

“ЗАТВЕРДЖЕНО”
на методичному засіданні
кафедри акушерства та
гінекології УМСА
“___” _____ 200
протокол № _____.
Зав.каф., д.м.н., проф.

Гінекологія

Громова А.М.

МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ
САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
V курсу медичного факультету

ТЕМА: “ГОСТРИЙ ЖИВІТ” В ГІНЕКОЛОГІЇ.
Кількість навчальних годин 2

Тема: Гострий живіт в гінекології.

I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Невідкладна хірургічна допомога є однією з найбільш актуальних проблем практичної медицини. Якість хірургічної допомоги при гострих захворюваннях в акушерстві і гінекології залежить від своєчасної діагностики, спроможностей лікаря приймати та реалізувати оптимальне рішення. Тому заняття має виховувати у лікаря чуття високої відповідальності, витримки та вміння визначити тактику при тій, чи іншій гінекологічній патології, що стала причиною гострого живота.

II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ:

Студент повинен знати:

анатомію жіночих статевих органів;
кровопостачання внутрішніх статевих органів;
зв'язковий апарат матки;
збирання гінекологічного анамнезу, основні і додаткові методи діагностики в гінекології;
сучасні погляди на етіологію, патогенез апоплексії яєчника, позаматкової вагітності, некрозу фіброматозного вузла, перекруту ніжки пухлини яєчника;
клініка, діагностика і лікування апоплексії яєчника, позаматкової вагітності, некрозу фіброматозного вузла, перекруту ніжки пухлини яєчника;
методи клінічного дослідження та загальну симптоматологію апоплексії яєчника, позаматкової вагітності, некрозу фіброматозного вузла, перекруту ніжки пухлини яєчника;
диференційну діагностику апоплексії яєчника, позаматкової вагітності, некрозу фіброматозного вузла, перекруту ніжки пухлини яєчника;
види діагнозів (попередній, клінічний, заключний);
основні принципи лікування апоплексії яєчника, позаматкової вагітності, некрозу фіброматозного вузла, перекруту ніжки пухлини яєчника;

2.2. Студент повинен вміти:

зібрати анамнез у жінок з вищевказаною патологією (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя);
провести фізичні методи обстеження хворих жінок (огляд, пальпацію, перкусію при необхідності – аускультацию);

оцінити результати обстеження з урахуванням лабораторних та інструментально-функціональних методів дослідження;

сформулювати клінічний діагноз, клінічні синдроми;

надати невідкладну допомогу хворим на догоспітальному;

призначати відновлюючу терапію на різних етапах реабілітації хворих.

2.3. Опанувати практичні навички:

зібрати анамнез та провести його аналіз;

провести загальний огляд жінок;

провести огляд шийки матки і піхви за допомогою дзеркал;
 взяти мазки для визначення мікрофлори з цервікального каналу, піхви, уретри;
 оцінити дані лабораторних досліджень;
 оцінити дані інструментальних методів дослідження;
 провести диференційований діагноз;
 оцінити ступінь анемізації організму жінки;
 визначити наявність чи відсутність ознак перетоніту;
 надати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі.

III. МАТЕРІАЛИ ДОАУДИТОРНОЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ.

3.1 БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ.

Дисципліна	Знати	Вміти

3.2 ТЕЗИ ЗМІСТУ ТЕМИ.

При опитуванні хворих увага лікарів звертається на етіологічні фактори розвитку даної патології.
 Зупинитися на скаргах хворої на характеристики клінічних особливостей.

При деяких гінекологічних захворюваннях може розвинути клініка гострого живота. До цих захворювань відносяться: апоплексія яєчника, перекрут ніжки пухлини яєчника, некроз або народження фіброматозного вузла, розрив піосальпінксу.

Гострі внутрішні кровотечі найбільш часто виникають при порушеній позаматковій вагітності, рідше – при апоплексії яєчника.

Позаматковою вагітністю називають вагітність, при якій – запліднене яйце імплантується і розвивається не в порожнині утробки, а поза нею.

Сама часта форма даної патології є трубна вагітність (98-99%). В залежності від місця імплантації яйцеклітини трубну вагітність підрозділяють на: вагітність в ампулярному (стегінному), істмічному та інтерстиціальному відділах труби.

Рідкі форми позаматкової вагітності:

Яєчникова вагітність (інтрафолікулярна, епіофоральна) - 0,1-0,7%.

Черевна вагітність (чепцева, підпечінкова, прямокишкового заглиблення та ін.) - 0,3%.

а) первинна - імплантація відбувається в черевній порожнині;

б) вторинна - імплантація відбувається в трубі, а потім в наслідок трубного абортів яйцеклітина імплантується в черевній порожнині.

Вагітність рудоментарного рогу матки 0,1-0,9%.

Шийкова вагітність (0,1%).

Фактори ризику розвитку позаматкової вагітності:

А) хронічний сальпінгіт – підвищує ризик позаматкової вагітності в 7 раз;

Б) аномалії розвитку маткових труб – дивертикули, додаткові отвори, недорозвиток.

В) злуквий процес в малому тазі як наслідок ендометріозу, або гострого апендициту, інфекційні ускладнення після пологів і абортів;

Г) хірургічні втручання на маткових трубах –перев'язка, органозберігаючі операції з приводу позаматкової вагітності;

Д) використання ВМС;

Е) прийом міні-пілей і ін'єкції медрогестерону, які сприяють зниженню моторики маткової труби;

Ж) штучне запліднення;

З) непліддя;

И) вік жінки старше 35 років.

Розрізняють прогресуючу позаматкову вагітність і перервану.

Переривання може відбутися як:

Трубний викидень.

Розрив маткової труби.

Клініка позаматкової вагітності різноманітна і залежить від характеру її переривання.

Трубна вагітність, що розвивається.

Характерними клінічними симптомами є:

затримка менструації від декількох днів до декількох тижнів;

суб'єктивні відчуття, які виникають у вагітної жінки;

біль в одній із здохвинних ділянок, який наростає по мірі прогресування терміну вагітності;
 болючість живота при пальпації різного ступеню вираженості;
 м'яка дещо збільшена матка, розміри якої не відповідають гестаційному терміну;
 об'ємний утвір в ділянці додатків, який в динаміці спостереження збільшується.
 Клінічна картина трубної вагітності, що перервалась шляхом розриву труби (характерна при імплантації плідного яйця в істмічному і інтерстеційному відділах труби):
 різкий біль понизу черева, що ірадіює в плече, лопатку (френікус-симптом); нерідко супроводжується втратою свідомості.
 зниження АТ, PS частий, слабкого наповнення, холодний піт;
 нудота, блювота, блідість шкірних покривів і слизових, цианоз лиця;
 болючість живота, позитивний симптом Щоткіна;
 при піхвинному дослідженні виявляють значні кров'яністі виділення. Матка дещо збільшена, рухомість її підвищена – “плаває”; в ділянці додатків визначають пастозність або пухлинний утвір; склепіння сплющене або нависає, “крик Дугласа”.
 Клінічна картина трубного аборту (характерний при імплантації плідного яйця в ампулярному відділі труби):
 в анамнезі затримка менструації;
 переймоподібний біль по низу черева;
 - при піхвинному дослідженні - значні кров'яністі виділення, пальпується матка дещо збільшена, м'яка, в ділянці додатків пухлинний утвір, болючий при пальпації, обмеженої рухомості, іноколи склепіння сплющене, його болючість виражена незначно.
 Діагностика позаматкової вагітності:
 Пункція черевної порожнини через заднє склепіння – при позаматковій вагітності, що перервалась, отримуємо кров, яка не згортається.
 Лапароскопія і кульдоскопія – візуалізується маткова труба – синюшно багрового кольору.
 Гістеросальпінгографія – в трубі характерна картина – порожнина заповнена контрастною рідиною, має форму напівмісяця.
 УЗД – плідне яйце візуалізується в матковій трубці.
 Визначення вмісту прогестерону – при нормальній вагітності в ранні терміни рівень прогестерону більший 25 нг/мл, при позаматковій – менше 5 нг/мл.
 Дослідження вмісту ХГ у 85% випадків позаматкової вагітності концентрація β-субодиниці ХГ збільшується менше ніж в 2 рази за 48 годин.
 Диференційна діагностика проводиться з запальним процесом, матковим викиднем, гострим апендицитом.
 Диференційно-діагностичні ознаки трубного викидня і гострого запалення додатків матки:

№ п/п	Трубний викидень	Запалення додатків
1.	Затримка місячних 3-5 тижнів.	Не буває.
2.	Суб'єктивні ознаки вагітності.	Відсутні.
3.	Температура тіла не підвищена.	Підвищена.
4.	Гострий біль у вигляді приступу.	Болі розвиваються поступово.
5.	Непритомний стан.	Немає.
6.	Френікус-симптом.	Відсутній.
7.	Матка збільшена в розмірі.	Нормальних розмірів.
8.	Зміщення матки різко болюче.	Зміщення матки різко не болюче.
9.	Збільшення маткової труби (тістувата консистенція).	Двобічне запалення додатків матки.
10.	Темнокоричневі виділення.	Відсутні.
11.	Пункція заднього склепіння – кров.	Серозна рідина.
12.	Імунологічні реакції позитивні.	Від'ємні.
13.	Протизапальне лікування неефективне.	Ефект від лікування.
14.	Ознаки інтоксикації відсутні.	Явища загальної інтоксикації.

Лікування: перервана позаматкова вагітність підлягає швидкому оперативному лікуванню. Проводять видалення патологічно зміненої труби. При перерваній позаматковій вагітності оперативне втручання повинно початись не пізніше як через 30-40 хв. після встановлення діагнозу. В зв'язку з частим розвитком гіповолемічного шоку – переливання крові, протишокові міроприємства. Під час операції можлива реінфузія аутокрові.

Консервативні операції при трубній вагітності.

Покази – повторна трубна вагітність у бездітної жінки репродуктивного віку при наполегливому бажанні жінки зберегти маткову трубу. Протипоказами є масивна крововтрата, значний розрив труби, “стара” трубна вагітність, що перервалась.

Види операцій:

при локалізації плідного яйця в ампулярному відділі можливе бережне його витискування – штучний трубний аборт;

при розташуванні плідного яйця в інтерстиційному відділі проводять висікання ділянки маткової труби і відновлення її прохідності або ж сальпінготомію.

Покази до проведення лапароскопії у жінок з позаматковою вагітністю:

діагностика позаматкової вагітності;

лікування позаматкової вагітності при локалізації плідного яйця в істмічному або ампулярному відділах маткової труби і діаметрі ураження маткової труби не більше 5 см;

обсяг лікування – сальпінготомія, сальпінгектомія, інтраовулярне введення метотриксату.

При малому терміні яєчникової вагітності проводять резекцію яєчника, рідко оваріектомію. При вагітності, що розвивається в додатковому розі матки затискачі накладають на перетинку, яка з'єднує тіло і ріг, останній відсікають тканину, що залишилися, лігують.

У 40-50% жінок з приводу позаматкової вагітності часто виникає непліддя, повторна ектопічна вагітність, запальний процес. Проведення реабілітаційних міроприємств являється патогенетично обгрунтованим. Після операції хворим необхідно призначити комплекс лікувальних міроприємств, направлених на профілактику злук з 4-5 дня після операції проводять гідротубації (новокаїн, гідрокортизон, протеолітичні ферменти). Гідротубації проводять щоденно (15 процедур на курс лікування) в комбінації з ультразвуком. Через 2 місяці після операції назначають індуктотермію, імуностимулятори, протеолітичні ферменти і повторюють курс гідротубації, через 3-4 місяці курс лікування повторюють, після чого проводять грязелікування і лікування озокерітом.

Апоплексія яєчника – патологія, яка пов'язана з порушенням цілісності тканини яєчника і кровотечею в черевну порожнину.

Кровотечі з яєчника можуть виникати з фолікулярної кисти, з самого фолікула під час овуляції, з кисти жовтого тіла та зі строми яєчника.

Етіологія і патогенез. В основі патогенезу апоплексії лежать особливості фізіологічних змін тканини яєчника, які проходять в ньому протягом менструального циклу. Овуляція, посилена васкуляризація тендітних тканин жовтого тіла, передменструальна гіперемія яєчника – все це може призвести до утворення гематоми, порушення цілості тканин і кровотечі в черевну порожнину. Об'єм якої різноманітний – від 50 мл до 2-3 л. Апоплексію яєчника можуть спричинити травми живота, оперативні втручання, запальні процеси в ділянці малого таза, бурхливі статеві зносини, нервово-психічні травми тощо. Вона може бути також пов'язана з розладами нейро-ендокринних процесів в організмі жінки. Це підтверджує той факт, що апоплексія часто виникає в середині менструального циклу або перед менструацією, коли в крові є велика концентрація гонадотропних гормонів передньої долі гіпофіза. Кровотечі з яєчника можуть сприяти захворюванню крові з порушенням її згортання. За останні 10-15 років помічено зростання яєчникових кровотеч, пов'язаних з тривалим прийомом антикоагулянтів хворими після протезування серцевих клапанів.

Розрив яєчника може виникати в різні фази менструального циклу, але в більшості випадків – в 2 фазу, тому в сучасній літературі ця патологія часто визначається терміном “розрив жовтого тіла”.

Розрив жовтого тіла може відбуватися при матковій і ектопічній вагітності. Приблизно 2/3 випадків вражається правий яєчник, що пояснюється топографічною близькістю апендикса, або відмінностями венозної архітектури правого і лівого яєчників.

Клініка. Апоплексія яєчника частіше виникає у жінок репродуктивного віку з двохфазним менструальним циклом. Розрізняють три клінічні форми захворювання: анемічну, больову і змішану.

В клінічній картині анемічної форми переважають симптоми інтраперитонеальної кровотечі. Початок захворювання може бути пов'язаний з травмою, фізичним навантаженням, статевими зносинами, але може починатися без видимої причини. Гострі інтенсивні болі в животі з'являються в другій половині або в середині циклу. У третини жінок напад передують відчуття дискомфорту в черевній порожнині, який триває 1-2 тижні. Болі можуть локалізуватися над лоном, в правій або лівій здухвинних ділянках. Нерідко болі ірадіюють в задній прохід, зовнішні статеві органи, криж; може спостерігатися френікус-симптом.

Поряд з больовим нападом супутньо спостерігають слабкість, головокружіння, нудоту, інколи блювоту, холодний піт, запаморочення. При огляді звертають на себе увагу блідість шкіри та слизових, тахікардія при нормальній температурі тіла. В залежності від величини крововтрати знижується артеріальний тиск. Живіт залишається м'яким, може бути дещо надутим. Напруження м'язів черевної стінки відсутнє. Пальпація живота виявляє загальну болючість понизу його або в одній із здухвинних ділянок. Симптоми подразнення очеревини виражені по-різному. Перкусія живота може виявляти в черевній порожнині наявність вільної рідини. Огляд в дзеркалах: нормального кольору або бліда слизова оболонка піхви і екзоцервікса, геморагічні виділення з цервікального каналу відсутні. При бімануальному дослідженні (досить болючому), визначають нормальних розмірів матку, інколи збільшений кулеподібний болючий яєчник. При значній кровотечі – нависання заднього і/або бокового склапіння піхви. В клінічному аналізі крові – картина анемії, біла кров змінюється різко.

Больова форма апоплексії спостерігається у випадках крововиливу в тканину фолікула або жовтого тіла без кровотечі або з невеликою кровотечею в черевну порожнину. Захворювання починається гостро з нападу болі понизу живота, які супроводжуються нудотою і блювотою на фоні нормальної температури тіла. Ознаки внутрішньої кровотечі відсутні: шкіра і слизові звичайного кольору, частота пульсу і величина АТ в межах норми. Язик вологий, без нашарувань. Живіт м'який, але може бути деяке напруження м'язів черевної стінки в здухвинних ділянках. Пальпація живота болюча в нижніх відділах, частіше справа, там же визначаються помірно виражені симптоми подразнення очеревини. Вільної рідини в черевній порожнині немає. Кров'янисті виділення із статевих шляхів відсутні. При внутрішньому гінекологічному дослідженні визначають

нормальних розмірів матки, зміщення якої викликає біль і дещо збільшений округлий болючий яєчник. Склепіння піхви залишаються високими. Патологічні виділення з піхви відсутні. Клінічний аналіз крові не виявляє значних відхилень від норми, інколи визначається помірний лейкоцитоз без вираженого зсуву нейтрофілів.

Діагностика. Діагноз апоплексії ставлять на підставі анамнезу, об'єктивного дослідження: перкусія та пальпація живота, вагінальне дослідження. Слід зазначити, що типових симптомів апоплексії яєчника немає.

Допоміжні методи дослідження: пункція черевної порожнини через задне склепіння піхви, кульдоскопія, лапароскопія.

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

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

Картина больової форми нагадує клініку гострого апендициту, який зустрічається частіше апоплексії яєчника, тому хвору можуть направити в хірургічний стаціонар. При апендициті відсутній зв'язок з фазами менструального циклу. Біль починається з епігастральної ділянки, потім мігрує в праву здухвинну. Нудота і блювота носять більш стійкий характер. Підвищується температура тіла. З'являється різка болючість в точці Мак-Бурнея і інші симптоми апендицита. Напруження м'язів передньої черевної стінки правої здухвинної ділянки значно виражене. Тут же визначаються чіткі симптоми подразнення очеревини. Внутрішнє гінекологічне дослідження не виявляє патології матки та додатків. Клінічний аналіз крові досить показовий: лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зсувом формули вліво. В сумнівних випадках можна провести пункцію черевної порожнини через задне склепіння. При апоплексії отримують кров або серозно-геморагічну рідину.

Апендицит потребує безумовного хірургічного лікування, а при апоплексії – можлива консервативна терапія. В незрозумілих випадках діагноз може бути встановлений за допомогою лапароскопії, а при відсутності такої можливості раціональніше схилитися на користь апендицита і точний діагноз встановити під час лапаротомії.

Кваліфікована та спеціалізована допомога. Метод лікування залежить від ступеня внутрішньочеревної кровотечі. Анемічна форма захворювання потребує хірургічного лікування. Якщо виник розрив жовтого тіла, то його слід зашити гемостатичним Z – подібними швами, накладеними в межах здорової тканини яєчника. Висікати тканину жовтого тіла не слід, щоб запобігти перериванню вагітності.

Найбільш типовою операцією є резекція яєчника. Оваріоектомія виконується в тих випадках, коли вся тканина яєчника зруйнована і спостерігається імбібіція кров'ю. У тих випадках, коли кровотеча з яєчника ускладнює тривалу терапію антикоагулянтами після протезування серцевих клапанів, для надійного гемостазу вимушені проводити видалення додатків. Попередження кровотечі з жовтого тіла яєчника, що залишився у подібних жінок викликає труднощі, або рекомендоване в таких випадках пригнічення овуляції потребує призначення засобів з тромбогенними властивостями.

Больову форму апоплексії яєчника без клінічних ознак прогресуючої внутрішньої кровотечі можна лікувати консервативно. Призначають спокій, холод на низ живота і гемостатики: 12,5% розчин етамзілата (діцинона) по 2 мл 2 рази на добу внутрішньовенно або внутрішньом'язево; 0,025% розчин адроксона по 1 мл на добу підшкірно або внутрішньом'язево; вітаміни; 10% розчин хлориду кальцію по 10 мл внутрішньовенно. Консервативна терапія повинна проводитися в стаціонарі під цілодобовим спостереженням медичного персоналу.

Апоплексію яєчника у жінок, які страждають захворюваннями крові з дефектами гемостазу (аутоімунна тромбоцитопенія, хвороба Віллебранта і т.п.), потрібно намагатися лікувати консервативним шляхом. Після консультації у гематолога проводять специфічну терапію основного захворювання: кортикостероїди, імунодепресанти – при аутоімунній тромбоцитопенії, інфузія кріопреципітату або антигемофільної плазми – при хворобі Віллебранта, етамзілат (діцинон) – в обох випадках.

Раптове порушення кровообігу внутрішніх статевих органів, як правило, зумовлено:

Перекутом ніжки кісти яєчника та фіброматозного вузла.

Некрозом міоматозного вузла.

Частота такого ускладнення як перекут ніжки кісти яєчника становить 6,0-8,5%.

Фактори, що сприяють розвитку даного ускладнення:

Фізичне напруження.

Різкі рухи.

Посилення перистальтики кишківника.

Клініка: при перекуті ніжки пухлини порушується живлення кісти, і як наслідок, розвиваються симптоми гострого живота: гострий біль, що супроводжується блідістю, нудотою, появою холодного поту, навіть блювотою;

наявні перитонеальні симптоми (болючий і здутий при пальпації живіт, різко виражений симптом Щоткіна-Блумберга в ділянці пухлини);

PS – частий, напружений;

температура тіла не підвищується.

Вагінальне дослідження виявляє напружену, різко болючу пухлину яєчника, обмеженої рухомості.

При поступовому перекруті, симптоми виражені менш різко, вони то з'являються, то зникають.

Перекрут кісти яєчника буває:

повним (перекрут на 3600 і більше);

частковим (менше ніж на 3600).

Лікування:

оперативне;

типова операція кистектомія (у випадку некрозу пухлини обов'язковим є дренування черевної порожнини).

Диференційна діагностика перекруту ніжки кісти проводиться з порушеною позаматковою вагітністю, апендицитом.

Некротичні зміни в фіброматозних вузлах, які пов'язані з розладом кровообігу (здавлення судин, облітерація) спостерігаються в 7-10% випадків.

Якщо до некротичного вузла гематогенно або лімфогенно потрапляє інфекція, то настає нагноєння пухлини.

Клінічно некроз фіброматозних вузлів проявляється різким болем в животі, підвищенням температури до 390С, ознобом, симптомами пельвіоперитоніту (напруження передньої черевної стінки в гіпогастрії, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, здуття живота, затримка газів). В крові – лейкоцитоз, прискорення ШОЕ. Діагноз некрозу фіброматозного вузла визначають на основі: анамнезу (наявна фіброміома матки), клінічної картини (біль внизу живота, підвищення температури, явища пельвіоперитоніту), вагінального дослідження (наявність фіброматозних вузлів, болючість вузла при пальпації, напруженість його), додаткових методів дослідження (лапароскопія, ультразвукове сканування).

Якщо виявлено некроз фіброматозного вузла, проводиться оперативне лікування – ампутація або екстирпація матки з видаленням маткових труб (можуть бути джерелом інфекції); у жінок, яким за 40, також видаляють яєчники.

Якщо некроз фіброматозного вузла виник під час вагітності, то вагітну треба госпіталізувати та спостерігати. При розлитих болях та підвищенні тонуусу матки необхідно проводити токоліз і трансфузійну терапію.

Показаннями до оперативного втручання є висока температура, зростання лейкоцитозу, симптоми загального перитоніту. Залежно від терміну вагітності (28 тижнів і більше) виконують кесарський розтин із наступною екстирпацією матки.

При більш ранніх термінах вагітності здійснюють ампутацію або екстирпацію матки. Тільки при поверхневому субсерозному розташуванні вузла або наявності субсерозного вузла на ніжці з некрозом без розпаду вузла (внутрішній некроз) можна ризикнути на більш консервативне втручання – видалення цього вузла (енуклеація вузла) зі збереженням матки та вагітності. Черевну порожнину в таких випадках обов'язково треба дренувати на 3-4 дні. Зазначимо, що така операція спрямована на збереження вагітності, часто призводить до підвищення скоротливої діяльності матки, результатом чого є спонтанний аборт або передчасні пологи.

Картина гострого живота може виникнути при перекруті ніжки підочеревинного (субсерозного) міоматозного вузла.

При піхвинному дослідженні визначають болючий утвір щільної консистенції, зв'язаний з маткою.

Лікування: оперативне – міомектомія або надпідхвінна ампутація матки, якщо є інші вузли.

Клініці гострого живота, зумовленого розривом гнійних мішкоподібних утворів, можуть передувати такі симптоми як гіперемія, трясовиця, нудота, блювота, зростання кількостей лейкоцитів, ШОЕ, зсув Le-формули вліво. При гінекологічному огляді визначається болючий пухлинний утвір з щільною капсулою і нечіткими межами. При наростанні симптомів гострого живота виникає загроза розриву піосальпінксу (півовару) з вилиттям гною в черевну порожнину та розвитком розлитого перитоніту.

Діагностика. Діагноз встановлюється на основі даних:

В анамнезі тривалий перебіг запалення додатків матки з частим загостренням.

Раптовий гострий початок, який інколи супроводжується симптомами шоку.

Типової картини розвитку розлитого перитоніту.

Результати гінекологічного дослідження, при якому виявляють пухлинний, болючий утвір з нечіткими контурами.

Лікування. Методи оперативного втручання при піосальпінксах і півоваріумах індивідуальні:

у молодих жінок при односторонньому процесі слід провести аднексектомію;

в похилому віці – надпідхвінна ампутація матки або екстирпація з додатками.

При відсутності випоту в черевній порожнині і явищ розлитого перитоніту черевну порожнину зашивають наглухо.

При розлитому перитоніті проводять дренування черевної порожнини через бокові канали та залишають мікроіригатори для введення антибіотиків і проведення перитонеального діалізу.

Невідкладна допомога на догоспітальному етапі.

У випадках розвитку масивної внутрішньої кровотечі або ознак інтоксикації розпочинають боротьбу з проявами геморагічного шоку: пункція або катетеризація вени і струминна інфузія поліглюкіну,

реополіглюкіну, желатиноля, альбуміна або 5% розчину глюкози і 0,9% розчину хлориду натрію. Усунення больового синдрому внутрішньовенним введенням анальгетиків (1-2 мл 1% розчину морфіна гідрохлориду, 1-2 мл 1-2% розчину промедолу, 2-4 мл 50% розчину анальгіну). При падінні артеріального тиску – глюкокортикоїди (гідрокортизон 1000-15000 мг, преднізолон 200-300 мг, дексаметазон 30-40 мг), дофамін 2 мкг/(кг.хв). Зігріти хвору, термінова госпіталізація швидкою допомогою в гінекологічний стаціонар.

3.3 РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА.

7.1. Основна:

Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. – Н. Новгород, 1996. – С. 30-36.

Бодяжина В.И., Жмакин К.Н. Учебник гинекологии. – М., 1998. – С. 87-94.

Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническая гинекология.-Минск, 1999.-С. 111-125.

Запорожан В.Н. Цегельский М.Р. Акушерство та гінекологія.-К.,1996.-С. 134-142.

Невідкладна хірургічна допомога в акушерстві та гінекології / Під ред. Маркіна Л.Б., Сніжко Ю.В., Венцковського Б.М.- Львів, 1992.-С. 60-68.

7.2. Додаткова:

Кулаков В. И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В. И.. Оперативная гинекология. – М.: Медицина, 1990.

Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и оперативные образования яичников.-М.,1999.-с.98-110.

Справочник по акушерству и гинекологии / Степанковская Г.К., Тимошенко Л.В., Михайленко Е.Т. и др.; под ред. Г.К. Степанковской. – К.: Здоров'я, 1997. – С. 410-412.

Энциклопедия семейного врача /Анищенко В.М., Белицкая Г.А., Ефимов А.С. и др.; ответств. ред. А.С. Ефимов: в 2 кн. – К.: Здоров'я, 1995. – Кн. 1. – С. 25-37.

IV. Контрольні питання:

Етіологія, патогенез, види позаматкової вагітності.

Клінічні прояви прогресуючої та перерваної позаматкової вагітності, методи діагностики.

Диференційована діагностика позаматкової вагітності і гострого апендициту, апоплексії яєчника.

Невідкладна допомога на догоспітальному етапі при підозрі на позаматкову вагітність.

Етіологія, патогенез апоплексії яєчника.

Клінічні особливості різних форм апоплексії яєчника, та їх лікування.

Диференційована діагностика апоплексії яєчника і гострого апендициту.

Що таке ніжка кісти (анатомічна та хірургічна)?

Яке лікування необхідно провести при виявленні у хворої перекруту ніжки пухлини?

Причини порушення живлення фіброматозного вузла.

Симптоми, характерні для порушення живлення у вузлі.

Тактика лікаря при некрозі фіброматозного вузла.

Провести диференційований діагноз між клінікою порушеної трубної вагітності та перекрутом ніжки кісти.

Провести диференційований діагноз між клінічними проявами некрозу міоматозного вузла та загостренням хронічного аднекситу.

Клініка і діагностика народження субмукозного міоматозного вузла. Тактика.

Клініка і діагностика гострого живота зумовленого розривом піосальпінкса, піоваріуму.