температура тіла (зазвичай до 38 °C), частішає пульс. Язик сухий, обкладений нальотом. Живіт роздутий, хворобливий в 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 області придатків матки. Зазвичай овальної форми, тугоеластичної консистенції, обмежено рухливе, різко хворобливе при пальпації і спробі зсуву. Матка і придатки з іншого боку не змінені. Незрідка дворучне гінекологічне дослідження утруднене із-за виразної болючості і напруги м'язів передньої черевної стінки, особливо у дівчаток, що викликає необхідність проводити їх огляд під наркозом.

Важливим методом діагностики перекута ніжки пухлини є ультразвукове сканування, при якому в області придатків матки визначається об'ємне утворення з ознаками, характерними для пухлини або кісти яєчника. Найбільш точні відомості про характер захворювання можна отримати при лапароскопії. Ендоскопічне дослідження дозволяє виявити в малому тазу багрово-ціанотичне утворення яєчника з перекутом ніжки, ознаками некрозу або без них, а також наявність серозного або серозно-геморагічного випоту.

Перекут ніжки пухлини яєчника перш за все слід **диференціювати** від гострого перитоніту внаслідок перфорації піосальпінкса, гострого апендициту (особливо при тазовому розташуванні червоподібного відростка), ниркової коліки. При цьому вважають послідовність появи болю в животі і

підвищення температури тіла у хворої. У хворих з перекрутом ніжки яєчника зпочатку появляється біль, нудота і блювання, а підвищення температури тіла виникає пізніше. При перфорації піосальпінкса спочатку появляється загальна слабкість і підвищення температури тіла, а пізніше – перитонеальні симптоми біль внизу живота. У цій ситуації можуть допомогти додаткові методи дослідження — оглядовий рентгенівський знімок органів черевної порожнини, УЗД органів черевної порожнини і зачеревного простору.

Лікування оперативне (лапароскопічний або лапаротомический доступ). Зволікання з виконанням операції наводить до некрозу пухлини, приєднання вторинної інфекції, розвитку перитоніту. Після огляду макропрепарату, аінколи і термінового гістологічного дослідження, кінцево вирішується питання про об'єм оперативного втручання. Оперативне лікування при перекруті ніжки пухлини яєчника передбачає видалення кисті, кістоми (цистектомія). За наявності запущених випадків (некроз пухлини) виконується видалення некротизованої пухлини з обов'язковим дрениванням черевної порожнини.

РОЗРИВ СТІНКИ КИСТИ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКА

Розривши капсули кисти або пухлини яєчника зустрічається досить рідко. Найчастіше це ускладнення виникає унаслідок травми черевної порожнини, бурхливого статевого акту, під час грубої маніпуляції черевної порожнини і бімануального дослідження, а також унаслідок проростання капсулі пухлини злоякісними новоутвореннями. При розриві капсули пухлини хворий відчуває сильний біль в черевній порожнині, яка може супроводжуватися симптомами шоку, а у разі пошкодження судин - явищами внутрішньочеревної кровотечі.

Діагностика розриву стінки кисти або пухлини яєчника досить складна. Особливо в тих випадках, коли в анамнезі відсутні дані про наявність у хворої кисти або пухлини яєчника. Тому діагностика даного ускладнення

повинна базуватися на даних анамнезу (травма черевної порожнини, груба пальпація або бімануальне дослідження), клінічної картини, бімануального дослідження, особливо повторного (коли під час першого дослідження пухлина пальпувалася, а під час другого вона не визначається), а також даних додаткових методів обстеження (УЗД, пункція заднього зведення піхви, лапароскопія).

При *розриві стінки кісти яєчника* часто розвивається клінічна картина «гострого живота». Домінують біль в черевній порожнині різної інтенсивності, диспепсичні проявлення (нудота, блювота), запаморочення або короткочасна втрата свідомості, перитонеальні симптоми. Наявність гострого болю в черевній порожнині і симптомів роздратування очеревини є свідченням до *оперативного лікування в ургентному порядку*. Операція обмежується, якщо це можливо, резекцією яєчника в межах здорової тканини, особливо у молодих жінок. Радикальніше оперативне втручання, яке передбачає екстірпацію матки з придатками, проводять у жінок після 40 років. Особливістю даного захворювання є виражений злуковий процес органів малого тазу, що значно ускладнює проведення оперативного лікування. Прогноз - сприятливий.

НЕКРОЗ МІОМАТОЗНОГО ВУЗЛА

Міома матки відноситься до доброякісних пухлин внутрішніх статевих органів, що найчастіше зустрічаються.

Етіологія і патогенез. Некроз міоматозного вузла може бути зв'язаний або з перекрутом його ніжки при субсерозній локалізації, або з недостатньою його васкуляризацією. Під час вагітності створюються передумови для виникнення некрозу міоматозних вузлів: зниження кровотоку в міометрії з підвищенням судинного тонуусу і порушенням венозного відтоку.

Клінічна картина. При перекруті ніжки міоматозного вузла захворювання розвивається гостро: раптово виникають переймоподібні болі внизу живота, нудота, блювота, озноб, сухість в роті, порушення функції

кишечника. При недостатньому кровопостачанні (неповний перекрут ніжки) міоматозного вузла клінічна картина більш «змащена», симптоми з'являються поступово.

Жінку непокоять болі, що тягнуть, внизу живота і попереку, які можуть посилюватися, періодично зменшуватися або зникати. У момент нападу болі можуть бути нудота, озноб, підвищення температури, тахікардія.

Діагностика перекрута ніжки або порушення живлення міоматозного вузла ґрунтується на даних анамнезу з вказівкою на наявність міоми матки, скаргах, клінічних проявах захворювання. При огляді може бути визначена блідість шкірних покривів, язик сухуватий, обкладений нальотом. Живіт роздутий, напружений, при пальпації хворобливий в нижніх відділах, де до того ж визначаються позитивні симптоми роздратування очеревини. Гінекологічне дослідження дозволяє виявити збільшену, міоматозно змінену матку, хворобливу в місці некрозу вузла. Інколи відрізнити субсерозний міоматозний вузол від пухлини яєчника не представляється можливим. У периферичній крові виявляється лейкоцитоз, підвищення ШОЕ. З додаткових неінвазивних методів дослідження має значення ультразвукове сканування органів малого тазу, при якому визначаються ознаки порушення кровообігу в міоматозному вузлі (зниження і неоднорідність ехографічної щільності, поява рідинних порожнин у вузлі). Інформативним методом діагностики є лапароскопія. При огляді органів малого тазу виявляється збільшення міоматозно зміненої матки з наявністю перекрута ніжки і ознаками некрозу (набряк, крововиливу, синюшно-багровий колір) субсерозного вузла.

Лікування при перекруте ніжки субсерозного міоматозного вузла вимагає проведення операції в екстреному порядку. Об'єм оперативного втручання залежить від ступені виразності некротичних змін у вузлі, ознак перитоніту, віку хворого.

V. Етапи проведення заняття

А. *Підготовчий* – науково-методичне обґрунтування теми, контроль базових та основних знань за темою заняття шляхом опитування за

контрольними запитаннями.

Б. *Основний* – самостійна робота студентів під контролем викладача у відділенні патології вагітності, пологовій залі, в операційній. Якщо тематичних вагітних немає, можна розібрати декілька історій пологів з акушерською кровотечею під час вагітності чи в пологах, аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.

В. *Заключний* – контроль остаточного рівня знань за допомогою тестових та ситуаційних задач, оцінка знань, підсумки, завдання додому.

VI. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття: операційна, післяопераційні палати, навчальна кімната.

Обладнання: таблиці, слайди, проектор, історії хвороб, аналізи, контрольні запитання, ситуаційні та тестові задачі.

Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань

1. Визначення терміну «гострий живіт» в гінекології.
2. Причини виникнення «гострого живота» в гінекології.
3. Причини виникнення «гострого живота» в хірургії.
4. Основна клінічна картина «гострого живота» в гінекології.
5. Які лабораторні та інструментальні методи дослідження використовуються при даній патології.
6. Дайте визначення «позаматкова вагітність».
7. Класифікація позаматкової вагітності.
8. Дайте визначення «порушена позаматкова вагітність».
9. Клініка «порушеної позаматкової вагітності».
10. Алгоритм діагностики порушеної позаматкової вагітності.
11. Диференційна діагностика порушеної трубної вагітності.
12. Алгоритм лікування порушеної позаматкової вагітності.
13. Дайте визначення «апоплексія яєчника».
14. Етіологія та патогенез апоплексії яєчника.
15. Клініка апоплексії яєчника.
16. Дайте визначення «розрив стінки кисти та пухлини яєчника», причини, що призводять до розвитку цієї патології.
17. Клініка розриву стінки кисти та пухлини яєчника.

18. Дайте визначення «перекруту ніжки пухлини яєчника», основні причини, що призводять до розвитку цієї патології.
19. Клініка перекруту ніжки пухлини яєчника.
20. Диференційна діагностика перекруту ніжки пухлини яєчника.
21. Дайте визначення «некроз фіброматозного вузла», причини виникнення.
22. Клініка некрозу фіброматозного вузла.

Завдання для самостійної роботи студентів

1. При УЗД встановити тіло матки з додатками.
2. Провести аналіз історій хвороб при «гострому животі» в гінекології.
3. Скласти план обстеження при захворюваннях, що призводять до розвитку «гострого живота».
4. Провести клініко-лабораторну діагностику при захворюваннях, що призводять до розвитку «гострого живота».
5. Аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.
6. Провести диференціальну діагностику захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота».
7. Надати невідкладну допомогу хворим з даною патологією до госпіталізації в гінекологічний стаціонар.
8. Скласти план лікування захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота», в гінекологічному стаціонарі.

Тестові задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Хвора 31 р. звернулася в клініку зі скаргами на біль переймоподібного характеру внизу живота, що періодично посилюється, кров'яністі виділення із статевих шляхів. Менструальний цикл регулярний. Останні були 6 тижнів тому. В анамнезі 1 фізіологічні пологи і 2 штучних аборти. Останній ускладнився гострим двобічним аднекситом. Загальний стан задовільний. Пульс - 84 уд. за хв., АТ - 110/70 мм рт.ст., температура тіла -

36,8°C. Живіт при пальпації болючий, більше справа та внизу. Матка в anteflexio, декілька збільшена, її зміщення чутливе. Справа в ділянці додатків визначається болюче утворення, тугоеластичної консистенції, розмірами 4х7 см, рухливість обмежена. Найбільш вірогідний діагноз?

- A. Кіста жовтого тіла справа
- B. Апоплексія правого яєчника
- C. Мимовільний викидень, що почався
- D. Правобічна порушена трубна вагітність
- E. Загострення правобічного хронічного аднекситу

2. Хвора К., 31 р., поступила в лікарню зі скаргами на біль внизу живота, переймоподібного характеру, який виник раптово 3 години тому, а також кров'янисті незначні виділення із піхви. Із анамнезу - 2 пологів, 4 мед. аборти. Відмічає затримку місячних на протязі 2 місяців. Вдома була тимчасова втрата свідомості. Температура тіла - 36,6°C, пульс – 100 уд. за хв., АТ- 100/50 мм рт. ст. Позитивний симптом Щьоткіна-Блюмберга. Виставте попередній діагноз.

- A. Кіста жовтого тіла яєчника
- B. Апоплексія яєчника
- C. Пельвиоперитоніт
- D. Порушена позаматкова вагітність
- E. Двобічний аднексит

3. Хвора 30 років в середині менструального циклу після статевого акту відчула різкий біль внизу живота. Через 3 години доставлена до стаціонару. Об'єктивно: різка блідість шкіри та видимих слизових оболонок, ЧСС - 140 за 1 хв., АТ - 70/40 мм рт. ст. Живіт роздутий, різко напружений. Підозрюється внутрішня кровотеча. Які лабораторні дані першочергово необхідні для визначення ступеня крововтрати?

- A. Вміст гемоглобіну, кількість еритроцитів і гематокрит
- B. Коагулограма

С. Загальний білок

Д. Кількість тромбоцитів

Е. Відносна щільність крові та плазми

4. Хвора 20 років скаржиться на затримку менструації на протязі 50 днів, яку відмічає вперше, мажучі кров'яністі виділення із статевих шляхів, біль внизу живота, більше справа, що відлунує в задній прохід, загальну слабкість. При огляді: живіт болючий у нижніх відділах. Симптом Щьоткіна-Блюмберга позитивний. Реакція сечі на хоріальний гонадотропін - позитивна. При бімануальному дослідженні: задне склепіння вип'ячене, напружене, різко болюче на дотик, матка збільшена до 5 тижнів вагітності, в ділянці правих додатків матки круглясте утворення, розміром до 4 см в діаметрі, болюче на дотик. Який діагноз найбільш імовірний?

А. Рак яєчника

В. Гострий апендицит

С. Позаматкова порушена вагітність

Д. Гострий аднексит

Е. Маткова вагітність

5. Хвора скаржиться на гострий біль внизу живота, що з'явився після фізичного навантаження; блювання. При огляді: живіт помірно роздутий, симптом Щьоткіна-Блюмберга позитивний. Пульс 88 уд. за хв., температура - 37°C. Піхвове дослідження: тіло матки незбільшене, щільне, рухливе, безболісне. Справа від матки пальпується утворення 6х7см тугоеластичної консистенції, різко болюче при зміщенні; зліва додатки не визначаються. Склепіння вільні, виділення слизові. Яку патологію можна припустити в даному випадку?

А. Кишкова непрохідність

В. Апоплексія яєчника

С. Перекрут ніжки пухлини яєчника

Д. Піосальпінкс справа

Ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Хвора 22 років поступила до гінекологічного відділення зі скаргами на біль в животі, невеликі кров'янисті виділення з піхви, запоморочення. Відмічає відсутність менструації протягом 2 місяців. Об'єктивно: пульс 102 уд. за хв., АТ-100/60 мм рт.ст., температура – 37,0°C, позитивні симптоми подразнення очеревини, "м'язовий захист" справа, збільшення матки та правих додатків.

Який діагноз? Яка тактика лікаря? Які інструментальні та лабораторні методи дослідження необхідно призначити?

2. Хвора 28 років поступила зі скаргами на різкі болі внизу живота, короткочасну втрату свідомості вдома. Остання менструація була 12 днів тому. Живіт напружений, симптом подразнення очеревини позитивний. При вагінальному дослідженні: матка звичайної форми не болюча, не збільшена. Придатки зліва дещо збільшені, болючі при пальпації, параметрії вільні, заднє склепіння нависає, напружене різко болюче.

Діагноз? Які інструментальні та лабораторні методи дослідження необхідно призначити? Яка тактика лікаря?

3. Хвора 30 років скаржиться на гострий біль внизу живота, блювоту. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, пульс 108 уд. за хв., АТ-120/80 мм рт.ст., температура тіла – 37,3°C, живіт напружений, помірно здутий, різко болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. Вагінальне обстеження: тіло матки не збільшене, рухоме, безболісне. Справа від матки палькується утворення розміром 7х7 см, туго еластичної консистенції, різко болюче. Ліві придатки не визначаються. Склепіння вільні. Виділення слизові.

Який діагноз? Тактика лікаря? З якими захворюваннями слід провести диференційну діагностику? Лікування?

4.Хвора 25 років скаржиться на різкі болівнизу живота, які виникли раптово після фізичного напруження. Зазначає нудоту, блювоту, сухість у роті. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, пульс 100 уд. за хв., АТ-110/75 мм рт.ст., температура тіла – 37,0°C, живіт напружений, помірно здутий, різко болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні. В анамнезі кіста правого яєчника. При бімануальному дослідженні: матка щільної консистенції, неболюча, нормальних розмірів. Ліве склепіння глибоке, додатки не визначаються, праве склепіння скорочено. Праворуч від матки визначається різко болюче утворення округлої форми еластичної консистенції обмежено рухоме розміром 7х8 см. Загальний аналіз крові: гемоглобін 130 г/л, лейкоцити 18×10^9 /л, палочкоядерні лейкоцити 22%.

Діагноз? Що робити?

5.Хвора 40 років скаржиться на болі внизу живота зліва, які виникли раптово. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична чиста. Тіло матки збільшене до 12 тижнів вагітності, обмежено рухоме, цупке, з нерівною поверхнею. Один з визлів зліва біля дна різко болючий. Склепіння глибокі. Придатки з обох боків без особливостей. Параметрії вільні. Виділення серозні. Загальний аналіз крові: гемоглобін 120 г/л, лейкоцити 12×10^9 /л, палочкоядерні лейкоцити 14%.

Діагноз? Що робити?