

▣ 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 обумовлюють 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.
- ▣ Скласти схему невідкладної допомоги та надати необхідну невідкладну допомогу у випадку гострого живота вгінекології.
- ▣ Підготувати набір інструментів для пункції через заднє склепіння піхви.
- ▣ Підготувати набір інструментів для вишкрібання порожнини матки.
- ▣ Проведення тампонади 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.

▣ План

- ▣ 7. Пельвіоперитоніт та перитоніт в гінекології. Причини, класифікація, клініка, діагностика, невідкладна допомога, лікування.
- ▣ 8. Матеріали для самоконтролю.

- **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 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 передує 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.



Мамма

Крова в маточн-ной

Правый яичник, в нем желтое тело 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.



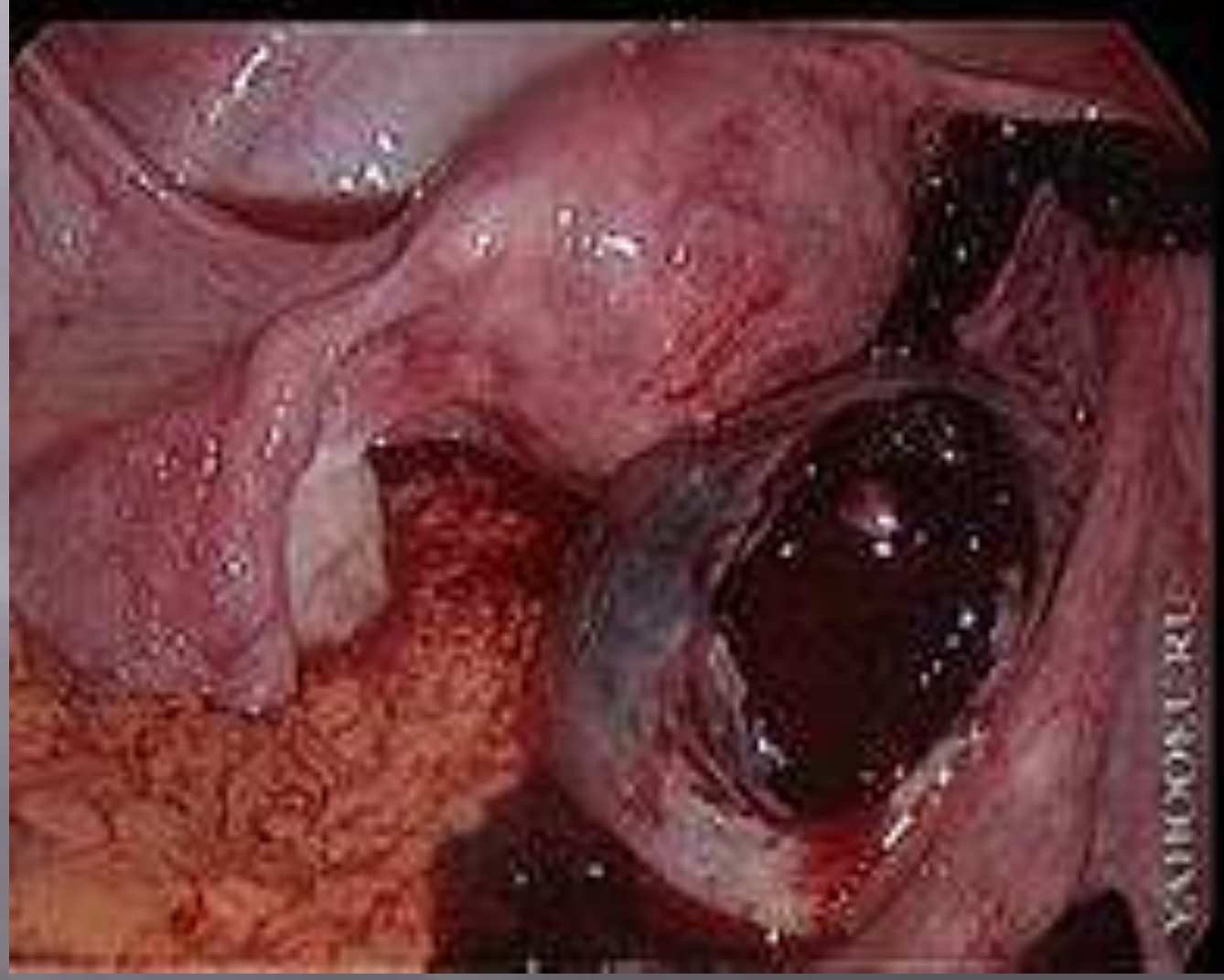
Кваліфікована та спеціалізована допомога.

- 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.



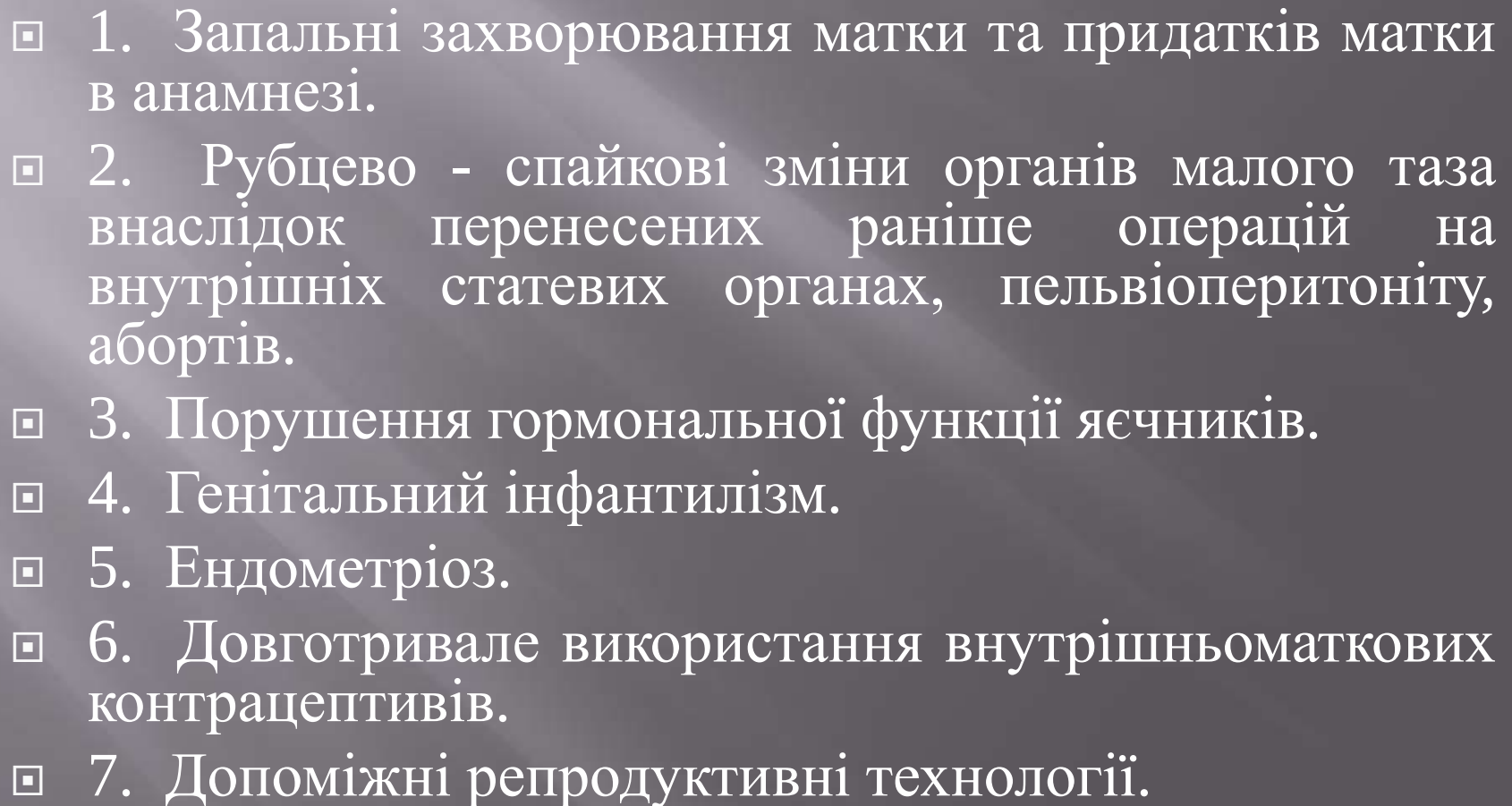
ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ

- ▣ 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).

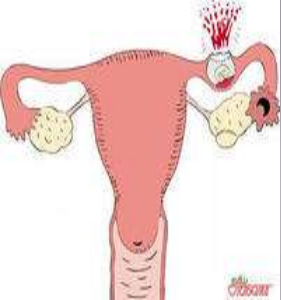


- **2. Порушення менструального циклу - мажучі, кров'яні виділення зі статевих шляхів:**
 - - після затримки менструацій; з початком наступної менструації;
 - - до настання очікуваної менструації;
- **3. Больовий синдром:**
 - - односторонній переймоподібний або постійний біль внизу живота; раптовий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

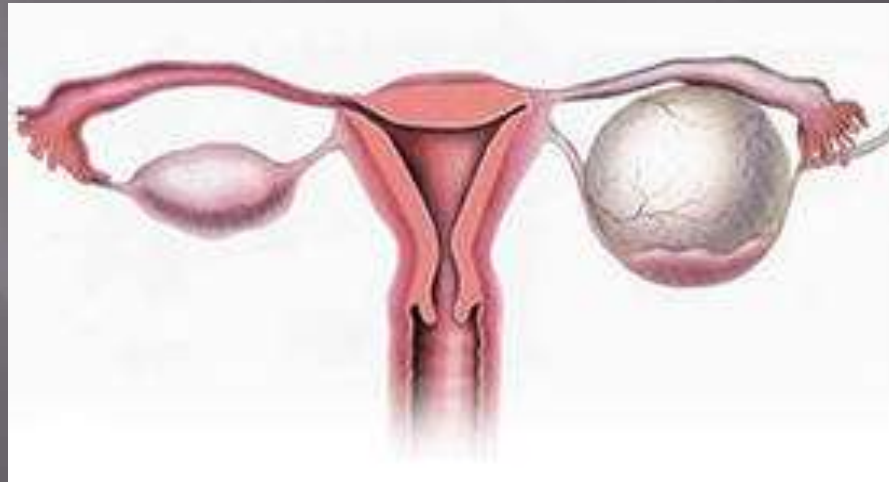




- ▣ Кістома яєчника, поряд з фібромою матки, належать до пухлин жіночої статеві системи, що найчастіше зустрічаються.
- ▣ Кістоми відносяться до доброякісних пухлин яєчників, однак нерідко бувають схильні до вторинної малігнізації. Відмінною рисою кістоми яєчника служить швидкий проліферативний ріст,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





- [illegible]

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.

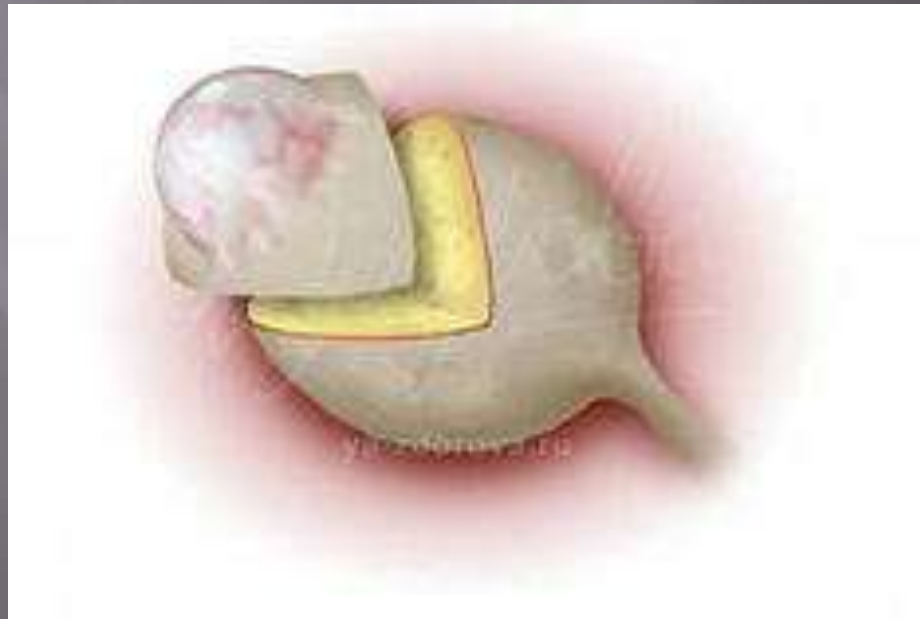
Лікування

- ▣ 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.



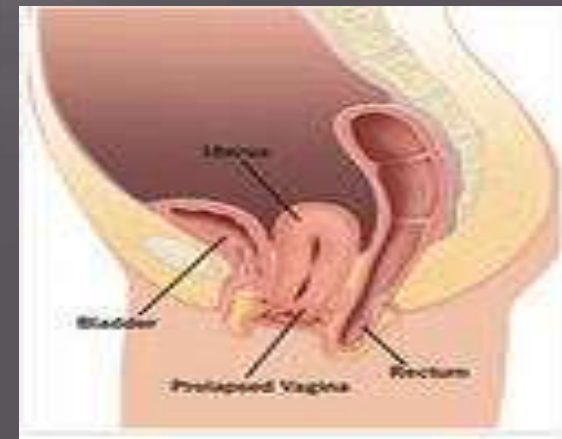
Травми ЗСО

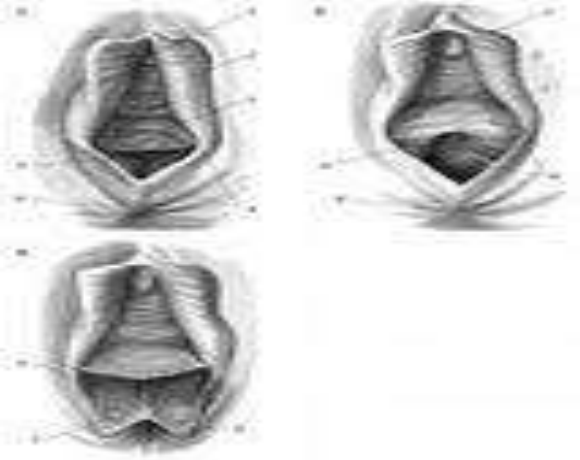


- ▣ У практиці акушерства і гінекології ушкодження статевих органів поза родового акту спостерігаються досить рідко. Їх класифікують наступним чином:
- ▣ розриви під час статевих зносин;
- ▣ пошкодження, завдані сторонніми тілами в статевих шляхах;
- ▣ травма зовнішніх статевих органів і піхви побутового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

- ▣ 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.

Пельвіоперитоніт та перитоніт в гінекології. Причини, класифікація, клініка, діагностика, невідкладна допомога, лікування.

- ▣ **Пельвіоперитоніт (pelvioperitonitis)** - запалення очеревини малого таза. За даними вітчизняних і зарубіжних авторів гострі гінекологічні захворювання, ускладнені перитонітом, зустрічаються у 3,3-11,2% хворих.
- ▣ **Очеревина (peritoneum)** - серозна оболонка, що вистилає внутрішню поверхню черевної стінки і покриває розташовані в черевній порожнині органи. Серозний покрив очеревини має здатність всмоктувати велику кількість рідин, причому одночасно з всмоктуванням відбувається і виділення. Як виділення, так і всмоктування здійснюється шляхом осмосу, дифузії, фільтрації та ін.. Таким чином, в нормі черевна поверхня людини може всмоктати протягом години до 2,5 і більше літрів рідини.

1. **Очеревина** має складну будову, в ній розрізняють шість шарів - мезотелій, прикордонну базальну мембрану, поверхневий хвилястий колагеновий шар, поверхневу дифузну неорієнтовану еластичну мережу, глибоку поздовжню еластичну мережу, глибокий гратчастий колагеново-еластичний шар. Кровопостачання очеревини інтенсивне: на кожен її міліметр припадає 75 000 капілярів, особливо багато кровоносних судин у вісцеральній очеревині і сальнику. Лімфатична система очеревини має велике значення в нормі і при запаленні. Ще в 1900 р. В. М. Зиков писав: "Порожнина очеревини являє собою величезний лімфатичний мішок, у якому постійно відбувається рух лімфи, що виділяється з крові в очеревину і звідси знову надходить у кров". Важливе значення у фізіології черевної порожнини має великий сальник, що складається з чотирьох листків очеревини. У ньому знаходиться сильно розвинена мережа кровоносних судин і тонких еластичних волокон, багато жирової тканини та лімфатичних вузлів.

- Як і очеревина, великий сальник приймає активну участь у процесах резорбції (всмоктування) різних речовин із черевної порожнини. Він володіє великою пластичністю. Сальник часто знаходять у вогнищах запалення і по його локалізації під час лапаротомії іноді діагностують джерело перитоніту. Цей механізм пояснюють його електростатичною дією. Різниця потенціалів очеревини і сальника в нормі незначна (кілька мілівольт). При виникненні запального процесу, різниця потенціалів збільшується від 8 до 58 мВ, що позначається на русі країв сальника в напрямку запалення. На підставі експериментальних даних багатьох дослідників доведено, що ділянками резорбції є діафрагма, сальник, сліпа кишка. Як показали дослідження, першою реакцією судинного апарату очеревини у відповідь на пошкодження (дію подразника), є спазм великої капілярно-судинної мережі (мікроциркуляторного русла),

- який потім змінюється розширенням судин, викликаючи тим самим гіперемію і ексудативну реакцію.
- Характер ексудату змінюється в залежності від тяжкості та фази розвитку перитоніту, а кількість його може бути від кількох мілілітрів до декількох літрів. Доведено також, що всмоктування мікробів і токсинів з черевної порожнини відбувається як через лімфатичні, так і через кровоносні судини. Встановлено, що при декомпенсованих стадіях розлитого гнійного перитоніту настають виражені деструктивні зміни лімфатичних капілярів, результатом чого настає резорбційна недостатність лімфатичного русла. У силу цього виникає ретроградний рух лімфи, що посилює деструктивні процеси черевної порожнини.

- Вплив екзогенних і ендогенних факторів, біологічно активних речовин білкової природи, ацидоз, гіпоксія, зневоднення і втрата великої кількості білка з ексудатом і травними соками роблять надзвичайно несприятливий вплив на перебіг метаболічних процесів і функціональну діяльність печінки і нирок. Порушуються ферментативні механізми детоксикації. Дослідження багатьох авторів показали, що внаслідок порушення ентеральних метаболічних процесів, бар'єрної функції печінки і видільної функції нирок у крові накопичуються токсичні продукти метаболізму. Так, вміст у кровоносному руслі аміаку, біогенних амінів і поліпептидів перевищує норму в кілька разів. Відбувається значна активація перекисного окислення ліпідів (ПОЛ).

- При важких формах розлитого гнійного перитоніту порушуються і різні фази імунного захисту, виснаження антиінфекційного імунітету. Взаємодія перерахованих факторів призводить до виснаження механізмів захисту і виникнення важкої інтоксикації. Токсичні речовини, які всмоктуються з черевної порожнини і кишківника, а також недоокислені продукти, що накопичуються в результаті порушених обмінних процесів, долають печінковий детоксикаційний бар'єр внаслідок його функціональної неспроможності і поряд з нервоворефлекторними впливами викликають ряд функціональних і морфологічних змін з боку центральної і вегетативної нервової, ендокринної систем, зокрема, порушується діяльність судинно-рухового центру, що може, в кінці кінців, привести до зупинки серцевої діяльності.

▣ **Пельвіоперитоніт** розвивається як ускладнення запалення матки і придатків, позаматкової вагітності та апоплексії яєчника. І може бути викликаний :

- стафілококом;
- кишковою флорою (ешерихії, ентерококи);
- стрептококом;
- гонококом;
- іншими аеробними і анаеробними мікробами ;
- змішаною інфекцією.

▣ **Класифікація.** Існує багато класифікації гострого перитоніту, при яких враховуються такі моменти:

- 1) фази перебігу;
- 2) поширеність процесу
- 3) протягом десятиліть і характер ексудату;
- 4) причини виникнення.

К. С. Симонян класифікує гострий перитоніт за фазами перебігу (1976):

1. **Передфаза** (гострий деструктивний процес). Характеризується наявністю гіперергії. Відзначаються порушення на рівні позаклітинної маси.
2. **Реактивна фаза.** Характерна реакцією нервово-рефлекторного типу. Реакція визначається циркуляцією в крові біологічно активних речовин. Порушення на рівні позаклітинної маси.
3. **Токсична фаза.** Характерна інтоксикацією, зумовленою циркуляцією в крові екзо- і ендотоксинів. Порушення клітинного метаболізму.
4. **Термінальна фаза.** Характерна впливом токсинів на вищі відділи центральної нервової системи. Глибокі обмінні порушення, що посилюються кишковою непрохідністю і ентероррагією.

Реактивна фаза гострого перитоніту характеризується:

- 1) гіперергією;
- 2) місцевими та загальними проявами, які визначають морфологічну та клінічну картину;
- 3) початковою інтоксикацією, яка зумовлена циркуляцією в крові біологічно активних речовин;
- 4) рефлексорними змінами діяльності серцево-судинної і дихальної систем,
- 5) пригніченням рухової активності шлунково-кишкового тракту;
- 6) характерними змінами з боку крові.

Місцеві прояви:

- напруга м'язів передньої черевної стінки;
 - гіперемія;
 - набряк очеревини і ексудація;
 - випадання фібрину;
 - порушення проникності судин з геморагічними проявами різної інтенсивності.
-
- ▣ Всі перераховані реакції носять захисний характер і спрямовані на створення спокою у вогнищі запалення, перешкоджають генералізації процесу і сприяють відмежуванню черевної порожнини від місця деструкції, а також на активну боротьбу з патогенною мікрофлорою, зокрема шляхом фагоцитозу.

- **Токсична фаза гострого перитоніту характеризується** наростаючою інтоксикацією, обумовленою циркуляцією в крові токсинів різної природи.
- У цій фазі вже виснажені резерви і функції клітин, порушуються їхні внутрішні процеси - життєдіяльність ферментних систем, клітини втрачають аніони і катіони, в організмі виникає гострий дефіцит білків, води, солей. Симптоматика фази вже не пов'язана з локальними ознаками основного захворювання, а носить загальний характер.

- ▣ **В термінальній фазі** у порівнянні з токсичною настають більш глибокі порушення життєво важливих функцій організму. З'являються симптоми, які свідчать про ураження центральної нервової системи. Глибокі порушення гомеостазу вимагають активної корекції ззовні.
- ▣ Таким чином, кожна з вищезазначених фаз гострого перитоніту має чітку клінічну симптоматику, визначає характер і об'єм оперативного втручання, а також набір лікувальних заходів.

Основні форми гострого перитоніту за поширеністю (В. Д. Федоров, 1974):

▣ I. Місцевий:

- ▣ а) обмежений (запальний інфільтрат, абсцес);
- ▣ б) необмежений (обмежуючих зрощень немає, але процес локалізується тільки в одній з кишень очеревини).

II. Поширений:

- ▣ а) дифузний (очеревина вражена на значному протязі, але процес охоплює менш ніж два поверхи черевної порожнини);
- ▣ б) розлитий (вражена цілком очеревина більше, ніж двох поверхів черевної порожнини, тобто майже вся);
- ▣ в) загальний (тотальне запалення всього серозного покриву органів і стінок черевної порожнини).

▣ За перебігом захворювання розрізняють

- гострі;
- хронічні перитоніти.

За характером ексудату і виду мікрофлори перитоніт буває

- Серозний;
- серозно-фібринозний;
- серозно-геморагічний;
- серозно-гнійний;
- фібринозний;
- фібринозно-гнійний;
- гнійний;
- геморагічний;
- гнійно-геморагічний (С. М. Луценко 1972).

ПРИЧИНИ ПЕЛЬВІОПЕРИТОНІТУ ТА ПЕРИТОНІТУ В ГІНЕКОЛОГІЇ

▣ **Запальні процеси:**

- ▣ **Сальпінгоофорит** - запалення придатків матки - найчастіше зустрічається серед захворювань статеві системи.
- ▣ Виникає зазвичай висхідним шляхом при поширенні інфекції з піхви, порожнини матки, найчастіше у зв'язку з ускладненими пологами і абортами. Розповсюджується також із суміжних органів (червоподібний відросток, пряма і сигмовидна кишка) або гематогенним шляхом.
- ▣ Запальний процес починається в слизовій оболонці, поширюючись і на інші відділи маткової труби. Ексудат, що утворився в результаті запального процесу, накопичуючись в порожнині труби, виливається в черевну порожнину, нерідко викликаючи злунковий процес навколо труби, закриваючи просвіт її ампули, а потім і отвори маткового відділу труби. Непрохідність труби веде до утворення мішечкуватого запального утворення.

▣ Скупчення в порожнині труби серозної рідини носить назву **гідросальпінкса**. **Гідросальпінкс** може бути як одностороннім, так і двостороннім. При важкому перебігу сальпінгіту, високої вірулентності мікроорганізмів з'являється гнійний вміст в трубі і виникає **піосальпінкс**.

▣ **Оофорит** - запалення яєчників - зазвичай розвивається слідом за **сальпінгітом**. Запальні зміни виникають спочатку в довколишній очеревині (**периоофорит**), потім інфекція поширюється на яєчник - виникає **оофорит**. Збільшена потовщена маткова труба огортає яєчник, в результаті чого формується конгломерат, що називають запальною **тубооваріальною пухлиною**. При зрощенні піосальпінксу з яєчником, в товщі якого також є гнійник, утворюється загальна порожнина, наповнена гноєм, **тубооваріальний абсцес**.

▣ Виникненню **ендометриту** (запалення слизової оболонки матки) сприяють ускладнені аборти, пологи, діагностичне вишкрібання матки, гістеросальпінгографія та інші внутрішньоматкові втручання.

Деяку роль у розвитку ендометриту можуть грати внутрішньоматкові контрацептиви.

При цьому захворюванні уражаються функціональний і базальний шари слизової оболонки матки. Запальний процес може поширитися на всю слизову або носить вогнищевий характер.

При важкому ендометриті в процес втягується і м'язовий шар, ураження якого також може бути дифузним і вогнищевим. Найбільш часто запальний процес по лімфатичних капілярах і судинах поширюється на м'язовий шар (**ендоміометрит**) і навколишню клітковину (**параметрит**).

Внутрішньочеревні кровотечі:

- ▣ **Апоплексія яєчника.**
- ▣ Розрив яєчника виникає внаслідок застійної гіперемії, варикозно розширених або склерозованих судин, а також склеротичних змін в стромі.
- ▣ Зміни судин і тканини яєчника є результатом попереднього патологічного процесу. Важливу роль відіграють порушення нейровегетативної та ендокринної систем.
- ▣ Апоплексія яєчника може наступати в різні фази менструального циклу, але частіше спостерігається в період овуляції та у стадії васкуляризації жовтого тіла. Провокуючими моментами, можуть з'явитися травма, фізичне напруження, статеві зносини, внутрішньоматкове спринцювання.

- ▣ **Позаматкова вагітність** - найбільш часто імплантація заплідненої яйцеклітини відбувається в матковій трубі, в окремих випадках має місце яєчникова або черевна вагітність. При трубній вагітності імплантація плодового яйця відбувається в ендосальпінкс, при цьому ворсинки трофобласту проростають в стінку маткової труби. М'язовий шар труби гіпертрофується, але не може забезпечити нормальні умови розвитку плодового яйця. Труба набуває веретеноподібної форми.
- ▣ На 4 - 6- му тижні вагітності відбувається її переривання. Виникає трубний аборт, який супроводжується кровотечею в черевну порожнину, різної інтенсивності.

- ▣ **Пухлинний процес:**
- ▣ **Некроз міоматозного вузла.**
- ▣ Некротичні зміни зумовлені порушенням кровообігу в пухлині. До асептичного некрозу завжди приєднується інфекція, яка проникає у вузол гематогенним чи лімфогенним шляхом, а в деяких випадках - з кишківника. Внаслідок некрозу відбувається розплавлення тканини і прорив його вмісту в черевну порожнину.
- ▣ Відома також ще одна з форм фіброміоми матки - **перекрут ніжки субсерозного вузла.**
- ▣ У вузлі пухлини відбувається набряк, крововилив, некроз і нагноєння.

- ▣ **Ятрогенні пошкодження:**
- ▣ З ятрогенних причин розвитку перитоніту найбільш часто є **перфорація матки**, яка виникає при проведенні штучного абортів або при проведенні інструментального дослідження матки.
- ▣ Перфорація матки найчастіше відбувається в тих випадках, коли лікар до проведення будь - кого інструментального дослідження або абортів не отримав достатнього уявлення про розташування матки. Небезпека для хворої при цьому ускладненні полягає в тому, що лікар часто не помічає того, що сталася перфорація матки.

Д. Ф. Скрипниченко (1974) розрізняє три стадії перебігу гострого перитоніту

▣ Для першої стадії (1-2 доби від початку захворювання)

▣ **характерні:**

- 1) наявність в черевній порожнині серозного і серозно-фібринозного ексудату, який містить невелику кількість бактерій;
- 2) різке посилення фагоцитозу і фагоцитарної активності лейкоцитів;
- 3) гіперемія очеревини, посилене всмоктування з черевної порожнини;
- 4) виражений місцевий і загальний лейкоцитоз;
- 5) біль у животі, переважно в області ураженого органу;

- 6) прискорений пульс задовільного наповнення, при гострих перфораціях уповільнений;
- 7) підвищення температури до 38-38,5 ° C;
- 8) напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга;
- 9) явища динамічної кишкової непрохідності;
- 10) у крові лейкоцитоз (20,0-25,0 • 10⁹ /л), нейтрофіліоз, підвищена ШОЕ.

Д. Ф. Скрипниченко (1974) розрізняє три стадії перебігу гострого перитоніту

Для другої стадії (від 2 до 3-4 діб) характерні:

- 1) розвиток поширеного перитоніту з дифузним ураженням очеревини;
- 2) різко сповільнене всмоктування з черевної порожнини;

- 3) важкий загальний стан;
- 4) гикавка, зригування;
- 5) частий пульс (100-120 ударів на хвилину);
- 6) температура до 38-38,5 ° C;
- 7) невідповідність пульсу і температури;
- 8) помірне здуття живота, болючість, напруження м'язів передньої черевної стінки, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга;
- 9) невідходження калу, газів;
- 10) при перкусії наявність ексудату в нижніх і бічних відділах живота;
- 11) у крові лейкоцитоз, нейтрофіліоз, підвищена ШОЕ, у важких випадках - еозинофілія.

▣ **Третя стадія (понад 5 діб) характеризується:**

- 1) вкрай важким станом хворих;
- 2) різко уповільненим або повним припиненням всмоктування з черевної порожнини;
- 3) спутаною свідомістю, нерідко ейфорією, адинамією, у важких випадках - прострацією;
- 4) постійною гикавкою, частою блювотою і відрижкою вмісту, нерідко з калових запахом;
- 5) підвищенням температури (38-38,5 ° C);
- 6) частим пульсом (130-140 ударів на хвилину) слабкого наповнення, зниженим артеріальним тиском (тони серця приглушені, дихання часте, поверхневе);
- 7) метеоризмом;
- 8) розливою хворобливістю по всьому животу;
- 9) живіт роздутий, відсутність напруження м'язів передньої черевної стінки, негативний симптом Щоткіна - Блюмберга;

- 10) при аускультції відсутність перистальтики кишківника;
- 11) газы не відходять.

Клініка. У переважній більшості гострий перитоніт розвивається вторинно, як ускладнення запальних гінекологічних захворювань, перфорації матки або при внутрішньочеревних кровотечах. Тому в початкових стадіях превалює симптоматика основного захворювання. Своєрідно протікає перитоніт після кримінального аборту, який ускладнився гангrenoю матки. У таких хворих, як правило, розвивається сепсис і важке порушення життєво важливих органів. При стертій формі перерваної позаматкової вагітності хворі нерідко вказують на неодноразові напади болю по всьому животу з іррадіацією в поперек і пряму кишку. Зрідка біль віддає в лопатку і плече. У частини хворих болі супроводжуються дизуричними явищами. У цих хворих симптоми внутрішньочеревної кровотечі відсутні або були незначно виражені.

- При апоплексії яєчника хворі в анамнезі вказують на напади раптового болю внизу живота або в правій здухвинній ділянці з іррадіацією в крижі, задній прохід, зовнішні статеві органи. Болі, як правило, постійні і супроводжуються нудотою і блюв.
- При обстеженні жінок у 50-60% випадків, знаходять виражені симптоми подразнення очеревини при м'якому животі - симптом Куленкампа.

- ▣ **При перфорації гнійних тубооваріальних пухлин**
- ▣ захворювання починається гостро, виникає різкий біль в низу живота порівняний з «ударом кинджала».
- ▣ Клініка подібна, як при перфорації порожнистого органу.
- ▣ У таких пацієнток вдається з'ясувати з анамнезу про неодноразові запальні процеси придатків матки і порушення менструального циклу. Надалі клініка основного захворювання починає йти на другий план і з'являється симптоматика гострого перитоніту.

- Хворі з пельвіоперитонітом пред'являють скарги на переймоподібні болі в низу живота. При поширенні процесу більше одного відділу черевної порожнини пред'являють скарги на розлиті болі по всьому животу. Виражені симптоми інтоксикації (нудота, блювання, запаморочення, загальна слабкість, озноб і.т.п.). При пельвіоперитоніті живіт помірно роздутий, бере участь в акті дихання, при покашлюванні хворі відзначають посилення хворобливості в низу живота, пальпація живота різко болюча, спостерігається м'язовий дефанс і симптоми подразнення очеревини не поширюються, як правило, вище термінальної лінії, при аускультатії перистальтика кишечника млява. При гінекологічному дослідженні придатки

- або не пальпуються через різку хворобливості склепінь і напруги передньої черевної стінки, або потовщені і болючі, або визначаються у вигляді тубооваріальних утворень.
- Рухи при зміщенні шийки матки різко болючі - симптом Промтова. При дифузному перитоніті передня черевна стінка не бере участь в акті дихання, аускультативно вислуховуються поодинокі перистальтичні шуми, або перистальтика не вислуховується. У більшості хворих при гінекологічному дослідженні детальна пальпація не можлива через різку болючість склепінь піхви, при зміщенні шийки матки різкий біль, склепіння піхви нависають, сплюснені - симптом Дуейя.

- ▣ Хворим, що поступають у стаціонар з клінікою «гострого живота», з діагностичною метою показана пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.
- ▣ При отриманні пунктату в залежності від його характеру визначається подальша тактика ведення хворої.
- ▣ Важливе значення у діагностиці має УЗД черевної порожнини та органів малого тазу, яке в 80-90% випадків виявляє причину гострого перитоніту, що в подальшому може вплинути на проведене лікування.

▣ Лікування гострого поширеного перитоніту має бути комплексним- термінове оперативне втручання з короткочасною передопераційної підготовкою.

▣ У передопераційну підготовку входять:

- 1) введення знеболюючих препаратів;
- 2) "стартова" інфузійна терапія гіпертонічним розчином 10% NaCl з розрахунку 3,5 мл / кг/ 30 хв у співвідношенні 1:1 з колоїдними розчинами (реополіглюкін, розчини гідроксиетилкрохмалю), а подальша інфузійна терапія повинна включати кристалоїдні розчини, з обов'язковою корекцією електролітного балансу, при порушенні газо-транспортної функції крові робити переливання еритроцитарної маси;

- 1) при клітинному ацидозі введення 200-400 мл 5% розчину бікарбонату натрію;
- 2) при різкому зниженні артеріального тиску використовувати інотропну підтримку допаміном (5-15 мкг/ кг/хв) внутрішньовенно крапельно;
- 3) введення антибіотиків широкого спектру дії за 30 хв до операції.
- 4) Основна мета операції при гострому перитоніті сформульована ще Трековим І.І. (1912) і зводиться до:
 - усунення (видалення) джерела зараження (інфікування);
 - санації черевної порожнини;
 - виконання дренирування черевної порожнини для видалення залишків запального випоту, які постійно утворюються в порожнині живота.

- Після видалення джерела зараження, важливе значення має в лікуванні гострого перитоніту ретельна санація черевної порожнини та адекватне дронування черевної порожнини. Санацію черевної порожнини у хворих з дифузним перитонітом здійснюють 5-ю літрами теплого ізотонічного розчину NaCl - з додаванням 50,0 мл 3% розчину H_2O_2 , також у цієї категорії хворих можна використовувати антисептик - розчин фурациліну. При пельвіоперитоніті санація черевної порожнини в такому обсязі не має сенсу тому що інші відділи черевної порожнини не задіяні в патологічний процес. Тому санацію малого таза можна виробляти рясно змоченими тампонами розчином NaCl з додаванням 3% розчину H_2O_2 . Дронування черевної порожнини при пельвіоперитоніті зазвичай проводять з двох точок рукавице- трубчастими дренажами. При необхідності додають третій дренаж через кольпотомію або ж при надпихвовій ампутації матки, дренаж проводять через куксу матки.

▣ **При дифузному або розлитому перитоніті** дренування черевної порожнини здійснюють за Петровим з додаванням 5-го дренажу або через кольпотомію, або проводять через куксу матки, з проведенням в післяопераційному періоді проточного або фракційно-проточного черевного діалізу. На думку Б. С. Данилової, метод черевного діалізу повинен складатися з двох етапів після ліквідації вогнища перитоніту. Перший - відмивання черевної порожнини до чистої води, тобто механічне видалення з неї гнійного, кров'янистого вмісту. Зазвичай на це витрачають 10-15 л діалізуючого розчину з антибіотиками. Весь процес триває 15 хвилин.

▣ **Головне завдання промивання** - створити умови, що перешкоджають всмоктуванню речовин з черевної порожнини. Для зняття больової реакції попередньо вводять в черевну порожнину 100-200 мл 0,25% розчину новокаїну і вичікують 10-15 хвилин. Тільки після ретельного відмивання можна перейти до другого етапу - власне діалізу.

- ▣ **Другий етап** - власне діаліз- полягає у виведенні з крові токсинів, що вже всмоктались в неї та продуктів розпаду білка.
- ▣ З цією метою в черевну порожнину вводять 1-1,5 л діалізуючого розчину з антибіотиками. Експозиція повинна бути достатньою для обміну електrolітами між кров'ю і діалізуючим розчином і, крім того, для виведення токсинів і азотистих шлаків з крові в черевну порожнину. Зазвичай для здійснення обміну цих речовин досить години. При проведенні діалізу необхідно строго стежити за кількістю введеного й виведеного розчину. Різниця не повинна перевищувати 500-1000 мл. Якщо кількість введеної рідини значно перевищує кількість виведеного діалізата, то необхідно до діалізуючого розчину додати 500 мл 2,5% розчину глюкози. Підвищення осмотичного тиску в діалізуючому розчині сприяє дегідратації організму.

▣ Під час черевного діалізу необхідно в динаміці провести дослідження діалізата, яке проводять 1 раз на добу, посів діалізата і наступні заходи:

- 1) у перші дві доби через кожні 12 годин визначають вміст натрію, калію, загальний білок та його фракції в діалізаті та плазмі крові (калій та натрій визначають в діалізаті, а потім роблять перерахунок на загальний обсяг виведеного за добу діалізата);
- 2) кислотно-лужну рівновагу в плазмі крові визначають 1-2 рази на добу;
- 3) Цитологічне дослідження -через день;
- 4) щодня інформують про добовий діурез, вміст залишкового азоту в крові, концентрацію антибіотиків в крові і діалізаті;
- 5) при порушенні кислотно-лужної рівноваги, електролітного складу або зниженні загального білка крові проводять замісну терапію шляхом внутрішньовенного вливання крові, кровозамінників, білкових розчинів, електролітів, вітамінів, 4% розчину соди з метою корекції метаболічного ацидозу або розчину хлориду калію при алкалозі та інші заходи;

▣ У хворих з дифузним або розлитим перитонітом відбувається пригнічення рухової активності шлунковокишкового тракту, тому цій категорії хворих необхідно проводити інтубацію тонкого кишківника, для попередження розвитку в післяопераційному періоді гострої кишкової непрохідності (ГКН). У хворих похилого та старечого віку, а також у пацієнтів із захворюваннями кардіореспіраторної системи краще всього виконувати не трансназальну інтубацію тонкого кишківника, а ретроградну інтубацію тонкого кишківника через аппендикоцекостому або цекостому. Останнім часом з'являються публікації про застосування у хворих з важкою формою перитоніту, для попередження маніфестації абдомінальної інфекції лапаростомії з програмованою санацією черевної порожнини. Критерієм ефективності програмних санацій черевної порожнини і гарною прогностичною ознакою може бути зміна в мікробній асоціації основного збудника після кожної санації. Це явище, яке визначається антагоністичними відносинами мікроорганізмів в асоціації, не дозволяє розвинути суперінфекції.

- **Лапаростомія**, як і будь-який метод лікування, крім позитивних сторін має недоліки, що призводять до ускладнень. З позачеревних ускладнень найбільш часто зустрічаються пневмонії.
- Серед внутрішньочеревних ускладнень перше місце займають кишкові нориці.
- Наступним за частотою внутрішньочеревних ускладненням було нагноєння рани лапаротомної і у зв'язку з цим виникає евентерація органів черевної порожнини.
- У післяопераційному періоді всім хворим необхідно проводити інтенсивну терапію, яка включає інфузію сольових розчинів, що забезпечують ізоосмолярний стан організму. Поряд з інфузійної терапією, спрямованою на забезпечення адекватної тканинної перфузії (кристалоїдні, колоїдні розчини), проводити найпотужнішу дезінтоксикаційну терапію.

- ▣ При зміні коагуляційного потенціалу крові необхідно використовувати введення, як високомолекулярного гепарину, так і його низькомолекулярних фракцій (фраксипарин).
- ▣ Крім того, цим хворим для профілактики поліорганної недостатності необхідна органоспецифічна підтримка, що включає введення гепатотропних препаратів, кардіотоніків і вентиляційну підтримку.
- ▣ Антибактеріальна терапія проводиться в два етапи: 1-й етап - емпіричне призначення комбінацій антибіотиків широкого спектру дії з антианаеробною терапією, 2-й етап - продовження або зміна режиму антибіотикотерапії з урахуванням чутливості мікрофлори. Як правило, на першому етапі призначають фторхінолони в поєднанні з метронідазолом; цефалоспорины 2-го і 3-го покоління в поєднанні з аміноглікозидами та метронідазолом, або карбапенеми (Тіенам, Меронем) при крайньому важкому перебігу гострого перитоніту. Ряд авторів вказують, що близько 75% мікроорганізмів стійкі до 10 і більше видів антибактеріальних препаратів.

- ▣ Добова доза антибіотиків залежить від поширеності і тяжкості гострого перитоніту.
- ▣ Лікування гострого перитоніту викликаного гінекологічними захворюваннями, повинно бути комплексним, взаємодоповнюючим на всіх етапах лікування з урахуванням нових поглядів на етіопатогенез розвитку гострого перитоніту.

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 °С і вище, іноді з ознобом. Біль локалізується внизу живота, іррадіює в крижі та поперек. Метеоризм, дизуричні явища, слабо виражені перитонеальні

▣ знаки.



▣ 6. Пельвіоперитоніт, перитоніт .

- ▣ Важкий загальний стан. Спутана свідомість, ейфорія, адинамія. Біль у животі, білі, лихоманка 38°C і вище, озноб. Біль спочатку при пельвіоперитоніті локалізується внизу живота, іррадіює в крижі та поперек, потім стає розлитим по всьому животу (при перитоніті). Гикавка, зригування. Тахікардія 100-120/ хв. Знижений АТ. Метеоризм, дизуричні явища, виражені перитонеальні знаки, динамічна кишкова непрохідність.



- ▣ 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.

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.



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?

КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ

- ▣ 1. Фази гострого перитоніту та їх характеристика?
- ▣ 2. Місцеві прояви перитоніту?
- ▣ 3. За характером ексудату і виду мікрофлори перитоніт буває?
- ▣ 4. Дайте визначення терміну «позаматкова вагітність» ?
- ▣ 5. За місцем розташування позаматкову вагітність розрізняють на ...?
- ▣ 6. Назвіть симптоми позаматкової вагітності?
- ▣ 7. Наслідки позаматкової вагітності?
- ▣ 8. Чим характеризується перебіг пельвіоперитоніту?
- ▣ 9. Назвіть причини пельвіоперитоніту, які можуть провокувати виникнення запальних процесів в області очеревини та її порожнини?
- ▣ 10. Які зміни будуть при пельвіоперитоніті в крові?

Тестовий контроль

1. До фельдшера ШМД звернулася 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. На ФАП 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 фельдшера ФАПУ звернулась жінка 22 роки 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 Щоткина – Блюмберга позитивний в гіпогастральній області. Піхвове обстеження: матка та додатки не палькуються внаслідок напруження передньо 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 фельдшера ШМД 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?

- ▣ *А* УЗД органів малого тазу;
- ▣ *В* Пункція заднього склепіння піхви;
- ▣ *С* Гістеросальпінгографія;
- ▣ *Д* Кульдоскопія;
- ▣ *Е* 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. Фельдшера ФАПу викликали до жінки 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. Каретою 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 ходу.
- ▣ *C* Апоплексія яєчника.
- ▣ *D* Перекрут ніжки пухлини.
- ▣ *E* Прогресуюча позаматкова вагітність.

- ▣ 10.Фельдшером 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.Фельдшер ФАПу був викликаний додому до жінці 23 р., яка скаржиться на сильні болі унизу живота, нудоту, коротке запамарочення. Жінка бліда, на обличчі холодний піт, АТ – 90/50 мм рт ст, РС- 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?

ТЕСТОВИЙ КОНТРОЛЬ

- ▣ 1. Який основний симптом розвивається при ушкодженні порожнистого органа черевної порожнини?
 - ▣ А. Біль в животі;
 - ▣ Б. Обличчя Гіппократа;
 - ▣ В. Наростання лейкоцитозу в крові;
 - ▣ Г. Симптом Щоткіна-Блюмберга;
 - ▣ Д. Симптом Пастернацького.

- ▣ 2. У чому полягає перша медична допомога у разі діагностики “Гострого живота”?
 - ▣ А. У знятті болю знеболюючими засобами;
 - ▣ Б. У зменшенні запалення введенням антибіотиків;
 - ▣ В. У знятті болю за допомогою спазмолітиків;
 - ▣ Г. У зменшенні запалення за допомогою холоду (міхура з льодом).
 - ▣ Д. Промити шлунок та поставити клізму.

- ▣ 3. Хвора 27 років протягом 5 років лікується з приводу хронічного аднекситу, доставлена в гінекологічне відділення з ознаками пельвіоперитоніту. У чоловіка хронічний уретрит. Які дослідження слід призначити для діагностики збудника захворювання?
 - ▣ А. Бактеріологічне дослідження вагінального вмісту.
 - ▣ Б. Бактеріоскопічне дослідження вагінального вмісту.
 - ▣ В. Пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви, бак. посів отриманого пунктату на гонорею.
 - ▣ Г. Клінічний аналіз крові, бак. посів крові.
 - ▣ Д. Бактеріологічне дослідження після провокації.

- ▣ 4. Позаматкова вагітність не може бути:
 - ▣ А) Трубна
 - ▣ Б) Яєчникова
 - ▣ В) Черевна
 - ▣ Г) В рудиментарному розі матки
 - ▣ Д) В сечовому міхурі.

- ▣ 5. При порушеній позаматкової вагітності за типом трубного аборту відзначається:
 - ▣ А. мізерні кров'яні виділення із статевих шляхів
 - ▣ Б. біль внизу живота і в клубовій паховій області
 - ▣ В. при вагінальному дослідженні збільшення і хворобливість придатків
 - ▣ Г. правильні відповіді б) і в)
 - ▣ Д. усі відповіді правильні

- ▣ 6. При прогресуючій позаматковій вагітності показано:
 - ▣ А) консервативне протизапальне лікування Б) операція
 - ▣ В) гемотрансфузія Г) усе перераховане
 - ▣ Д) ніщо з перерахованого

- 7. При порушеній позаматковій вагітності з вираженою анемізацією хворій проводиться розріз:
 - а) поперечний надлобковий якірний
 - б) поперечний надлобковий за Пфанненштилем
 - в) поперечний інтеріліальний за Черні
 - г) нижньосерединний (від лона до пупа)

- 8. В гінекологічне відділення звернулась хвора, 26 років, зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,5(С, болі внизу живота і попереку, дизуричні розлади. Захворіла 4 дні тому, коли після штучного аборту з'явились перераховані вище скарги. При піхвовому дослідженні: тіло матки дещо збільшена, м'якої консистенції, рухливі, болісно. Придатки не визначаються, склепіння глибокі. Виділення кров'янистої-гнійні. В аналізі крові лейкоцитоз із зсувом формули вліво, прискорене ШОЕ. Яке ускладнення виникло у хворої? *
- А. Гострий ендометрит
- Б. Гострий сальпінгоофорит
- В. Піосальпінкс
- Г. Гострий цистит
- Д. Пельвіоперитоніт

- 9. У породіллі 20 років на 4 добу після операції кесарського розтину з'явилась блювота, сильна біль внизу живота, потім по всьому животу, затримка стула та газів. Шкіряні покриви бліді, губи та язик сухі. Температура 39.5°C . Живіт здутий, симптоми подразнення позитивні у всіх відділах. Перистальтика кишківника ослаблена. Матка велика, болюча при пальпації. Про яку патологію можна думати?
 - А. Розлитий перитоніт
 - Б. Гнійний параметрит
 - В. Пельвіоперитоніт
 - Г. Метроендометрит
 - Д. Ендометрит.

- 10. Сімейний лікар оглядає пацієнтку К. із скаргами на затримку менструації, нудоту. Вважає себе вагітною 6 тижнів. В анамнезі 2 артіфіціальних аборти, один з яких ускладнився ендометритом, лікувалась у стаціонарі. Після загального та гінекологічного обстеження, лікар запідозрив прогресуючу позаматкову вагітність. Що з наступного буде правильним?
 - А. Направити на УЗД
 - Б. Визначити ХГ
 - В. Повторний огляд через 10 днів
 - Г. Негайна госпіталізація
 - Д. Можна вибрати будь-яку дію залежно від згоди жінки

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. – 3 Васи́левская 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\

Рекомендована література

- ▣ 1. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010.-720 с.
- ▣ 2 .Оперативное акушерство: Руководство для врачей / Н. И. Жилиев, Н. Н. Жилиев. - К.:
- ▣ Гидромакс, 2004. - 468 с.
- ▣ Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-
- ▣ гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
- ▣ Клінічний протокол з акушерської допомоги «Кесарів розтин» (Наказ МОЗ України № 977
- ▣ від 27.12.2011).- Київ, 2012.-16 с.
- ▣ Жилиев Н.И. Оперативное акушерство / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев. — Киев: Гидромакс,
- ▣ 2004. — 468 с.
- ▣ Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-
- ▣ М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.

Дякую за увагу!!!

