

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

“ГОСТРИЙ” ЖИВІТ У ГІНЕКОЛОГІЇ (ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ, ПОРУШЕННЯ ЖИВЛЕННЯ ПУХЛИН ТА ГОСТРІ ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ МАЛОГО ТАЗУ)

Лекція для лікарів-слухачів циклу ТУ «Особливості
невідкладної допомоги в акушерстві та гінекології»

Д.мед.н., професор **ЛІХАЧОВ** Володимир Костянтинович

ПЛАН ЛЕКЦІЇ

- ▶ Визначення терміну «гострій» живіт в гінекології.
- ▶ Причини, що обумовлюють «гострій живіт» в гінекології.
- ▶ Фактори ризику внутрішньоочеревної кровотечі.
- ▶ Патогенез порушення живлення пухлин жіночих органів.
- ▶ Класифікація «гострого живота» в гінекології.
- ▶ Методи обстеження жінок з «гострим» животом.
- ▶ Клінічніка, діагностика, лікування різних форм «гострого живота» в гінекології.
- ▶ Лікарська тактика при «гострому животі» в гінекології.

“Гострий” живіт - клінічний
симптомокомплекс, що
розвивається при ушкодженні та
гострих захворюваннях органів
черевної порожнини (включаючи
органи малого тазу) та/або
заочеревинного простору, які
загрожують життю та потребують
невідкладної допомоги.

Термін “гострий” живіт є складним поняттям, що об’єднує групу захворювань, різних за етіологією та патогенезом. Незважаючи на різні причини, симптоматика гострого живота у гінекології має багато загальних характерних рис: раптовий біль, нудота, блювання, порушення відходження кишечних газів та калу, симптоми подразнення очеревини.

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

► **Гострі кровотечі з внутрішніх статевих органів:**

- позаматкова вагітність;
- апоплексія яєчника;
- травматичні ушкодження матки (ятрогенного або кримінального походження).

► **Гострі порушення кровообігу в пухлинах та пухлиноподібних утвореннях внутрішніх статевих органів:**

- перекрут ніжки пухлини яєчника;
- порушення живлення фіброматозного вузла.

► **Гострі гнійні захворювання внутрішніх статевих органів з наступним розвитком перитоніту:**

- піосальпінкс та піовар, гнійна тубооваріальна пухлина;
- пельвіоперитоніт;
- розлитий перитоніт.

РОЗДІЛ I

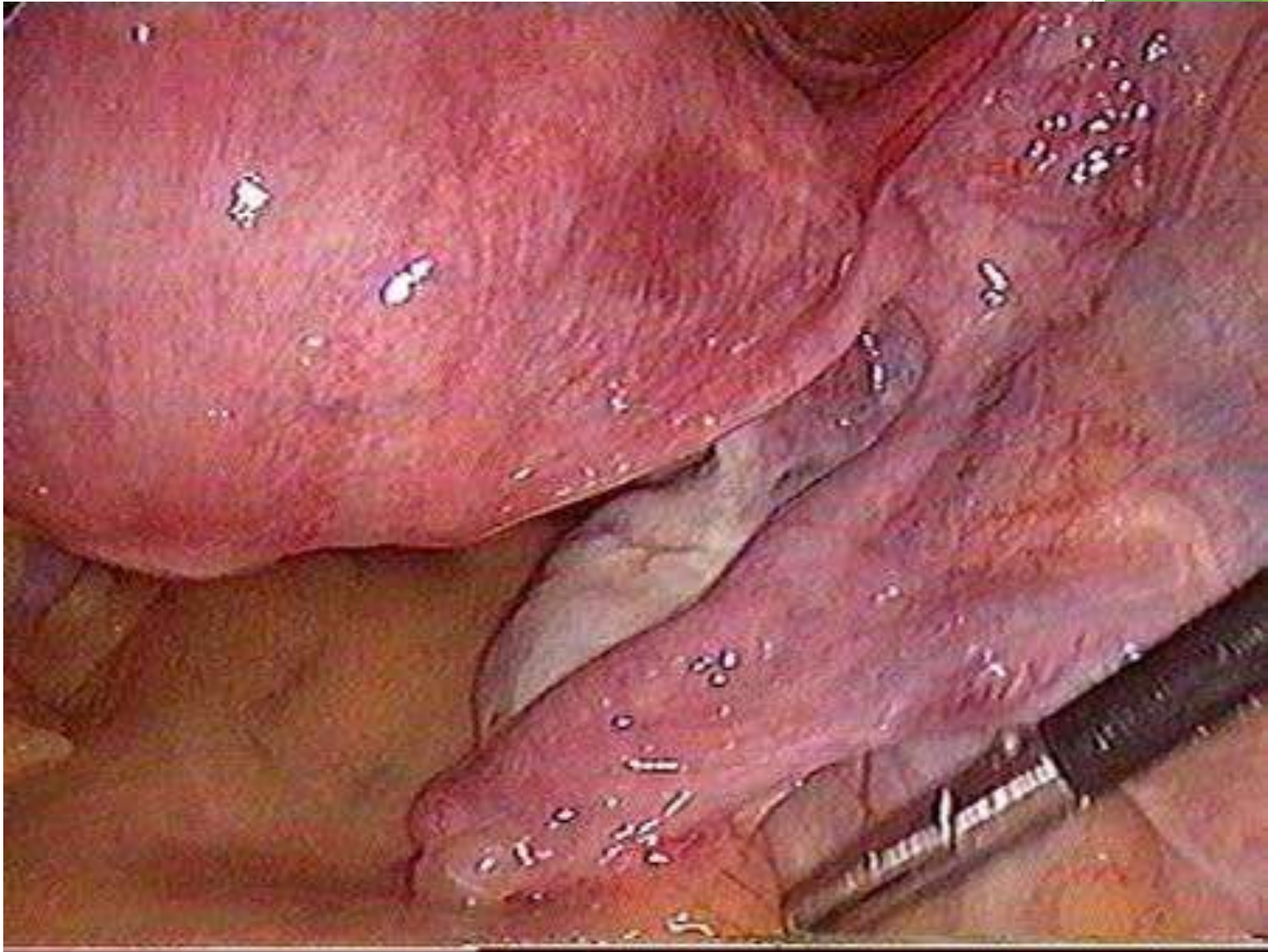
ГОСТРІ КРОВОТЕЧІ З ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Ia. ПОЗАМАТКОВА або ектопічна ВАГІТНІСТЬ

*вагітність, при якій запліднена
яйцеклітина імплантується та
розвивається за межами порожнини
матки.*

Локалізація плідного яйця вище порожнини матки відноситься до проксимальних варіантів ектопічної вагітності і є однією з головних причин внутрішньої кровотечі у жінок репродуктивного віку; локалізація плідного яйця в шийці матки призводить до формування шийкової або перешийкової вагітності, тобто до її дистальних варіантів та супроводжується зовнішньою кровотечею з піхви.

НОРМАЛЬНА МАТКОВА ТРУБА



Класифікація позаматкової вагітності

I. В залежності від місця імплантації плідного яйця

Трубна вагітність

1. Ампулярна.
2. Істмічна.
3. Інтрамуральна.
4. Межуточна.
5. Перехідні форми (матково-трубна, трубно-яєчникова, фімбріальна).

✓ *Яєчникова вагітність*

1. Епіофоріальна - зародок розвивається на поверхні яєчника.
2. Інтрафолікулярна - плідне яйце знаходиться в середині фолікула.

✓ ***Черевна (абдомінальна) вагітність***

1. Первинна - імплантація плідного яйця спочатку проходить на парієтальній брюшині, сальнику, або на іншому органі черевної порожнини.
2. Вторинна - плідне яйце імплантується в черевну порожнину після вигнання його з маткової труби.

✓ ***Інші форми позаматкової вагітності***

1. Шийкова.
2. В рудиментарному розі матки.
3. Інтралігаментарна.

Класифікація позаматкової вагітності

II. За частотою зустрічаємості

✓ *Форми, які зустрічаються часто*

1. Ампулярна.
2. Істмічна.

✓ *Форми, які рідко зустрічаються*

1. Інтерстиціальна.
2. Яєчникова.
3. Черевна вагітність.

III. За характером перебігу захворювання

✓ *Прогресуюча позаматкова вагітність*

✓ *Порушена позаматкова вагітність*

1. Зовнішній розрив плодовмістилиця (яєчника, рудиментарного рогу матки, інтерстиціального відділу маткової труби).
2. Внутрішній розрив плодовмістилиця або трубний аборт (частіше в ампулярній частині труби).

ЕТІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

► Анатомо-фізіологічні фактори (пов'язані з порушенням транспортної функції маткових труб):

- запальні захворювання внутрішніх статевих органів, які призводять до порушення прохідності маткових труб у результаті як анатомічних ушкоджень (спайки, перетяжки, кармани), так і змін скоротливої функції маткових труб (ушкодження нервово-м'язового апарату труби, зміни нейро-ендокринної регуляції тощо);
- хірургічна стерилізація (перев'язка) маткових труб;
- використання внутрішньоматкового контрацептиву (ВМК);
- операції на маткових трубах: сальпінгооваріолізис, фімбріопластика, сальпінго-сальпінго анастомоз, трубно-матковий анастомоз, сальпінгостомія;
- пухлини матки та придатків.

Етіологічні фактори ектопічної вагітності

► Гормональні фактори:

- дисбаланс гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової регуляції;
- індукція овуляції;
- порушення синтезу простагландинів;
- гормональні контрацептиви.

10 Підвищена біологічна активність плідного яйця

ЕТІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

► Трансміграція яйцеклітини та/або сперматозоїдів:

- зовнішня трансабдомінальна міграція яйцеклітини;
- трансабдомінальна міграція сперматозоїдів;
- внутрішня міграція зиготи в маткову трубу з порожнини матки у результаті підвищеної збудливості міометрія.

► Інші фактори:

- ендометріоз, вроджені аномалії матки, патологія яйцеклітини та ін.

Патоморфогенез позаматкової вагітності

Переривання трубної вагітності проходить за рахунок наступних факторів:

- ▶ ендосальпінкс не має трубчатих залоз і не здатний диференціюватись на базальний та функціональний шари;
- ▶ в ендосальпінксі погано виражений підслизовий та сполучнотканинний шари;
- ▶ відсутня децидуальна трансформація ендосальпінкса;
- ▶ тонка м'язова оболонка не здатна витримати дію трофобласта;
- ▶ ектопічний трофобласт має підвищену проліферативну активність, що призводить до руйнування ендосальпінкса.

Патоморфогенез позаматкової вагітності

Під час трубного аборт (локалізація плідного яйця в ампулярному кінці труби) плідне яйце розтягує маткову трубу, що призводить до локального збільшення її розмірів, потоншенню та, можливо, пошкодженню ендосальпінкса. Крім того, ворсинами хоріону руйнуються кровоносні судини з виникненням крововиливів між плідним яйцем та плодовмістилищем. В подальшому виникає внутрішній розрив плодовмістилища та відшарування зародка від стінки маткової труби, що призводить до його загибелі. Антиперистальтичні скорочення міосальпінкса виганяють плідне яйце з просвіту труби в черевну порожнину. Даний процес супроводжується кровотечею.

Розрізняють повний трубний аборт - плідне яйце повністю відділяється від стінки маткової труби та цілком виганяється в черевну порожнину; та неповний трубний аборт - залишається зв'язок між плідним яйцем і фімбріями.

Патоморфогенез позаматкової вагітності

Розрив маткової труби проходить внаслідок проростання її слизової, м'язової та серозної оболонок ворсинами хоріону. При цьому внутрішньоочеревинна кровотеча виникає із-за пошкодження судин труби.

Найбільший ступінь деструкції стінки труби, що супроводжується руйнуванням всіх її оболонок, спостерігається в інтрамуральному (перфорація виникає через 10-16 тиж. після запліднення) та істмічному (перфорація виникає через 4-6 тиж. після запліднення) відділах.

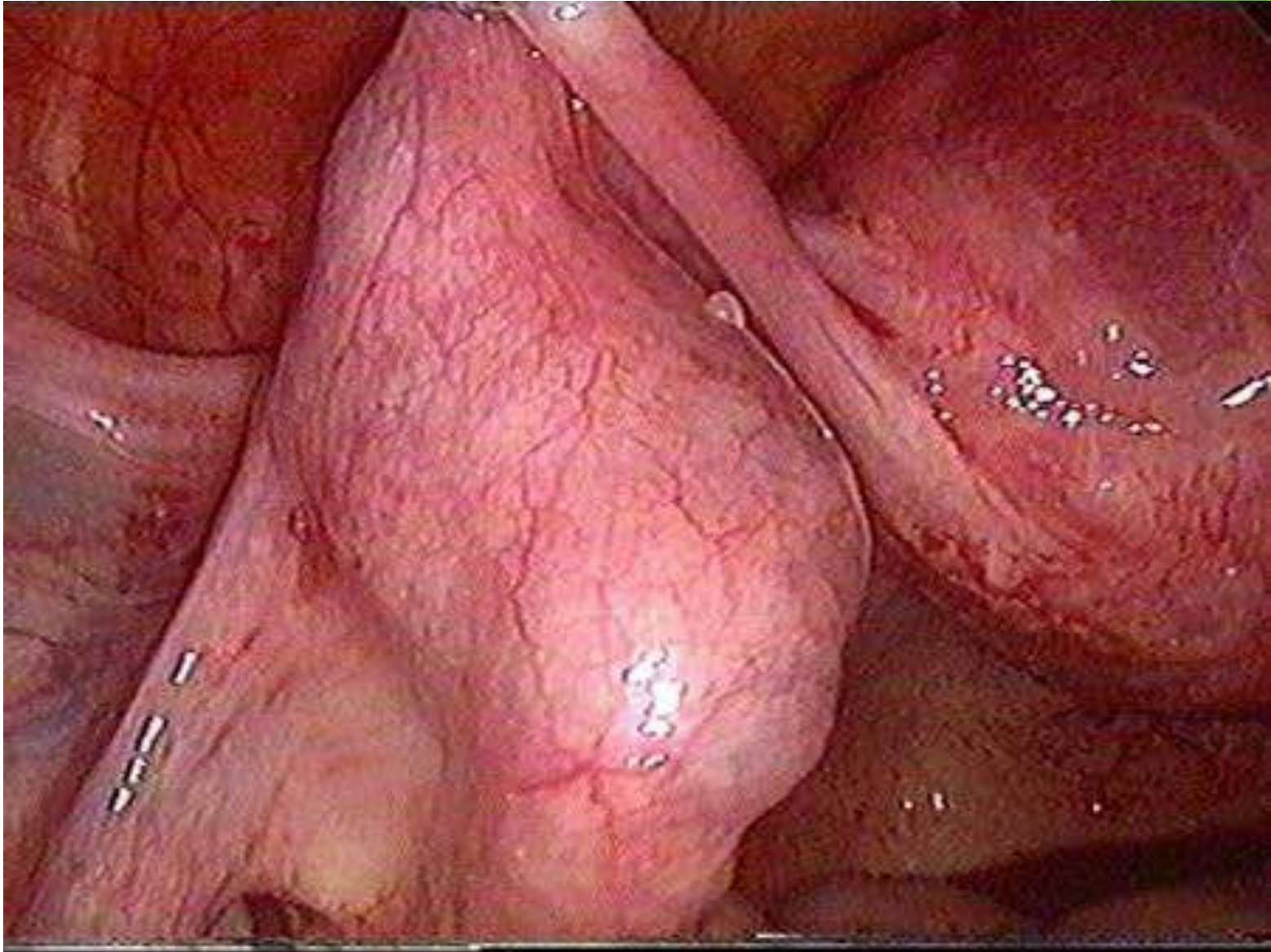
КЛІНІКА ЕКТОПІЧНОЇ ВАГІТНОСТІ

Клінічна картина залежить від стадії розвитку позаматкової вагітності, виду її порушення (розрив труби або трубний аборт), загальної крововтрати та реакції організму.

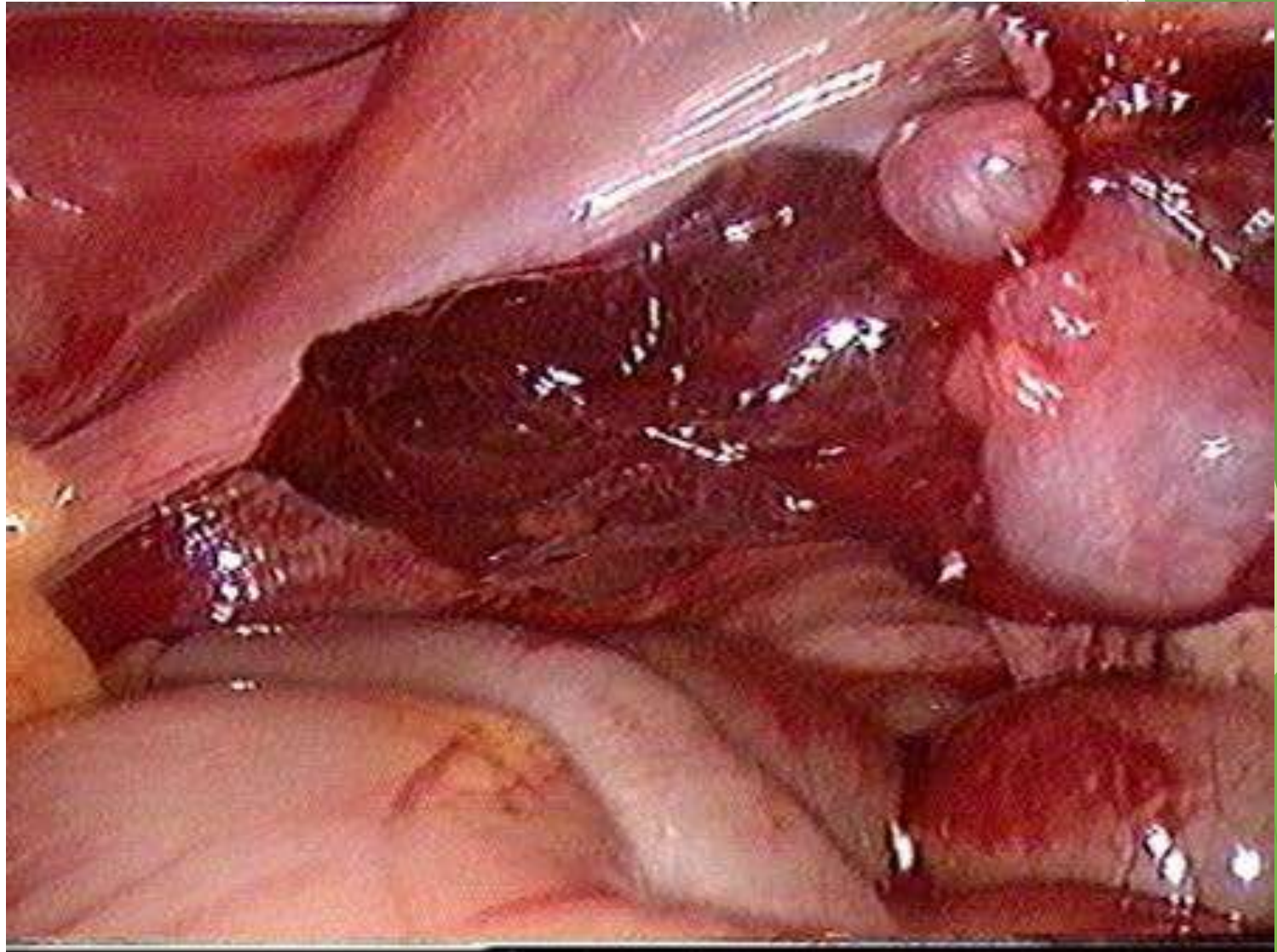
Розрізняють *прогресуючу* та *порушену* трубну вагітність.

Порушення трубної вагітності може проходити за типом *трубного аборт*у або за типом *розриву труби*.

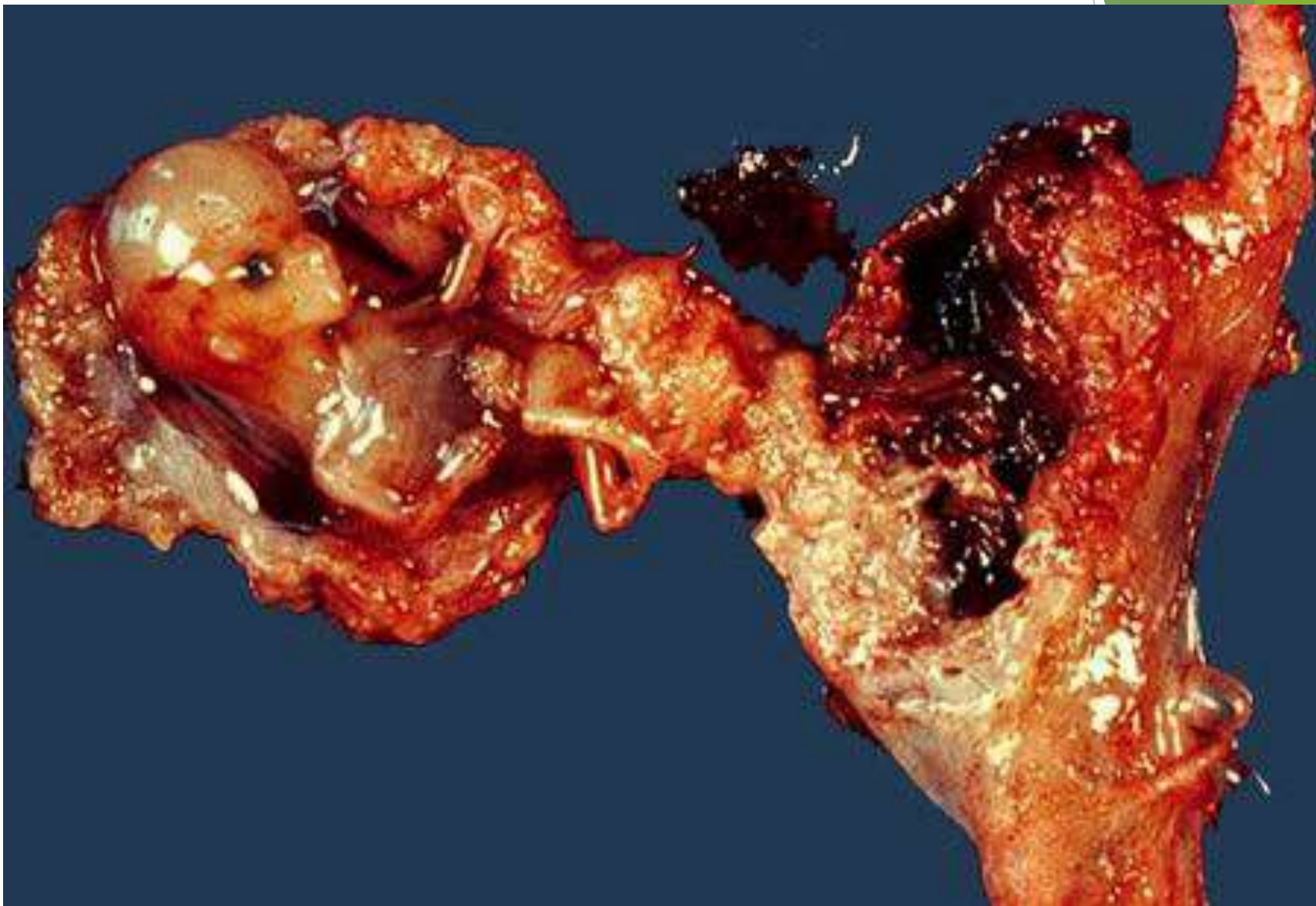
ПРОГРЕСУЮЧА ТРУБНА ВАГІТНІСТЬ



ТРУБНА ВАГІТНІСТЬ, ЩО ПЕРЕРВАЛАСЯ



ВИДАЛЕНА ТРУБА З ПЛОДОМ



ПРОГРЕСУЮЧА ТРУБНА ВАГІТНІСТЬ

- затримка менструації;
- нагрубання молочних залоз;
- нудота;
- смакові зміни.

Бімануально та в дзеркалах: **ціаноз** слизових оболонок піхви та шийки матки. Шийка сплюснута, відмічається часткове **розм'якшення перешийка**. **Матка розм'якшена** та дещо **збільшена** у розмірах. Характерні **кров'янисті маткові виділення**, що обумовлені відторгненням ендометрію у вираженій секреторній фазі.

Головною ознакою даної форми позаматкової вагітності є **відставання розмірів матки** від вірогідного терміну вагітності, **наявність пухлиноподібного утворення** в ділянці придатків матки.

ПОРУШЕНА ТРУБНА ВАГІТНІСТЬ

Для **розриву труби** характерні симптоми внутрішньої кровотечі різної вираженості та симптоми подразнення очеревини. Спостерігається різкий біль у животі, нудота, запаморочення, блідість шкірних покривів, холодний піт, зниження АТ, пульс частішає і слабшає.

Під час гінекологічного дослідження виявляється ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки. Матка дещо збільшена, розм'якшена, рухома, в ділянці придатків визначається пастозність, заднє і одне з бокових склепінь вип'ячені, болючі. Відмічається різка болючість при спробі зміщення матки наперед. Біль іррадіює в пряму кишку.

ПОРУШЕНА ТРУБНА ВАГІТНІСТЬ

Переривання трубної вагітності за типом **трубного аборт** перебігає більш повільно (від кількох днів до кількох тижнів). Основні скарги: переймоподібний біль внизу живота, мажучі темно-коричневі виділення із статевих шляхів.

Під час гінекологічного дослідження - ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки, мізерні кров'янисті виділення з цервікального каналу. Збільшення матки не відповідає терміну вагітності, вона розм'якшена в ділянці перешийка.

ДІАГНОСТИКА ектопічної вагітності

- ❖ Анамнез життя
- ❖ Гінекологічний анамнез
- ❖ Характерні клінічні симптоми
- ❖ Трансвагінальна ехографія
- ❖ Визначення рівня хоріонічного гонадотропіну (ХГ)
- ❖ Визначення рівня прогестерону у сироватці крові
- ❖ Фактор ранньої вагітності (ФРВ)
- ❖ Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви
- ❖ Біопсія ендометрію (феномен Аріас-Стелли, “світлі залози” Овербека)
- ❖ Лапароскопія

ЛІКУВАННЯ трубної вагітності

► Хірургічне лікування

- Радикальні операції (тубектомія)
- Консервативні операції (фімбріальна евакуація, сегментарна резекція, сальпінготомія)

► Консервативне лікування

Консервативне лікування

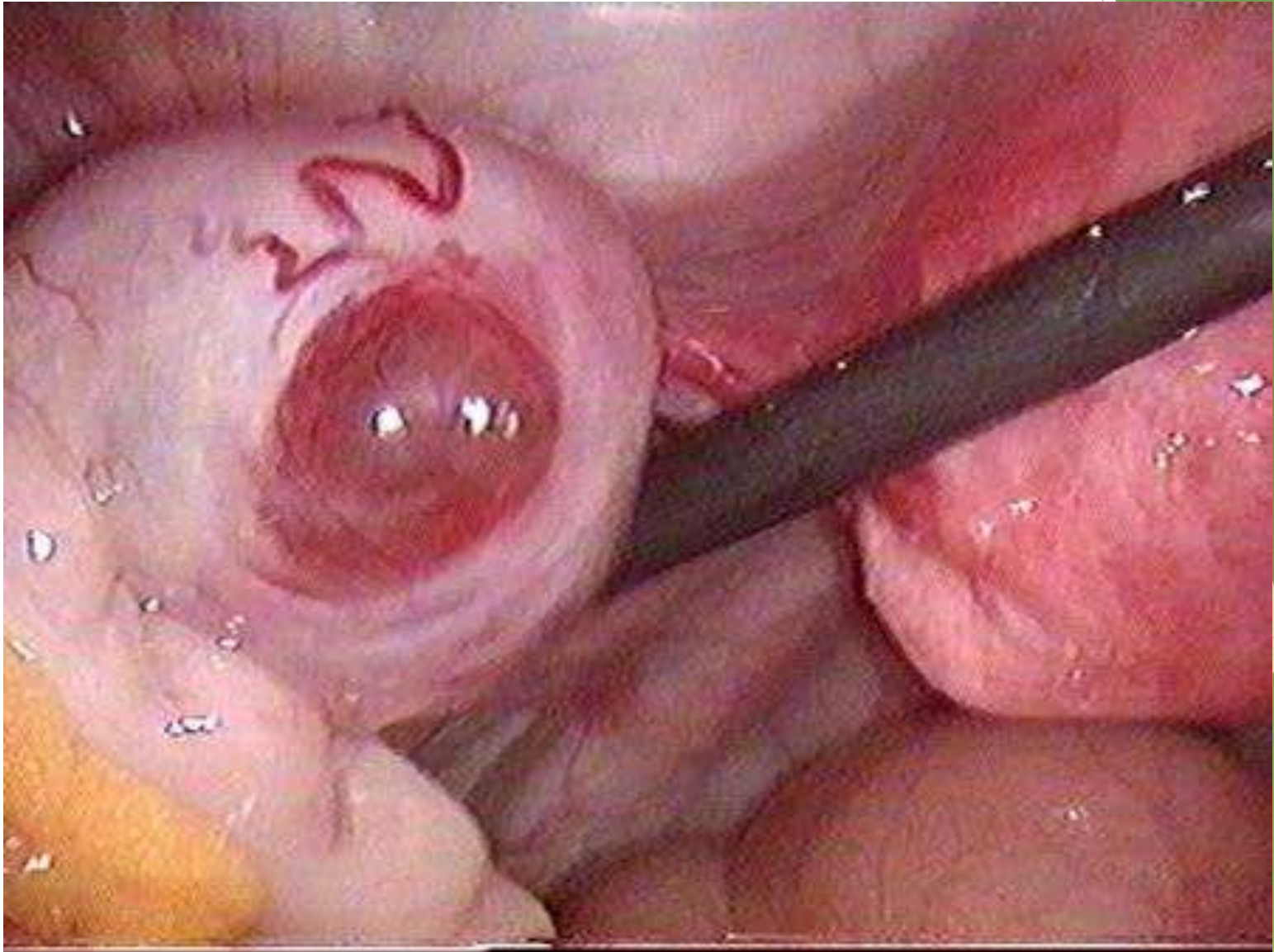
В більшості випадків використовують метотрексат, рідше - цитовар, хлорид калію, гіпертонічний розчин глюкози, препарати простагландинів, міфепристон. Їх застосовують як системно, так і місцево (вводять в маткову трубу через бокове склепіння піхви під контролем УЗД, при лапароскопії або шляхом трансцервікальної катетеризації маткової труби).

МЕТОТРЕКСАТ - антагоніст фолієвої кислоти, порушує синтез ДНК, блокуючи дегідрофолатредуктазу.

16. АПОПЛЕКСІЯ ЯЄЧНИКА

розрив судин граафова пухирця,
строми яєчника, фолікулярної кісти
або кісти жовтого тіла, що
супроводжується порушенням
цілісності тканин яєчника та
кровотечею в черевну порожнину

ДОЗРІЛИЙ ФОЛІКУЛ



Етіопатогенез

Фактори:

- ▶ нейроендокринні порушення
- ▶ запальні захворювання внутрішніх статевих органів
- ▶ застійні процеси в малому тазі
- ▶ варикозне розширення вен яєчників
- ▶ фіз. навантаження, статевий акт в середині менструального циклу або за тиждень до менструації
- ▶ аномалії розташування статевих органів
- ▶ пухлини малого тазу
- ▶ порушення згортальної системи крові
- ▶ травми живота
- ▶ вагінальні дослідження

Клініка

Форми:

▶ Анемічна форма:

- I ступінь - легка (крововтрата до 150 мл)
- II ступінь - середня (крововтрата 150-500 мл)
- III ступінь - тяжка (крововтрата більше 500 мл)

▶ Больова форма

▶ Змішана форма

Діагностика

1. Анамнез життя
2. Анамнез гінекологічний
3. Заг. ан. крові
4. УЗД органів малого тазу
5. Визначення ХГ
6. Пункція черевної порожнини
7. Лапароскопія

ЛІКУВАННЯ АПОПЛЕКСІЇ ЯЄЧНИКА

Лікування апоплексії яєчника залежить від форми патології та ступеня крововтрати.

При больовій формі:

- холод на низ живота;
- антибіотики;
- гемостатичні препарати (дицинон, транексамова кислота, ϵ -амінокапронова кислота, кальцію хлорид);
- вітаміни (B_1 , B_6 , B_{12} , E).

Анемічна форма захворювання потребує негайного оперативного втручання!

Ів. ТРАВМАТИЧНІ ПОШКОДЖЕННЯ МАТКИ

- ятрогенного походження
- кримінального походження

РОЗДІЛ II

ГОСТРІ ПОРУШЕННЯ КРОВООБІГУ В ПУХЛИНАХ ТА ПУХЛИНОПОДІБНИХ УТВОРЕННЯХ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Перекрут ніжки пухлини яєчника

Розрізняють анатомічну та хірургічну ніжку пухлини.

До першої (анатомічної) відносять анатомічні утворення, які підходять до яєчника (брижа, власна та підвішуюча зв'язки яєчника, кровоносні та лімфатичні судини).

Хірургічна ніжка утворюється в результаті перекрута ніжки пухлини яєчника і, окрім анатомічної ніжки, може містити маткову трубу, сальник, петлі кишечника.

КАРТИНА МАЛОГО ТАЗУ



Клініка

перекрута ніжки пухлини яєчника

В залежності від ступеня, швидкості його появи та виду перекрута ніжки пухлини спостерігають наступні клінічні прояви:

■ **Гострий повний перекрут ніжки пухлини яєчника** (сильні нападоподібні болі внизу живота з ірадіацією в нижні кінцівки і спину, нудота, блювота, затримка стула та газів, ↑ температури тіла, блідість шкіри та слизових, холодний піт, частий пульс, гіпотонія, вимушене положення, позитивні симптоми подразнення очеревини)

■ **Частковий перекрут ніжки** (всі клінічні прояви виражені в меншому ступені, ніж при гострому повному перекруті ніжки пухлини яєчника)

перекрута ніжки пухлини яєчника

- **Перекрут незмінених придатків матки** (біль в животі та/або в спині, що поступово посилюється або виникає раптово, гострого, тупого або постійного характеру, спостерігається нудота, блювота, дизуричні явища, відчуття тяжкості внизу живота, тахікардія, субфебрильна температура тіла, при пальпації - помірне напруження м'язів передньої черевної стінки та болючість в нижніх відділах живота, відмічаються симптоми подразнення очеревини, перистальтика кишечника збережена, придатки матки на ураженій стороні збільшені та болючі).

Лікування перекрута ніжки пухлини яєчника

- Термінова операція (доступ за Пфанненштилем або нижня серединна лапаротомія)
- Оцінка можливої злоякісності пухлини (огляд зовнішньої та внутрішньої поверхні капсули пухлини та її вмісту)
- При перекруті ніжку пухлини відсікають, не розкручуючи її при цьому
- В післяопераційному періоді – дезінтоксикаційна та антибактеріальна терапія

ПОРУШЕННЯ ЖИВЛЕННЯ МІОМАТОЗНОГО ВУЗЛА

Лейоміома матки - доброякісна дисгормональна естрогензалежна пухлина, яка складається з м'язової та сполучної тканини і яка в результаті порушення кровопостачання може некротизуватися.

Порушення живлення міоматозного вузла

Види некрозу міоматозного вузла:

- сухий некроз
- вологий некроз
- червоний некроз

Симптоми порушення живлення міоматозного вузла залежать від ступеня порушення кровообігу пухлини. Вузол може некротизуватися частково або повністю.

Клініка порушення живлення міоматозного вузла

■ **Незначна ішемія вузла** - постійний біль в надлобковій ділянці, живіт м'який, приймає участь в акті дихання, симптоми подразнення очеревини негативні, при гінекологічному дослідженні визначається щільна, збільшена та чутлива при пальпації матка з вузлами.

■ **Повний некроз** - гострий біль в животі постійного характеру, що посилюється під час пальпації вузла, з'являється нудота, блювота, підвищення температури тіла, симптоми подразнення очеревини позитивні, бімануально визначається щільна матка, збільшена у розмірах з фіброматозними вузлами, серед яких один чи кілька різко болючих.

Лікування порушення живлення фіброматозного вузла

- радикальні операції (екстирпація матки з придатками або без них, надпівхвова ампутація матки);
- напіврадикальні операції (резекції матки - дефундація, резекція, висока ампутація);
- консервативні операції (міомектомія, енуклеація фіброматозних вузлів, видалення субсерозних фіброматозних вузлів на ніжці);
- ЕМА - емболізація маткових артерій.

РОЗДІЛ III

ГОСТРІ ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ З НАСТУПНИМ РОЗВИТКОМ ПЕРИТОНІТУ

ГОСТРІ ГНІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Піосальпінкс - переважне ураження маткової труби.

Піовар - переважне ураження яєчників.

Тубооваріальна гнійна пухлина - конгломерат гнійних запальних утворень труби та яєчника.

Виділяють 4 основних механізми інфікування придатків матки:

- висхідний (інтраканакулярний);
- лімфогенний;
- низхідний (гематогенна дисемінація бактерій);
- контактний шлях.

КЛІНІКА ГОСТРИХ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

Можна виділити ряд патогномонічних синдромів:

- Інтоксикаційний (інтоксикаційна енцефалопатія, диспептичні розлади, порушення серцево-судинної системи);
- Больовий (наростаючий біль пульсуючого характеру внизу живота або в здухвинних ділянках з ірадіацією в мезогастрій, шийка матки при зміщенні болюча, при перитоніті біль розповсюджується по всьому животі, позитивні симптоми подразнення очеревини);
- Інфекційний (лихоманка, $t > 38^{\circ}\text{C}$, профузний піт, тахікардія, лейкоцитоз, $\uparrow$ ШОЕ, $\downarrow$ моноцитів і лімфоцитів).

КЛІНІКА ГОСТРИХ ГНІЙНИХ *продовження* ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

- Ранній нирковий синдром (протеїно-, еритроцито-, лейкоцито- та циліндрурія, порушення пасажу сечі з розвитком гідронефрозу);
- Синдром гемодинамічних розладів (зниження кількості еритроцитів, зменшення ОЦК);
- Синдром запалення суміжних органів (розповсюдження інтоксикаційного процесу в прилеглі тканини та органи → утворення міжорганних зрощень, формування вторинного апендициту → наростання інтоксикації, динамічної кишкової непрохідності, збільшуються розміри запальної пухлини, розповсюджується зона перитоніальних симптомів → перфорація гнояків → обширний гнійний перитоніт, утворення сечостатевих, кишконостатевих, очеревинностінкових нориць).

КЛІНІКА ГОСТРИХ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

- Синдром метаболічних порушень (порушення білкового, водно-електролітного обміну та кислотно-основного стану). Білковий обмін порушується в зв'язку з гіперметаболізмом, деструкцією тканин, втратою білка з ексудатом, сечею, блювотними масами. Розвивається гіпопротеїнемія, диспротеїнемія зі зменшенням альбумінів, збільшенням α - та γ -глобулінів, порушується азотний баланс. По мірі прогресування процесу розвивається гіперкаліємія, гіпернатріємія, гіпоксія, метаболічний ацидоз, дихальний алкалоз.

ЛІКУВАННЯ

Показання до хірургічного лікування:

- наявність гнійних тубооваріальних утворень, які не піддаються консервативній терапії;
- рецидивуюча гнійна інфекція з тенденцією до генералізації;
- наявність ускладнень.

Фармакотерапевтична підготовка хворих до операції:

- ✓ В-лактамі антибіотики, фторхінолони;
- ✓ інфузійна терапія:
 - полііонні розчини (розчин Рінгера-Локка);
 - плазмозамінники (рефортан або стабізол);
- ✓ антигістамінні препарати;
- ✓ нестероїдні протизапальні препарати.

ПЕЛЬВІОПЕРИТОНІТ

місцевий обмежений перитоніт,
що виникає вторинно внаслідок
інфікування очеревини малого
тазу при серозному чи гнійному
сальпінгіті та гнійних
тубооваріальних утвореннях,
піоварі, піосальпінксі

Клініка пельвіоперитоніту

- різкий біль внизу живота
- $\uparrow t$ тіла до 38-39C°
- нудота, блювота
- пульс частий, слабкого наповнення та напруження
- язик сухий
- живіт не приймає участі в акті дихання, різко болючий в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини позитивні
- перистальтика кишечника послаблена
- лейкоцитоз, різке збільшення ШОЕ
- різкий біль при рухах шийки матки
- нависання склепіння піхви в результаті наявності вільної рідини в малому тазі.

Збудниками частіше за все бувають: гонокок, мікробні асоціації, які включають аеробну та анаеробну флору, хламідії, мікоплазми.

Лікування пельвіоперитоніту

Залежить від стадії захворювання

- ▶ **Хірургічне лікування** для видалення осередку інфекції (у разі перебігу на фоні піосальпінкса, піовара, тубооваріального абсцесу)
- ▶ **Пункція черевної порожнини** для евакуації запальної рідини з порожнини малого тазу
- ▶ **Антибіотики** з урахуванням виду збудника та його чутливості до препаратів
- ▶ **Інфузійно-трансфузійна терапія:**
 - 0,9% розчин NaCl, розчин Рінгера;
 - збалансовані сольові розчини;
 - білкові гідролізати.
- ▶ **Протизапальні препарати**

РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ДИФУЗНИЙ ПЕРИТОНІТ

*процес охоплює від 2 до 5
анатомічних областей
черевної порожнини*

Клініка розповсюдженого перитоніту

■ **Реактивна фаза** (перебіг на фоні збережених компенсаторних механізмів - загальний стан задовільний, підвищується температура тіла, виникає лихоманка, тахікардія, живіт болючий, напружений, позитивні симптоми подразнення очеревини, перистальтика в`яла, пальпація матки та придатків затруднена, заднє склепіння напружене та болюче, в крові - помірний лейкоцитоз, $\uparrow$ ШОЕ)

■ **Токсична фаза** (розвиток проходить на фоні збільшення інтоксикації - тахікардія (до 140 уд/хв) лихоманка, гіпотонія, адинамія хворої, нудота, блювота, пронос, слабкість, язик сухий, обкладений білим нальотом, живіт здутий, болючий, напружений, не приймає участі в акті дихання, перистальтика відсутня, в крові - лейкоцитоз, гіпопротеїнемія, диселектролітемія, порушення КОС)

■ **Термінальна фаза** (проявляється на фоні ураження ЦНС - хвора в`яла, відмічається сплутаність свідомості, галюцинації, маячіння, западіння очних яблук, ціаноз слизових, шкіра сіра, вкрита холодним потом, гіпотонія (можливий колапс), дихання поверхневе, часте, пульс частий, аритмічний, живіт болючий, перистальтика відсутня, олігурія, ознаки ДВЗ-синдрому).

Лікування

складається з 3-ох етапів

- ▶ **передопераційна підготовка** протягом 2-х годин (промивання шлунка, інфузійна терапія, в/в введення антибіотиків)
- ▶ **оперативне втручання** (видалення гнійника, санація черевної порожнини, проведення інтубації кишечника, дренування черевної порожнини під правим та лівим куполом діафрагми та в обох здухвинних ділянках)
- ▶ **інтенсивна терапія в післяопераційному періоді** (санація черевної порожнини через дренажі, антибіотикотерапія, введення інфузійних розчинів, корекція кислотно-основного стану, боротьба з парезом кишечника, антикоагулянти, анальгетики, антигістамінні препарати)

Контрольні запитання для оцінки рівня знань

- ▶ Що являє собою поняття «гострий» живіт?
- ▶ Групи яких захворювань являють собою причину «гострого» живота?
- ▶ Які методи лікування «гострого» живота у гінекологічних хворих?
- ▶ Що таке «анатомічна», а що - «хірургічна» ніжка пухлини яєчника?
- ▶ У чому є особливість оперативного втручання при перекруті ніжки кісти яєчника у вагітної?
- ▶ На підставі яких даних ставиться діагноз некрозу фіброматозного вузла?
- ▶ Які оперативні втручання проводять при некрозі фіброматозного вузла у вагітної?
- ▶ Методи діагностики та лікування гострих гнійних захворювань в гінекології.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

ОСНОВНА

- ▶ Ліхачов В.К. Гінекологія: підручник. - 2-ге видання, оновлене. - Вінниця: Нова Книга, 2021. - 680с.
- ▶ Наказ МОЗ України № 297 від 02.04.2010 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія».- К., 2010.- 315 с.

ДОДАТКОВА

- ▶ Сенчук А.Я. та ін. Невідкладні стани в акушерській практиці. - К.: Фенікс, 2019.- 336с.
- ▶ Ліхачов В.К. Інфекції і запальні захворювання в акушерстві та гінекології: посібник для лікарів/ В.К. Ліхачов- Київ: LAT & K, 2019.- 135 с.
- ▶
- ▶

**ДЯКУЮ
ЗА УВАГУ!**