

▣ Невідкладна допомога в гінекології.



Актуальність



- ▣ Організація гінекологічної допомоги в нашій країні знаходиться на високому рівні. Широка оздоровча мережа і масові профілактичні огляди жіночого населення дозволяють вчасно виявити і лікувати хворих. Але незважаючи на успіхи профілактики і терапії гінекологічних захворювань питання надання невідкладної допомоги не втрачають актуальності.

Навчально-виховні цілі

- ▣ Знати:
- ▣ Визначення терміну “Гострий живіт в гінекології”.
- ▣ Причини, що зумовлюють гострий живіт.
- ▣ Фактори ризику внутрішньочеревної кровотечі
- ▣ Патогенез порушення живлення пухлин жіночих органів.
- ▣ Класифікацію “гострого живота” в гінекології.
- ▣ Клініку, діагностику, лікування внутрішньочеревних кровотеч.
- ▣ Невідкладну допомогу при “гострому животу”.
- ▣ Методи обстеження жінок з “гострим животом”.
- ▣ Тактику ведення жінок з “гострим животом” в гінекології”.
- ▣ Методи профілактики апоплексії яєчника.

- ▣ Вміти:
- ▣ Оцінювати фактори ризику гострого живота при збиранні анамнезу.
- ▣ Діагностувати різні клінічні форми гострого живота.
- ▣ Підготувати набір інструментів для пункції через заднє склепіння піхви.
- ▣ Підготувати набір інструментів для вишкрібання порожнини матки.
- ▣ Провести тампонаду піхви (на фантомі).

Виховні цілі:

- Виховати у студента:
- увагу;
- спостережливість;
- тактовність;
- любов до праці, професії.
- Вміння виконувати поставлені задачі швидко, точно та вчасно.



Зміст



▣ План

- ▣ 1 Основні види гінекологічних захворювань. Поняття про гострий живіт.
- ▣ 2 Позаматкова вагітність. Клініка, діагностика, лікування.
- ▣ 3 Апоплексія яєчника. Причина, клініка, діагностика, лікування.
- ▣ 4 Перекрут ніжки кістоми яєчника. Причини, клініка, діагностика, лікування.
- ▣ 5 Травми зовнішніх статевих органів. Перша медична допомога.
- ▣ 6 Транспортування хворих, що потребують невідкладної допомоги.

- **Гострий живіт** — клінічний симптомокомплекс, що розвивається при пошкодженнях і гострих захворюваннях органів черевної порожнини та заочеревинного простору, загрозливий життю і вимагає невідкладної допомоги.
- Термін «гострий живіт» є збірним поняттям, об'єднуючим групу захворювань, різних за етіологічною ознакою і патогенезом.



- ▣ Не дивлячись на різні причини, симптоматика гострого живота в гінекології має багато загальних рис: раптова поява болів серед повного здоров'я (болі частіше починаються внизу живота, поступово посилюючись і розповсюджуючись по всьому животу, можуть бути настільки сильними, що викликають непритомність); нудота, блювота; порушення відходження кишкових газів і калу; симптоми подразнення очеревини.



Групи захворювань внутрішніх жіночих статевих органів, при яких виникає клініка гострого живота:

- ▣ 1 Гострі кровотечі з внутрішніх статевих органів:
 - позаматкова вагітність;
 - апоплексія яєчника;
 - травматичні пошкодження матки (ятрогенного або кримінального походження).
- ▣ 2. Гострі порушення кровообігу в пухлинах і пухлиноподібних утвореннях внутрішніх статевих органів:
 - ▣ - перекрут ніжки пухлини яєчника;
 - ▣ - порушення живлення фіброматозного вузла.

- ▣ 3. Гострі гнійні захворювання внутрішніх статевих органів з подальшим розвитком перитоніту: піосальпінкс та піоовар, гнійна тубооваріальна пухлина;
- ▣ • пельвіоперитоніт;
- ▣ • поширений перитоніт.



АПОПЛЕКСІЯ ЯЄЧНИКА-

- ▣ частіше вражає жінок репродуктивного віку з двофазним менструальним циклом. Розрізняють три клінічні форми захворювання: анемічну, больову і змішану.
- ▣ У клінічній картині анемічної форми переважають симптоми інтраперитонеальної кровотечі. Початок захворювання може бути пов'язаний з травмою, фізичним навантаженням, статевими зносінами, але може починатися без видимої причини. Гострі інтенсивні болі в животі з'являються в другій половині або в середині циклу.



- ▣ У третини жінок напад передуює відчуття дискомфорту в черевній порожнині, який триває 1-2 тижні. Болі можуть локалізуватися над лоном, в правій або лівій здухвинних ділянках. Нерідко болі іррадіюють в задній прохід, зовнішні сатеви органи, поперек, може спостерігатися френікус-симптом. Поряд з больовим нападом спостерігається слабкість, головокружіння, нудота, інколи блювота, холодний піт, запаморочення. При огляді звертають на себе увагу блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія при **нормальній** температурі тіла.





- В залежності від кількості крововтрати знижується артеріальний тиск. Живіт залишається м'яким, може бути дещо здутим. Напруження м'язів черевної стінки відсутнє. Пальпація живота виявляє загальну болючість внизу 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 шийки матки, геморагічні виділення з цервікального каналу відсутні.



Сплен

Крова в матом
тату

Правый желчный, в негласности
желтого тела с разрывом
капсулы



Стандарти параклінічних досліджень

- ▣ При бімануальному дослідженні, визначають матку нормальних розмірів, інколи збільшений кулеподібний болючий яєчник. При значній кровотечі нависання заднього і/або бокового склепіння піхви.
- ▣ У клінічному аналізі крові - картина анемії, біла кров змінюється рідко. 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 болю внизу живота, який супроводжується нудотою і блюванням на фоні нормальної температури тіла.



- ▣ При внутрішньому гінекологічному дослідженні визначають матку нормальних розмірів, зміщення якої викликає біль, і дещо збільшений округлий болючий яєчник. Склепіння піхви залишаються високими. Патологічні виділення з піхви відсутні. Клінічний аналіз крові ознаки анемії або 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 заднє склепіння піхви, кольпоскопія, лапароскопія.

Невідкладна допомога.

- ▣ У випадках розвитку масивної внутрішньої кровотечі розпочинають боротьбу з проявами геморагічного шоку: пункція або катетеризація вени і струминна інфузія поліглюкіну, реополіглюкіну, желатиноля, альбуміну або 5% розчину глюкози і 0,9% розчину хлориду натрію.
- ▣ Усунення больового синдрому та шокowego стану.



Кваліфікована та спеціалізована допомога.

- Анемічна форма захворювання потребує хірургічного лікування. Якщо виник розрив жовтого тіла, то його слід зашити гемостатичними 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. Консервативна терапія повинна проводитися в стаціонарі під цілодобовим спостереженням медичного персоналу.
- ▣ Апоплексію яєчника у жінок, які страждають захворюваннями крові з дефектами гемостазу (автоімунна тромбоцитопенія, хвороба Віллебранта та ін.), потрібно намагатися лікувати консервативним шляхом.



- Після консультації у гематолога проводять специфічну терапію основного захворювання: кортикостероїди, імунодепресанти - при автоімунній тромбоцитопенії, інфузія кріопреципітату або антигемофільної плазми - при хворобі Віллебранта, етамзілат (діцинон) - в обох випадках.



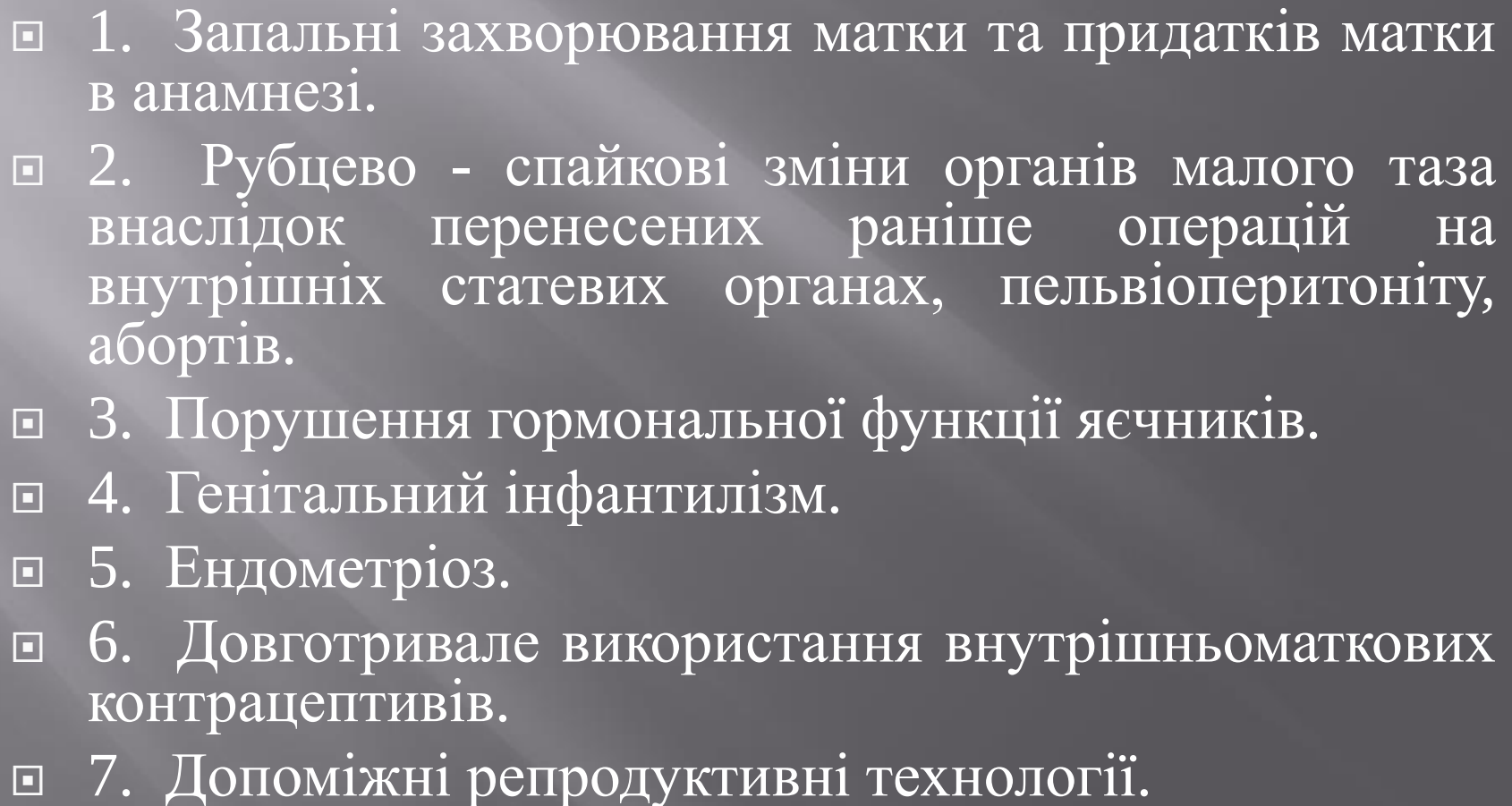
ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ

- ▣ Під позаматковою вагітністю (ПВ) розуміють вагітність, при якій імплантація заплідненої яйцеклітини відбулася поза порожниною матки. Найбільш часта локалізація ПВ - маткові труби.



Класифікація. 1. За МКХ-10:

- ▣ Абдомінальна (черевна) вагітність
Трубна вагітність
- ▣ Вагітність у матковій трубі. Розрив маткової труби внаслідок вагітності. Трубний аборт
- ▣ Яєчникова вагітність
Інші форми позаматкової вагітності: Шийкова. Комбінована. В розі матки. Внутрішньозв'язкова. В брижі матки .
- ▣ Позаматкова вагітність неуточнена
- ▣ За перебігом: -прогресуюча; -порушена (трубний аборт, розрив маткової труби);
- ▣ Завмерла вагітність.



Діагностика. Клінічні ознаки.



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

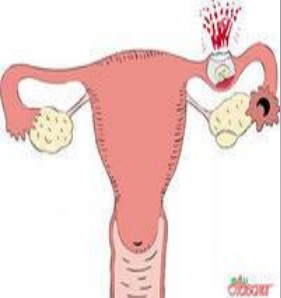


- ▣ **2. Порушення менструального циклу - мажучі, кров'яні виділення зі статевих шляхів:**
 - ▣ - після затримки менструацій; з початком наступної менструації;
 - ▣ - до настання очікуваної менструації;
- ▣ **3. Больовий синдром:**
 - ▣ - односторонній переймоподібний або постійний біль внизу живота; раптовий інтенсивний біль у нижній частині живота;
 - ▣ - перитонеальні симптоми у нижньому відділі живота, різного ступеня вираженості;
 - ▣ - іррадіація болю у пряму кишку, область промежини та крижі.

Ознаки внутрішньочеревної кровотечі



- ▣ -притуплення перкуторного звуку у фланках живота;
- ▣ -позитивний симптом Кулешсампфа (наявність ознак подразнення очеревини за умови відсутності локального м'язового напруження у нижніх відділах живота);
- ▣ - у горизонтальному положенні хворої позитивний двосторонній "френікус" симптом, а у вертикальному - головокружіння, втрата свідомості;
- ▣ - у разі значного гемоперитонеума - симптом Щоткіна-Блюмберга;
- ▣ - прогресуюче зниження показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту за результатами аналізу крові.



5. **Порушення загального стану (у разі порушеної ПВ):**

- слабкість, головокружіння, втрата свідомості, холодний піт, колапс, гемодинамічні порушення;

- ▣ нудота, рефлексорне блювання; метеоризм, однократна діарея

▣ 6. **Дані гінекологічного обстеження:**

- ▣ - ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки;
- ▣ - розміри матки менші від очікуваного терміну вагітності;
- ▣ - одностороннє збільшення та болючість придатків матки;
- ▣ - нависання склепінь піхви (у разі гемоперитонеума);
- ▣ - різка болючість заднього склепіння піхви ("крик Дугласа");
- ▣ - болючість при зміщенні шийки матки.

Дані гінекологічного обстеження:

- ▣ ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки;
розміри матки менші від очікуваного терміну вагітності;
одностороннє збільшення та болючість придатків матки,
нависання склепінь піхви (у разі гемоперитонеума);
різка болючість заднього склепіння піхви ("крик Дугласа");
болючість при зміщенні шийки матки.



- ▣ **7. Специфічне лабораторне обстеження:**
- ▣ - якісний або кількісний тест на ХГЛ. Якісне визначення ХГЛ у сечі можливе у будь - якому закладі охорони здоров'я, тоді як кількісний аналіз (З-ХГЛ у сироватці крові (рівень менший очікуваного терміну фізіологічної вагітності) виконується у медичних закладах ІІІ рівня.
- ▣ **8. Інструментальні методи обстеження.**
- ▣ **УЗД**



- ▣ **9. Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки:** виконується за відсутності апарату УЗД та за умови поінформованої згоди пацієнтки на цю маніпуляцію. У разі малого терміну затримки менструації, зацікавленості жінки у збереженні маткової вагітності та відсутності симптомів внутрішньочеревної кровотечі необхідно вибрати очікувальну тактику, орієнтуючись на клінічні ознаки, УЗД в динаміці спостереження та рівень Р-ХГЛ у сироватці крові.
- ▣ **10. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.** Проводиться за відсутності апарату УЗД для діагностики трубного аборт. Наявність у пунктаті рідкої темної крові, що не зсідається крові - одна з ознак ПВ.



Диференційна діагностика.

Діагностика ектопічної вагітності достатньо проста у пацієнток з аменореєю, ознаками вагітності, болями в нижніх відділах живота і кровотечею. Але необхідно виключати наступні стани:

- ▣ 1. Перекрут кісти яєчника або гострий апендицит.
- ▣ 2. Переривання маткової вагітності.
- ▣ 3. Крововилив у жовте тіло.

Лікування ПВ.



- ▣ **Принципи ведення хворих з ектопічною вагітністю:**
- ▣ 1. Підозра на позаматкову вагітність є показанням для термінової госпіталізації.
- ▣ 2. Рання діагностика допомагає зменшити кількість ускладнень і надає можливість застосовувати альтернативні методи лікування.
- ▣ 3. У разі встановленого діагнозу позаматкової вагітності необхідно провести невідкладне оперативне втручання (лапароскопія, лапаротомія).



- ▣ Оперативне лікування позаматкової вагітності є оптимальним. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності.
- ▣ 4. У разі вираженої клінічної картини порушеної ектопічної вагітності, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання у найкоротші терміни лапаротомічним доступом.
- ▣ Якщо клінічна картина стерта, немає ознак гіповолемії та внутрішньої кровотечі -проводять УЗД органів малого таза і/або лапароскопію.

- 5. На догоспітальному етапі у разі порушеної позаматкової вагітності об'єм невідкладної допомоги визначається загальним станом хворої та величиною крововтрати. Інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів) залежить від стадії геморагічного шоку.
- 6. Тяжкий стан хворої, наявність виражених гемодинамічних порушень (гіпотонія, гіповолемія, гематокрит менше 30%) - абсолютні показання для оперативного втручання лапаротомним доступом з видаленням вагітної маткової труби і проведенням протишокової терапії.



- ▣ 7. Застосовують комплексний підхід до лікування жінок з позаматковою вагітністю, який включає:
 - ▣ а) оперативне лікування;
 - ▣ б) боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою;
 - ▣ в) ведення післяопераційного періоду;
 - ▣ г) реабілітацію репродуктивної функції.
- ▣ 9. Виконання органозберігаючих операцій при позаматковій вагітності супроводжується ризиком розвитку у післяопераційному періоді персистенції трофобласта, що є результатом його неповного видалення з маткової труби і черевної порожнини.
- ▣ Найбільш ефективним методом профілактики даного ускладнення є ретельний туалет черевної порожнини 2 -3 літрами фізіологічного розчину і однократне введення метотрексату у дозі 75-100 мг внутрішньом'язово у першу, другу добу після операції.

Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:

- ▣ 1. Сальпінгостомія (туботомія). Виконується подовжня сальпінгостомія. Після видалення плодового яйця сальпінгостому, звичайно не ушивають. У разі, коли ворсини хоріона не проростають у м'язову оболонку маткової труби обмежуються її вишкрібанням.





- ▣ 2. Сегментарна резекція маткової труби. Видаляють сегмент маткової труби, де знаходиться плодове яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби. При неможливості виконання сальпінго-сальпінго анастомоза можна перев'язати обидва кінці і накладати анастомоз пізніше.
- ▣ 3. Сальпінгектомія. Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечею. Операцію і гемотрансфузію у такому разі проводять одночасно.

Перекрут ніжки кістоми яєчника





- ▣ Кістома яєчника, поряд з фібромою матки, належать до пухлин жіночої статеві системи, що найчастіше зустрічаються.
- ▣ Кістоми відносяться до доброякісних пухлин яєчників, однак нерідко бувають схильні до вторинної малігнізації. Відмінною рисою кістоми яєчника служить швидкий проліферативний ріст, тому вона нерідко досягає великих розмірів.

Причини розвитку кістоми яєчника

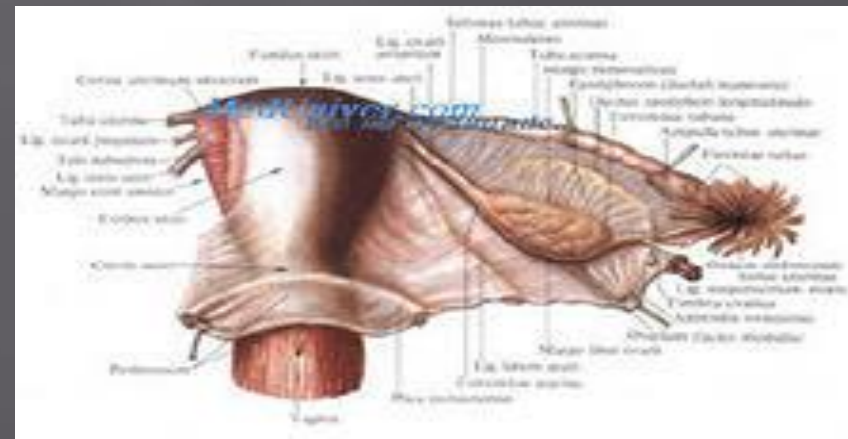
- ▣ У групі ризику по розвитку кістоми яєчника знаходяться пацієнтки з хронічними жіночий захворюваннями (кольпітом, оофоритом, ендометритом), нерегулярним менструальним циклом, рак молочної залози, які перенесли переривання вагітності, операції на яєчниках або позаматкову вагітність. Імовірність розвитку кістоми яєчника зростає в перименопаузі і менопаузі.





Клініка

- При перекруті ніжки кістоми яєчника виникають різко виражені клінічні симптоми – пронизливий однобічний біль, підвищення температури, нудота, тахікардія, напруження м'язів черевної стінки.
- Фізичне перенапруження, травма живота, необережний гінекологічний огляд можуть спровокувати розрив
- капсули кістоми .



Діагностика

- ▣ При проведенні гінекологічний огляду на кріслі пальпаторно визначається наявність пухлиноподібного утворення з анатомічною ніжкою, лежачого в крижової западині ззаду від матки. Залежно від величини і кількості камер. Кістома яєчника має еластичну або щільну консистенцію, гладку поверхню.
- ▣ Для об'єктивного підтвердження наявності кістоми яєчника і визначення її розмірів виконується УЗД органів малого тазу, КТ або МРТ-дослідження.

Лікування

- ▣ Незалежно від розміру та клініки кістоми яєчника показана хірургічна тактика.
- ▣ Виконується аднексектомія. Необхідність видалення кістоми яєчника диктується можливістю її малігнізації, надмірного зростання, порушення роботи тазових органів.



Порушення живлення міоматозних вузлів

- ▣ Фіброміома матки –являє собою дисгормональну естрогенозалежну пухлину з порушеннями у системі гіпоталамус-гіпофіз-кора наднирників-яєчник, яка внаслідок слабкого кровозабезпечення може некротизуватись.





Клініка

- Хворі скаржаться на постійний локальний біль над лоном, без іррадіації і змін загального стану. Температура і пульс нормальні, живіт м'який, симптоми подразнення очеревини відсутні, показники крові без змін. При гінекологічному огляді: матка щільна, збільшена, чутлива до пальпації, з вузлами. Рухи за шийку матки безболісні. Склепіння піхви глибокі.

Лікування

- ▣ Консервативна міомектомія при незначній ішемізації вузла.
- ▣ Надпівхвова ампутація або екстирпація матки.



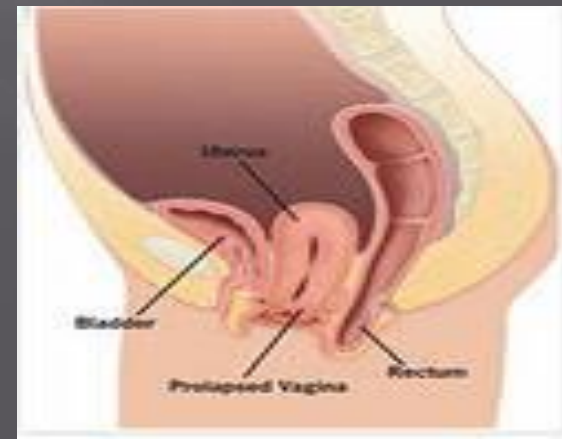
Травми ЗСО

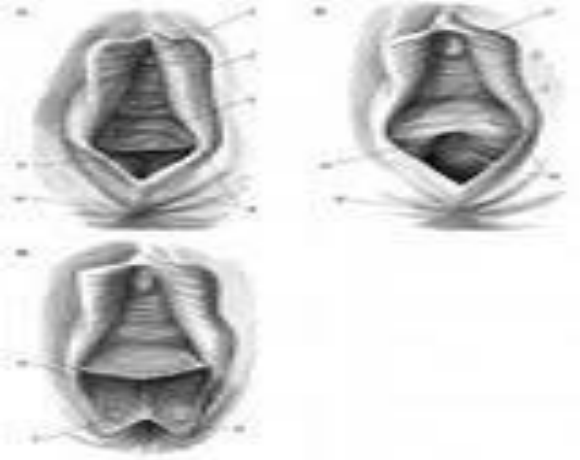


- ▣ У практиці акушерства і гінекології ушкодження статевих органів поза родового акту спостерігаються досить рідко. Їх класифікують наступним чином:
- ▣ розриви під час статевих зносин;
- ▣ пошкодження, завдані сторонніми тілами в статевих шляхах;
- ▣ травма зовнішніх статевих органів і піхви побутового і виробничого характеру, заподіяна яким не будь гострим предметом;
- ▣ удари статевих органів, розтروщення;
- ▣ колоті, різані і вогнепальні поранення статевих органів; ушкодження внаслідок лікарської діяльності.

Клініка

- ▣ Провідні симптоми травми статевих органів:
- ▣ біль, кровотеча, шок, лихоманка, витікання із статевих шляхів сечі і кишкового вмісту.
- ▣ Якщо пошкодження сталося в позалікарняних умовах, то з двох рішень - оперувати чи не оперувати - вибирають перше, тому що це позбавить хвору від фатальних ускладнень.





- ▣ Удари статевих органів, розтروщення. Ці ушкодження можуть зустрічатися, наприклад, при дорожньо-транспортних пригодах. Великі крововиливи, навіть відкриті рани, можуть утворюватися в тканинах, стиснутих двома жорсткими предметами (наприклад, в м'яких тканинах вульви, що прилягає до лонної кістки, під дією жорсткого предмета).

- ▣ Особливістю забитих ран є велика глибина пошкодження при відносно невеликих її розмірах. Загрозу представляють ушкодження кавернозних тіл клітора - джерело сильної кровотечі, яка важко піддається хірургічному гемостазу через додаткову крововтрату з місць накладення затискачів, уколів голкою і навіть накладання лігатур.





- Пошкодження зовнішніх статевих органів можуть супроводжуватись травмою суміжних органів (політравма), зокрема переломів кісток таза. В цьому випадку можуть виникати дуже складні поєднані ушкодження, наприклад, розрив сечівника, відрив піхвової трубки від присінка (vestibulum vulvae), часто з пошкодженням внутрішніх статевих органів (відрив матки від склепінь піхви, утворення великих гематом та ін.)

- ▣ Колоті, різані і кульові поранення статевих органів описані при насильницьких діях проти особи на сексуальному ґрунті. Зазвичай - це прості рани з різаними краями. Вони можуть бути поверхневими або глибокими (пошкоджуються внутрішні статеві і суміжні органи). Топографія внутрішніх статевих органів така, що забезпечує їм досить надійний захист. Лише під час вагітності статеві органи, виходячи за межі малого таза, втрачають цей захист і можуть бути пошкоджені поряд з іншими органами черевної порожнини.



Невідкладна допомога

- ▣ Викликати екстренну медичну допомогу. Холод на низ живота. Виконати призначення сімейного лікаря.
- ▣ Приймаючи рішення, фельдшер швидкої допомоги повинен виходити з припущення, що в результаті поранення виникли множинні пошкодження внутрішніх органів, поки не буде доведено протилежне.
- ▣ У зв'язку з цим найбільш доцільна госпіталізація пораненої в багатoproфільний стаціонар з ургентними хірургічним і гінекологічним відділеннями.

Транспортування хворих що потребують невідкладної допомоги





- ▣ **Умови транспортування:** хвора повинна лежати на боці (щоб уникнути виникнення синдрому нижньої порожнистої вени і з метою попередження аспірації блювотних мас), з голкою у вені для інфузії кровозамінних розчинів, кортикостероїдів. За показаннями проводять ШВЛ.



Провідні симптоми і синдроми при наданні невідкладної допомоги



- ▣ 1. **Порушена позаматкова вагітність** Аменорея, раптовий гострий біль в клубовій області на стороні розриву маткової труби, позитивні перитонеальні симптоми, помірна кровотеча із статевих шляхів, непритомність, шок, позитивний френікус-симптом .
- ▣ 2. **Апоплексія яєчника** Гострий біль внизу живота, що з'явився несподівано, частіше справа, у другій фазі менструального циклу, іррадіація болю в пряму кишку, нудота, зрідка блювання, ознак вагітності немає, незначна тахікардія, шкірні покриви звичайного кольору, перитонеальних симптомів немає



- ▣ **3. Перекрут ніжки пухлини внутрішніх статевих органів** Наявність кісти яєчника або фіброміоми матки в анамнезі. Раптова поява в животі болю нападopodobного характеру, що іррадіює в стегно, промежину, поперек, дизурія, метеоризм, нудота, блювання.
- ▣ **4. Ендометріоз яєчників** Підсилюється біль напередодні чергової менструації, болі у животі, нудота, блювання, симптоми «гострого» живота, іноді втрата свідомості. Затримки менструації немає, в анамнезі хронічне запалення придатків матки, альгодисменорея, дискомфорт при статевому житті, у деяких хворих безпліддя.

▣ 5. Гостре запалення внутрішніх статевих органів

Гострий запальний процес, що вперше виник і загострення хронічного запалення мають багато спільних симптомів, які на догоспітальному етапі важко помітні. Біль, білі, лихоманка до 38°C і вище, іноді з ознобом. Біль локалізується внизу живота, іррадіює в крижі та поперек. Метеоризм, дизуричні явища, слабо виражені перитонеальні

▣ знаки.





- ▣ Перелік захворювань з симптомокомплексом «гострого» живота , вимагають проведення диференційної діагностики із захворюваннями жіночих статевих органів, хірургічною патологією, що включає гостру кишкову непрохідність, апендицит, прорив виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, гострий панкреатит, холецистит, тромбоз судин брижі кишківника та її пухлину, ниркову кольку і багато іншого. Тому потрібна негайна госпіталізація.

Матеріали активізації студентів



Контрольні питання

- ▣ 1.Що являє собою поняття “гострий живіт” в гінекології?
- ▣ 2.Що таке апоплексія яєчника і які її види?
- ▣ 3.Які методи лікування апоплексії яєчника ви знаєте?
- ▣ 4.Що таке позаматкова вагітність?
- ▣ 5.Що таке тубектомія?
- ▣ 6.Клініка внутрішньочеревної кровотечі?
- ▣ 7.Які операції виконуються при лікуванні позаматкової вагітності?
- ▣ 8.Які бувають травми жіночих статевих органів?
- ▣ 9.Які захворювання є причиною “гострого живота”?
- ▣ 10.Клініка перекруту ніжки кістоми яєчника?

Тестовий контроль

1. До медсестри звернулася сусідка жінка 52 років зі скаргами на значні кров'янисті виділення із статевих органів. Кровотеча триває 7 днів. За останні 6 місяців жінка відмічала порушення оваріально-менструального циклу (затримку менструації до 1 місяця). Вкажіть, який метод діагностики потрібно провести?

- ▣ *A* Лапароскопія;
- ▣ *B* Діагностичне вишкрібання порожнини матки;
- ▣ *C* Амніоскопія;
- ▣ *D* Кольпоскопія;
- ▣ *E* Пункція заднього склепіння піхви.

2. Визначте найбільш часте ускладнення пухлини яєчника, для якого характерна клініка гострого живота.

- ▣ *A* Перекрут ніжки
- ▣ *B* Яєчникова вагітність
- ▣ *C* Параоваріальний абсцес
- ▣ *D* Некроз пухлини
- ▣ *E* Все перелічене

3. До лікарської амбулаторії ЗПСМ звернулась жінка 25 років зі скаргами на гострий біль унизу живота. Затримка менструації до 2 місяців. Хвора бліда, АТ-90/50 мм рт.ст. Пульс 120/хв. Позитивні симптоми подразнення очеревини. При піхвовому обстеженні: матка дещо збільшена, додатки зліва збільшені, болючі, заднє склепіння нависає, болюче. Який стан виник у пацієнтки?

- ▣ **A** Сальпінгоофорит
- ▣ **B** Загроза викидня
- ▣ **C** Викидень, що розпочався
- ▣ **D** Викидень в розпалі
- ▣ **E** Перервана позаматкова вагітність

4. До лікарської амбулаторії ЗПСМ звернулась жінка 22 років зі скаргами на біль в низу живота, підвищення температури до $39,5^{\circ}\text{C}$. Об'єктивно ЧСС – 108/хв., АТ – 120/80 мм рт.ст, живіт помірно здутий. Різко болючий в гіпогастральній області. Симптом Щоткіна – Блюмберга позитивний в гіпогастральній області. Півхове обстеження: матка та додатки не пальпуються внаслідок напруження передньої черевної стінки, заднє склепіння піхви нависає, різко болюче. Який найбільш імовірний діагноз?

- ▣ **A** Пельвіоперитоніт
- ▣ **B** Гострий аднексит
- ▣ **C** Гострий ендометрит
- ▣ **D** Позаматкова вагітність
- ▣ **E** Апоплексія яєчника
- ▣

5. У жінки 25 років скарги на гострий біль внизу живота, запаморочення, менструальний цикл нерегулярний, остання менструація – 2 тижні тому. Тест на вагітність негативний. Якій патології відповідає дана клінічна картина?

- ▣ *A* Мимовільний аборт
- ▣ *B* Позаматкова вагітність
- ▣ *C* Хронічний аднексит
- ▣ *D* Апоплексія яєчника
- ▣ *E* Рак яєчника

6. До лікарської амбулаторії ЗПСМ звернулася жінка 20 років зі скаргами на різкий біль внизу живота, що іррадіює у пряму кишку, крижі. Була короткочасна втрата свідомості. Об'єктивно: шкіра бліда, АР 80/60 мм. рт. ст., пульс 91/хв., затримка менструації 20 днів. Живіт різко болючий у нижніх відділах, симптом Щоткіна-Блумберга позитивний. Який пріоритетний метод діагностики даної патології?

- ▣ *A* УЗД органів малого тазу;
- ▣ *B* Пункція заднього склепіння піхви;
- ▣ *C* Гістеросальпінгографія;
- ▣ *D* Кульдоскопія;
- ▣ *E* Біопсія шийки матки.

7. Визначте гостру гінекологічну патологію, яка не завжди потребує оперативного втручання.

- ▣ *A* Перекрут ніжки кістоми
- ▣ *B* Апоплексія яєчника
- ▣ *C* Розрив труби при позаматковій вагітності
- ▣ *D* Перитоніт при розплавленні піовару
- ▣ *E* Все перелічене

- ▣ 8. До лікарської амбулаторії ЗПСМ звернулася жінка, у якої на тлі повного благополуччя з'явилися кров'янисті виділення з піхви, що супроводжуються болем внизу живота. Ваша тактика?
- ▣ *A* Терміново госпіталізувати
- ▣ *B* Виміряти АТ і пульс
- ▣ *C* Провести піхвове обстеження
- ▣ *D* Ввести кровоспинні засоби
- ▣ *E* Холод на живіт

- ▣ 9. Машиною швидкої допомоги в гінекологічний стаціонар доставлена 23-х річна жінка зі скаргами на різкий біль внизу живота, який іррадіює у пряму кишку. Була втрата свідомості. Біль виник раптово після затримки менструації. Об'єктивно: шкіра бліда, холодний піт, пульс частий, слабкого наповнення, живіт здутий. Позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. Ваш попередній діагноз?
- ▣ **A** Порушена позаматкова вагітність.
- ▣ **B** Аборт в ході.
- ▣ **C** Апоплексія яєчника.
- ▣ **D** Перекрут ніжки пухлини.
- ▣ **E** Прогресуюча позаматкова вагітність.

- ▣ 10.Машиною ШМД доставлено жінку 26 років у приймальне відділення із скаргами на раптовий біль в нижній частині живота, слабкість, втрату свідомості вдома. Попередньої менструації не було Нв- 106 г/л пульс – 120/хв.; АТ – 80/50 мм рт. ст. болісність та симптоми подразнення очеревини внизу справа. Який діагноз найбільш імовірний?
- ▣ **A** Порушена трубна вагітність
 - ▣ **B** Гострий апендицит
 - ▣ **C** Правосторонній гострий аднексит
 - ▣ **D** Перекрут ніжки яєчника
 - ▣ **E** Апоплексія яєчника

Задачі

- ▣ 1. Пацієнтка 24 років скаржиться на гострий біль у лівій здохвинній ділянці з іррадіацією в пряму кишку, який виник раптово після статевого акту. Остання менструація була 2 тижні тому. При пальпації визначаються біль та позитивні симптоми подразнення очеревини зліва. Сформулюйте діагноз?

2. Жінка 23 р. скаржиться на сильні болі унизу живота, нудоту, коротке запамарочення. Жінка бліда, на обличчі холодний піт, АТ – 90/50 мм рт ст, PS- 100/хв. Остання менструація була 6 тижнів тому. Поставте діагноз?

- ▣ 3.Хвора 42р.прийшла на профогляд. У лікаря гінеколога не була 3 роки. Менструації регулярні. Бімануально: матка маленька,рухлива,безболісна, придатки праворуч не визначаються, ліворуч - пухлиноподібне утворення еластичної консистенції, рухливе, безболісне при пальпації.
- ▣ Які лабораторні та інструментальні дослідження потрібно провести?

Рекомендована література

Основна:

1. Хміль С.В., Кучма З.М., Романчук Л.І. Гінекологія: підручник.- Тернопіль: “Укрмедкнига”, 1999. - С.241-290.

Додаткова

1. Абрамченко В.В., Башмакова М.А., Корхов В.В. Антибіотики в акушерстві та гінекології – СПб: СпецЛит, 2000. – 560с.
2. Атлас кольпоскопії/ Д. Алессандреску, В. Лука, Ф. Паску, Л. Ілієску – Бухарест: Мед. вид-во, 2002. – 3Василевская Г.Н. Гинекология. – М.: Медицина, 1985. – С. 213. 221с.
4. Гінекологія: Підручник для лікарів-інтернів/ За ред. В.І. Грищенка. – Харків: Основа, 2003. – 728 с.
5. Гінекологія: підручник/ О.В. Степанківська, М.О. Щербина.- К.: ВСВ”Медицина”, 2010.- 432с.+2сб. Дитяча та підліткова гінекологія/ Під ред. Т.М. Глибіної. – М.: Медицина, 2001. – 567 с.
7. Запорожан В.М., Цегельский М.Р. Акушерство і гінекологія.- Київ: Здоров'я, 1996.- С. 167-189. 8. Михайленко Е.Т., Бублик-Дорняк Г.М. Гинекология. – К., 1984. – С. 223-229. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы (клинические лекции) \ под. Ред. В.Н. Прилепской 7. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. – Москва. – 1998. – С.435-503.
9. Клінічні лекції по акушерству та гінекології/ Під ред. А.Н. Стрижакова, А.І. Давидова, Л.Д. Білоцерковської. – М.: Медицина, 2004. – 624 с.

□ 10. Інтернет - джерела uk.wikipedia.org\

Дякую за увагу!!!

