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

Навчально-науковий інститут психічного здоров,я

Навчально-науковий інститут Медицини

кафедра Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ДИСЦИПЛІНИ

«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»

ТЕМА «Невідкладні стани в гінекологічній практиці. Психологічні аспекти»

ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ Навчально-наукового інституту психічного здоров,я

Освітній рівень: другий(магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 225 «Медична психологія»

Освітня програма: «Акушерство і гінекологія»

«Затверджено»
На методичній нараді
Кафедри Госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти
протокол №1 від 28.08. 2026 р.
Завідувач кафедри
Член-кор. НАМН України
Д.м.н., професор Говсєєв Д.О.

КИЇВ 2026-27

УДК 618 (072)

Методична рекомендація «Невідкладні стани в гінекологічній практиці. Психологічні аспекти» для студентів IV курсу Навчально-наукового інституту психічного здоров,я з «Акушерство і гінекологія». Київ 2026-27

Авторський колектив кафедри Госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти:

Член-кореспондент НАМН України, професор, завідувач кафедри Говсєєв Д.О.

Професор, д.мед.н. Лакатош В. П.

Професор, д.мед.н. Загородня О. С.

Професор, д.мед.н. Прощенко О. М.

Доцент, к.мед.н. Авраменко С. О.

Доцент, к.мед.н. Бурка О. А.

Доцент, д.мед.н. Бондаренко Н. П.

Доцент, к.мед.н. Вітовський Я. М.

Доцент, к.мед.н. Жабіцька Л. А.

Доцент, к.мед.н. Жегулович В. Г.

Доцент, к.мед.н. Костенко О. Ю.

Доцент, к.мед.н. Купчік В.І.

Доцент, д.мед.н. Леуш С. С.

Доцент, к.мед.н. Наритник Т. Т.

Доцент, к.мед.н. Поладич І. В.

Доцент, к.мед.н. Прилуцька А. Б.

Доцент, к.мед.н. Слободяник О. Я.

Доцент, к.мед.н. Ткаліч В. О.

Доцент, к.мед.н. Цапенко Т.В.

Асистент, к.мед.н. Антонюк М І.

Асистент, к.мед.н. Осадчук С. В.

Асистент, доктор філософії Синиця М.В.

Тема: «Невідкладні стани в гінекологічній практиці. Психологічні аспекти»

I. Науково - методичне обґрунтування теми

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 збиральним. 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 «гострого живота» 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».

*Для формування умінь студент повинен **вміти**:*

1. Скласти план обстеження при захворюваннях, що призводять до розвитку «гострого живота».
2. Аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та

апаратних методів дослідження при даній патології.

3. Провести диференціальну діагностику захворювань, що призводятьдо розвитку «гострого живота».

4. Надати невідкладну допомогу хворим з даною патологією до госпіталізації в гінекологічний стаціонар.

5. Скласти план лікування захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота», в гінекологічному стаціонарі.

III. Базові знання

1. Фізіологія кровообігу.

2. Васкулярізація внутрішніх статевих органів.

3. Фізікальні 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 збиральним. 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 острого живота, **клінічна картина** має багато загальних ознак.

Основною і постійною ознакою гострого живота є біль. Вона може виникати раптово (наприклад, при розриві плодовместилища 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 постійнаіїї інтенсивність залежить від вираженості запального процесу.

Біль, обумовлена гінекологічним захворюванням, найчастіше локалізується внизу живота, в надлобкових, клубових і крижових ділянках; часто віддає в

пряму кишку, пахові ділянки, у внутрішні поверхні стегон і навіть в лопатку (френікус-симптом).

До загальних симптомів перитоніту, окрім больового чинника, відноситься послаблення черевного дихання, а при розлитому перитоніті хворий щадить черевну стінку і вона перестає брати участь в акті дихання.

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.

Метеоризм дуже характерний для розлитого перитоніту в зв'язку з порушенням перистальтики кишечника.

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.

Незрідка при перитоніті різного генезу виникає гикавка, яка залежить від роздратування діафрагмального нерва, який визиває скорочення діафрагми.

При явищах гострого живота, обумовленого перитонитом, часто наголошуються підвищення температури тіла і почастішання 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 жи-вота», вимагають негайної госпіталізації хворих, проведення діагностики інадання 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, упроваджуючись 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. Досить рідким результатом трубної вагітності є рання загибель зародка і резорбція його з подальшим утворенням гемато- або гідросальпінксу. При повному трубному аборті, коли плодове яйце цілком виганяє в черевну порожнину, воно найчастіше гине, а потім може підвергнуться звапнінню і муміфікації. Кровотеча з труби, що виникає при цьому, в край окремих випадках може зупинитися самостійно.

Порушення позаматкової вагітності за типом трубного аборту супро-вождається строкатою клінічною картиною: у деяких хворих спостерігаються

ознаки гострої внутрішньої кровотечі, в інших симптоматика настільки мізерна, що виявити захворювання важко. 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 ірадіювати в ділянку прямої кишки («крик Дугласа»), підребер'я, міжлопаткову ділянку, ключицю («френікус-симптом»). У багатьох хворих при розриві маткової труби розвивається масивна крововтрата і геморагічнийшок.

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 нападоподібний 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 аборту, найчастіше слідує від мимовільного аборту при маточній вагітності,

загострення хронічного сальпінгоофориту, 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 іррадіацією, 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 систоличного 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 хворобливістьпри 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 аборту. Наявність у пунктаті рідкої крові - одна з ознак позаматкової вагітності. *У разі клінічних ознак внутрішньочеревної кровотечі пункція черевної порожнини через заднєсклепіння 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 діагностіка 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. Разомз тим, за наявності картини внутрішньої кровотечі виконувати ці дослідженнянедоцільно, 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 запальнізахворювання 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 децидуальноъ 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, тестовати на дотик, з неясними контурами. Задня часть зведення піхви при запаленні придатків зазвичай не випнута; випинання її характерний для позаматкової вагітності.

Велике значення для встановлення правильного діагнозу мають гравімун-тест, лапароскопія, а також пункція через задню частину зведення піхви, яка при позаматковій вагітності дає цінну інформацію.

Позаматкову вагітність потрібно диференціювати з перекрутом ніжки пухлини яєчника. Перекрут ніжки пухлини яєчника найчастіше відбувається раптово, рідше - поволі, поступово. Діагноз гострого живота при перекруті ніжки пухлини яєчника заснований на даних анамнезу (є вказівка на наявністьпухлини яєчника), наявності різкого болю внизу живота, що віддає в ноги і поясницю (іноді біль носить нападоподібний характер), нудоту, блювоту, затримки стільця, поганого відходження газів. З'являються вираз переляку на обличчі, холодний піт, частішає пульс, може наступити больовий шок. Температура тіла спочатку

нормальна, потім субфебрильна. Живіт зазвичай роздутий, іноді виявляється вибухання одного його половини, де розташовується пухлина яєчника, при пальпації визначаються ригідність передньої черевної стінки і симптом роздратування очеревини. При вагінальному і ректальному дослідженнях визначається пухлина в області придатків, яка при зсуві викликає різкий біль, тіло матки і придатки з

протилежного боку зазвичай не змінені. Слід звернути увагу на те, що бімануальноє вагінальне дослідження часто буває утруднено із-за напруги передньої черевної стінки у зв'язку з роздратуванням очеревини. Дуже цінну інформацію можна отримати при лапароскопії, а також УЗД і дослідженні ХГТ.

Для некрозу фіброматозного вузла на відміну від ***позаматкової вагітності*** характерна наявність фіброміоми матки в анамнезі, збільшення розмірів маткипри виконанні вагінального дослідження, її хворобливість, наявність горбистої поверхні, особливо при субсерозному розташуванні вузлів, відсутність випинання задньої частини зведення піхви, збільшення придатків матки, рівня ХГЧ в крові і сечі. При некрозі фіброматозного вузла в крові визначаються лейкоцитоз і зрушення лейкоцитарної формули вліво. Інформативними є УЗД і лапароскопія.

Дуже часто ***позаматкову вагітність*** доводиться диференціювати з ***гострим апендицитом***. Поява нападоподібного болю в правій клубовій області, блювота і симптом роздратування очеревина, яка може бути при правосторонній трубній вагітності, вимагає виключення гострого апендициту.

Діагностичні ознаки форм трубної вагітності

Клінічні ознаки	Трубний викидень	Розрив маткової труби
Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні
Загальний стан хворої	Періодично погіршується, короткочасні втрати свідомості, тривалі періоди задовільного стану	Прогресивне погіршення стану, клініка геморагічного шоку
Біль	Характер нападів, що періодично повторюються	Зявляється у вигляді гострого нападу

Виділення	Кровяні виділення темного кольору, зявляються 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», болючисть матки і додатків з
	контурів, заднє склепіння сгладжене	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 пахвиних 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 оболонкиз ворсинками хоріона
Матка не відповідає термінузатримки місячних, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, заднє склепіння сгладжене, зовнішнє вічко закрите	Матка відповідає терміну затримки місячних, болючість при зміщенні матки, заднє склепіння сгладжене, зовнішне вічко відкрите

Диференційна діагностика позаматкової вагітності та апендициту

Позаматкова вагітність	Апендицит
Ознаки вагітності є	Ознак вагітності немає
Кровяні 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	Кровяні виділення відсутні. Біль не така гостра, нудота та блювання більш різко виразні, лихоманка

Напруга мязів передньої черевної стінки слабо виразна, часто зовсім відсутня. Френікус –симптом є чи відсутній	Напруга мязів передньої черевної стінки завжди виразна, симптоми ЩЬоткіна-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 пальпуєьбся 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. Показаннямидо лапаротомії є геморагічний шок і наявність вираженого злукового процесув черевній порожнині.

Копмлексний 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 разу 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, фоллику- лярної 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.

Частота апоплексії яєчника серед гінекологічної патології складає близько 3%, частота рецидиву захворювання від 40 до 60%.

Апоплексія — складний по патогенезу процес, обумовлений фізіологічними циклічними змінами кровонаповнення органів малого тазу. Виділяють

«критичні моменти» для пошкодження яєчника. Так, у більшості хворих апоплексія яичника відбувається в середині і в II фазі менструального циклу. Це пов'язано з підвищеною проникністю судин і збільшенням їх кровонаповнення, що виникають в період овуляції і перед менструацією.

Апоплексія правого яєчника зустрічається в 2-4 рази частіше, ніж лівого, що пояснюється ряснішим кровообігом правого яєчника, оскільки права яєчникова артерія відходить безпосередньо від аорти, ліва — від ниркової артерії.

Одним із сприяючих чинників виникнення розриву яєчника є запальні процеси органів малого тазу, що наводять до склеротическим змін як в тканині яєчника (склероз строми, фіброз эпителиальных елементів, периоофорит), так і в його судинах (склероз, гіаліноз), а також виникаюча застійна гіперемія і варікозне розширення вен. Кровотечу з яєчника можуть сприяти захворювання крові і тривалий прийом антикоагулянтів, що наводять до порушення згортаючої системи крові. Вказані умови створюють фон для екзогенних і ендогенних чинників, що наводять до апоплексії яєчника. Серед екзогенних причин виділяють: травму живота, фізичну напругу, бурхливі або перервані статеві зносини, верхову їзду, спринцювання, вагінальне дослідження і ін. Ендогенними причинами можуть бути: неправильне положення матки, механічне здавлення судин, що порушує кровотік в яєчнику, тиск на яєчник пухлиною, злукові процеси в малому тазу. У деяких хворих розрив яєчника відбувається без причин і виникає в стані спокою або під час сну.

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, пролактіну), 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 нижних відділах живота. Її пов'язують з роздратуванням рецепторного поля яєчникової тканини і дією на очеревину кров'ю, що вилилася. Певна роль у виникненні больового синдрому відводиться спазму в басейні яєчникової 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 покрови 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 удається, проте можна виявити скупчення рідини в позадиматковому(Дугласовому) просторі. Для больової форми апоплексії яєчника характерна наявність незначної кількості рідини в просторі Дугласа і

гипоэхогенне

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 іррадіює 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 тахикардія. Мова рідка,живіт напружений, можливе його незначне здуття. При пальпації визначається різка хворобливість в одній з клубових ділянок або по всій гипогастральній 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).

Для постановки діагнозу у хворих без виражених порушень гемодинамічних показників до теперішнього часу застосовується пункція черевної порожнини через заднє зведення піхви. Проте методом вибору діагностики апоплексії яєчника є лапароскопія.

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 методі 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 (этамзилат), спазмолітичних засобів (папаверин, Но-шпа), вітамінів (тіамін, піридоксин, цианокобаламин). 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 (ла- пароскопія, 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 гінекологічноюі 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 процеса, посилення кровотечі з пошкоджених судин яєчника).

Оперативне втручання проводиться нижнєсерединим доступом або надлобковим розрізом по Пфаненштілю. 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 вузел), 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. **Анатомічна ніжка** складається з розтягнутих воронко-тазової і власною зв'язкою яєчника і його брижі. У ніжці проходят судини, живляча

пухлина і тканина яєчника (яєчникова артерія, гілка восходящего відділу маткової артерії), лімфатичні судини і нерви. У **хирургічну ніжку**, що утворюється в результаті перекрута, окрім анатомічної входить розтягнута маткова труба.

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 збереженному 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 стільця і газів (парез кишечника). При повільному перекруті 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 °С), частішає пульс. Язик сухий, обкладений нальотом. Живіт роздутий, хворобливий в місці проекції пухлини, м'язи передньої черевної стінки напружені, визначається позитивний симптом Щьоткіна—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 перекрута ніжки пухлини є ультразвуковое 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 перекрутом ніжки, ознаками некрозу або без них, а також наявність серозного або серозно-геморагічного випоту.

Перекрут 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 симптомиі 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 вирішуєтьсяпитання 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 дренуванням черевної порожнини.

Прогноз. При своєчасній діагностиці й адекватному хірургічному лікуванні перекрута ніжки пухлини яєчника прогноз сприятливий, в запущенихвипадках при розвитку перитоніту прогноз менш сприятливий, оскільки збільшується післяопераційна летальність хворих.

РОЗРИВ СТІНКИ КИСТИ ПУХЛИНИ ЯЄЧНИКА

Розривши капсули кісти 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 симптомамишоку, а у разі пошкодження судин - явищами внутрішньочеревної кровотечі.

Діагностика розриву стінки кісти або пухлини яєчника досить складна. Особливо в тих випадках, коли в анамнезі відсутні дані про наявність у хвороїкісти 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).

Особливої уваги заслуговує розрив капсули *псевдоміксоми яєчника і ендометріоїдної кісти яєчника.*

Псевдоміксома характеризується великими розмірами, тоненькою капсулою, схильною до розриву. Вміст псевдоміксоми яєчника - густа желеноподібна маса. При розриві капсули цієї пухлини у хворого розвивається псевдоміксомаочеревини.

Псевдоміксома очеревини характеризується реактивним запаленням листків очеревини, черевна порожнина заповнюється желеподобною масою у вигляді кіст. Ці кісти імплантуються в органах черевної порожнини, сальнику, легко злипаються з сусідніми органами і утворюють конгломерати, які приводять до порушення функції цих органів, венозному і лімфатичному стазу, розвитку асциту, з'являються болі, які наростають і стають постійними. Іноді має місце повільний розвиток псевдоміксоми. При цьому клінічні прояви незначні, а захворювання протікає за типом хронічного апендициту. Діагностувати дане захворювання до оперативного втручання практично неможливо. Під час операції псевдоміксому часто приймають за дісемінований рак яєчника. Тому остаточний діагноз можливий тільки після гістологічного дослідження. Псевдоміксома яєчника підлягає хірургічному лікуванню. Проводять радикальне оперативне лікування в об емі екстирпації матки з придатками, з резекцією сальника, видалення всіх желеподібних мас черевної порожнини, апендектомії. У післяопераційному періоді призначають рентгенотерапію. Прогноз при псевдоміксомі яєчника найчастіше сприятливий. Проте при розвитку псевдоміксоми очеревини хворі можуть гинути від порушення функції травної системі.

При *розриві стінки ендометріоїдної 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. Вміст ендометріоїдной кісти дратує очеревину, внаслідок чого утворюються спайки з прилеглими органами (матка, сечовий міхур, пряма кишка). Ендометріоїдні імплантації викликають нові вогнища ендометріозу на очеревині малого тазу і кишках. 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 маткиз 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.

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 данній 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. Які хірургічні операції застосовують при трубній порушеній вагітності.
14. Дайте визначення «апоплексія яєчника».
15. Етіологія та патогенез апоплексії яєчника.
16. Клініка апоплексії яєчника.
17. Диференційна діагностика апоплексії яєчника.
18. Лікування апоплексії яєчника.
19. Дайте визначення «розрив стінки кисти та пухлини яєчника», причини, що призводять до розвитку цієї патології.
20. Клініка розриву стінки кисти та пухлини яєчника.
21. Диференційна діагностика розриву стінки кисти та пухлини яєчника.
22. Лікування розриву стінки кисти та пухлини яєчника.
23. Дайте визначення «перекруту ніжки пухлини яєчника», основні причини, що призводять до розвитку цієї патології.
24. Дайте визначення – хірургічна та анатомічна ніжка пухлини яєчника.
25. Клініка перекруту ніжки пухлини яєчника.
26. Диференційна діагностика перекруту ніжки пухлини яєчника.
27. Лікування перекруту ніжки пухлини яєчника.
28. Дайте визначення «некроз фіброматозного вузла», причини виникнення.
29. Клініка некрозу фіброматозного вузла.
30. Диференційна діагностика некроза фіброматозного вузла.
31. Лікування 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
4. «гострого живота».
5. Провести клініко-лабораторну діагностику при захворюваннях, що призводять до розвитку «гострого живота».
6. Аналізувати результати загально-клінічних, інструментальних та апаратних методів дослідження при даній патології.
7. Провести диференціальну діагностику захворювань, що призводять до розвитку «гострого живота».
8. Надати невідкладну допомогу хворим з даною патологією до госпіталізації в гінекологічний стаціонар.

9. 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'янисті 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°С. 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 26 роки звернулася в клініку зі скаргами на різкий біль у животі, запаморочення, погіршення загального стану. Вищевказані симптоми з'явилися після фізичного навантаження. Стан хворої важкий. Шкіра й видимі слизові оболонки бліді, температура нормальна, пульс - 102 уд. за хв., АТ- 60/30 мм рт. ст., симптом Щьоткина-Блюмберга позитивний. Останні місячні 2 місяця тому. Безплідність 6 років. Матка декілька більше норми, болюча при зміщенні, додатки чітко не визначаються через напруження м'язів передньої черевної стінки, заднє склепіння нависає. Виділення із статевих шляхів кров'янисті. Який можна припустити діагноз?

A. Перитоніт, токсично - інфекційний шок

B. Порушена позаматкова вагітність, геморагічний шок

C. Двобічні гнійні пухлини додатків матки, перитоніт

D. Апоплексія яєчника, геморагічний шок

E. Гостре запалення додатків матки, пельвіоперитоніт

3. 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 ізпіхви. Із анамнезу - 2 пологів, 4 мед. аборти. Відмічає затримку місячних на протязі 2 місяців. Вдома була тимчасова втрата свідомості. Температура тіла - 36,6°С, 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. Пельвіоперитоніт

D. Порушена позаматкова вагітність

E. Двобічний аднексит

4. Хвора ЗО 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. Коагулограмма

C.Загальний білок

D. Кількість тромбоцитів

E. Відносна щільність крові та плазми

5. Жінка 28 років доставлена до приймального відділення лікарні з ознаками внутрішньої кровотечі в важкому стані: АТ - 60/20 мм рт.ст., PS - 142 уд./хв., ниткоподібний, частота дихань -32 за хв. Діагностовано порушену

позаматкову вагітність. Який із кровозамінників є препаратом вибору для стартової терапії геморагічного шоку до початку гемотрансфузії?

A. Рефортан

B. Альбумін

C. Фізіологічний розчин

D. Гідрокарбонат натрію

E. Гемодез

6. Хвора 20 років скаржиться на затримку менструації на протязі 50 днів, яку відмічає вперше, мажучі кров'янисті виділення із статевих шляхів, біль внизу живота, більше справа, що відлунює 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: заднє 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?

A. Рак яєчника

B. Гострий апендицит

C. Позаматкова порушена вагітність

D. Гострий аднексит

E. Маткова вагітність

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, запаморочення. Відмічає відсутність менструації протягом 2 місяців. Об'єктивно: пульс 102 уд. за хв., АТ-100/60 мм рт.ст., температура – 37,0°С, 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. В стаціонар каретою швидкої допомоги доставлена хвора 23 років зі скаргами на різкі болі внизу живота, слабкість, запаморочення. Остання менструація 2 місяца тому. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, пульс 120 уд. за хв., АТ-90/50 мм рт.ст., температура – 37,0°С, живіт напружений, різко болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини, "м'язовий захист" справа. При вагінальному дослідженні: в піхві невелика кількість крові, шийка матки циліндрична, закрита. Тіло матки і придатки не вдається про пальпувати через болючість і напруженість м язів живота. Заднє склепіння нависає, різко болюче. Який діагноз? Лікарська тактика? З якими захворюваннями слід провести диференційну діагностику?

3. В стаціонар ургентно доставлена хвора 25 років зі скаргами на різкі болі внизу живота, помірні кров’яні виділення, слабкість, запаморочення. Остання менструація 7 тижнів тому. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, пульс 102 уд. за хв., АТ-80/55 мм рт.ст., температура – 36,9°С, живіт напружений, різко болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини, "м'язовий захист" зліва. При вагінальному дослідженні: в піхві невелика кількість крові, шийка матки конічна, закрита. Тіло матки і придатки не вдається пропальпувати через болючість і напруженість м’язів живота. Заднє склепіння нависає, різко болюче. Лікар призначив кульдоцентез, отримано рідку кров, що не згортується.

Який діагноз? Лікарська тактика? Яка помилка лікаря?

4. В лікарню звернулась пацієнтка зі скаргами на затримку менструації на 2 тижні, мажучі кров’янисті виділення зі статевих шляхів, біль внизу живота більше зліва, нудоту, блювання, слабкість. В анамнезі страждає хронічним аднекситом, лікувалась від безпліддя 2 роки. При бімануальному дослідженні матка декілька збільшена у розмірах, розм’якшена, придатки справа збільшені, болісні при пальпації, шийка матки конічна, зовнішнє вічко закрито, заднє склепіння вип’ячене,

дуже болісне. Реакція на хоріонічний гонадотропін позитивна. При УЗД – в порожнині матки плідного яйця не виявлено.

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

5. 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?

ОСНОВНА ЛІТЕРАТУРА

1. Essential Obstetrics and Gynecology : підручник / ed. : I. Symonds, S. Arulkumaran. - 6th ed. - Edinburgh ; London ; New York : Elsevier, 2020. - 460 p.
2. Netter's obstetrics & gynecology : учебник / R. P. Smith. - 3th ed. - Philadelphia : ELSEVIER, 2017. - 604 с.
3. Obstetrics and Gynecology from 10 teachers – Mc-Quillan-Robertson – 2022 – 21th edition – 798 p.
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. Гінекологія : учбовий посібник для студентів медичних факультетів за спеціальністю 7.12010001 «Лікувальна справа». Модуль І. Захворювання

органів жіночої репродуктивної системи. Планування сім'ї / за ред. І. Б. Венцківської, В. П. Лакатоша, В. М. Куща. Київ, 2016.
7. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання (Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон) – ВСВ «Медицина», 2021. – 454 с.
8. Медична психологія в педіатрії та перинатальній практиці : підручник / М. М. Матяш, В. Є. Луньов, М. В. Філоненко ; за ред. проф. М. М. Матяша. — Київ : Людмила, 2023. — 215 с.
9. Медична психологія: теоретичні рамки, емпіричні основи та клінічне застосування : підручник / М. Матяш, М. Філоненко, В. Луньов та ін. ; за ред. М. Матяша, В. Луньова. Київ : Людмила, 2024. 168 с.
10. Невідкладна гінекологія: довідник / за ред. чл.-кор. НАМН України проф. Венцківського Б.М., проф. Говсєєва Д.О. – К.: «Книга-плюс», 2023. – 155 с.
11. Основи комунікативної компетентності лікаря-акушера-гінеколога в кризових ситуаціях : навчальний посібник / за ред. проф. О. С. Чабана, проф. Д. О. Говсєєва. — Київ : Медпринт, 2024. — 160 с.
12. Перинатальна психологія / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков. - Київ : Медкнига, 2017. - 167 с. : іл. - (Бібліотечка практикуючого лікаря). - Бібліогр.: с. 163-166.
13. Психосоматична медицина: клінічні кейси в акушерсько-гінекологічній практиці : практичний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Т. Ф. Татарчук. — Київ : Медпринт, 2025. — 196 с.
14. Психосоматичні розлади в акушерстві та гінекології : навчальний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Д. О. Говсєєв та ін. ; за ред. проф. О. С. Чабана. — Київ : Медпринт, 2022. — 240 с.
15. Шпилевська Ю. Настільна книга перинатального психолога. Збірка технік : практичний посібник / Юлія Шпилевська. — 2026. — 116 с.

ДОДАТКОВА ЛІТЕРАТУРА

1. Blueprints Obstetrics & Gynecology : учебник / T. L. Callahan, A. B. Caughey. - 7th revised ed. - Philadelphia ; Baltimore ; New York : Wolters Kluwer, 2018. -

592 p.

2. Guidelines Obstetrics : study guide for students of 4th, 5th and 6th year of study Medical faculty / A. Senchuk, I. Chermak, I. Ventskivska [et al.] ; Private higher educational establishment "Kyiv Medical University", Bogomolets National Medical University. - Київ : Книга-плюс, 2020. - 204 p.
3. Handbook of Perinatal Clinical Psychology: From Theory to Practice / ed. R. Quatraro, P. Grussu. London : Routledge, 2020. 330 p.
4. **Інформаційні ресурси** https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/akusherstvo-i-ginekologiya/ - діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказами МОЗ України з акушерства і гінекології .
5. KAPLAN Medical USMLE Step 2 CK Lecture Notes 2020 Obstetrics and Gynecology : курс лекцій / ed. E. P. Sakala. - New York : Kaplan, Inc, 2019. - 293 p.
6. Key Topics in Perinatal Mental Health / ed. M. Percudani, A. Bramante, V. Brenna, C. Pariante. Cham : Springer, 2022. 485 p.
7. Seminars in Perinatal Psychiatry / ed. L. McDonald, R. Cantwell, I. Jones. Cambridge : Cambridge University Press, 2026.
8. The Routledge International Handbook of Perinatal Mental Health Disorders / ed. A. Wenzel. London : Routledge, 2025. 798 p.
9. Women's Mood Disorders: A Clinician's Guide to Perinatal Psychiatry / ed. E. Cox. Cham : Springer, 2021.
10. Актуальна гінекологія: від лікаря до пацієнта / Т.Є Ткачук. - Київ : Медкнига, 2016. - 75 с.
11. Акушерство і гінекологія : збірник нормативних документів. Частина 2 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 456 с.
12. Акушерство і гінекологія : збірника нормативних документів. Частина 1 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 404 с.
13. Акушерство та гінекологія : навчальний посібник / М. А. Болотна, В. І.

Бойко, Т. В. Бабар ; Сум. держ. ун-т. - Суми : Сум. держ. ун-т, 2018. - 306 с.
14. Акушерство та гінекологія : навчальний посібник для студентів та лікарів-інтернів медичних факультетів / І. Р. Ніцович. - Чернівці : БДМУ, 2023 - Т. 1 : Фізіологічне акушерство. - 2023. - 322 с.
15. Акушерсько-гінекологічна допомога та збереження репродуктивного здоров'я у жінок в умовах збройного конфлікту : монографія / Ю. Г. Антипкін, Л. Б. Маркін, Т. Ф. Татарчук та ін. ; за заг. ред. В. І. Цимбалюка. Львів, 2020. 160 с.
16. Гінекологія : підручник для студентів медичних (фармацевтичних) коледжів, училищ, академії та інститутів медсестринства / О. В. Степанківська, М. О. Щербина. - 4-е вид., випр. - Київ : Медицина, 2018. - 432 с.
17. Говсєєв Д. О. Штучний інтелект у прогнозуванні результатів вагітності та репродуктивній медицині : монографія. 2025.
18. Клінічна психологія : підручник / О. М. Науменко, М. М. Матяш, В. Є. Луньов та ін. Київ, 2025.
19. Клінічні протоколи надання медичної допомоги акушерство, гінекологія, неонатологія : збірник нормативних документів. Частина 2 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 384 с.
20. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Акушерство, гінекологія, неонатологія : збірник нормативних документів. Частина 1 / Київський миський науковий інформаційно-аналітичний центр медичної статистики ; Відповід. ред. Т. В. Марухно. - Київ : Медінформ, 2015. - 348 с.
21. Комунікативні навички лікаря : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів / за заг. ред. О. С. Чабана. Київ : Медпринт, 2021. 400 с.
22. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

23. Медична психологія : у 2 т. Т. 1. Загальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін. ; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 288 с.
24. Медична психологія : у 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія / Г. Я. Пилягіна, О. О. Хаустова, О. С. Чабан та ін. ; за ред. Г. Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 496 с.
25. Неоперативна гінекологія : навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України / М. І. Жиляєв [та ін.]. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 255 с. : табл., іл. - Бібліогр.: с. 247-255.
26. Основи біоетики та деонтології в репродуктивній медицині : навчально-методичний посібник / І. Б. Венцківська, В. В. Біла, О. А. Бурка. — Київ : Книга-плюс, 2021. — 132 с.
27. Практична психосоматика: Тривога та соматоформні маски в гінекологічній практиці : навчальний посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, А. Е. Асанова. — Київ : Медкнига-Київ, 2020. — 120 с.
28. Психологічні та деонтологічні аспекти в акушерстві: від жіночої консультації до пологової зали : методичні рекомендації для інтернів та практикуючих лікарів / І. Б. Венцківська, О. С. Загородня, В. В. Біла. — Київ : Книга-плюс, 2019. — 92 с.
29. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Медична психологія. Еталони практичних навичок : навчальний посібник. Львів : Магнолія 2006, 2023. 351 с. ISBN 978-617-574-255-6.