

Освітній компонент : Гінекологія, репродуктивне здоров'я та планування сім'ї

Освітня програма : Лікувальна справа

Лекція № 8

Тема: Невідкладна допомога в гінекології

План

- Основні види гінекологічних захворювань, які потребують невідкладної допомоги.
- Позаматкова вагітність: причини, класифікація, діагностика, клінічна картина, долікарська невідкладна допомога.
- Апоплексія яєчника: причини, клінічні форми, діагностика, тактика.
- Травми зовнішніх статевих органів, перша медична допомога у разі ушкодження зовнішніх статевих органів, піхви, матки. Показання та протипоказання до транспортування хворих, які потребують невідкладної допомоги.

У гінекологічній практиці трапляються захворювання, що потребують невідкладної допомоги. Передусім це захворювання, що супроводжуються кровотечею: позаматкова вагітність, апоплексія яєчника (внутрішня кровотеча), аборт у ході чи неповний аборт, шийкова вагітність, дисфункційні маткові кровотечі, кровотечі при підслизовій фіброміомі матки, травми статевих органів (зовнішні кровотечі). Невідкладної допомоги вимагають також перекрут ніжки кісточки, розрив піосальпінкса. Нерідко не лише здоров'я, а й життя жінки залежить від того, наскільки швидко і правильно акушерка та фельдшер зорієнтуються в ситуації і застосують оптимальні організаційні та лікувальні заходи.

Позаматкова вагітність

Позаматковою, або ектопічною, називається вагітність, яка настає внаслідок імплантації плідного яйця поза межами порожнини матки.

Позаматкова вагітність — одне із найбільш серйозних гінекологічних захворювань, оскільки переривання її супроводжується значною внутрішньочеревною кровотечею і вимагає надання невідкладної допомоги.

Етіологія. Серед причин, що призводять до порушення транспортування яйцеклітини, а відтак до позаматкової вагітності, основними є *анатомічні зміни* в тканинах маткових труб, що виникають внаслідок *запальних процесів*. Запалення слизової оболонки, її набряк та наявність запального ексудату в гострій та хронічній фазі спричиняють зміни функції маткових труб, пов'язані з утворенням зрощень, спайок, перегинів труби, закриття її ампулярного кінця. Ураження м'язової оболонки та зміни іннервації труб призводять до порушення їх *перистальтики* і затримки просування заплідненого яйця. Значні анатомічні зміни в стінці труби або в навколишніх тканинах спричиняють перенесені аборти, оперативні втручання на органах малого таза. Позаматкова вагітність часто трапляється в жінок з *генітальним інфантилізмом* (звивисті та тонкі труби уповільнюють просування яйцеклітини), ендометріозом, пухлинами матки та її придатків. Підвищують ризик ектопічної вагітності *застосування внутрішньоматкових контрацептивів*, а також *допоміжні репродуктивні технології*. Є наукові дані про те, що токсичний вплив ексудату в трубі при хронічному її запаленні призводить до *прискороного дозрівання трофобласта*, тому активізуються протеолітичні ферменти і імплантація настає до надходження плідного яйця у матку. При сповільненому розвитку трофобласта яйце імплантується в нижніх відділах матки (передлежання плаценти) або поза межами порожнини матки у її шийці (шийкова вагітність).

Класифікація позаматкової вагітності. Залежно від того, де імплантувалось плідне яйце, розрізняють: *трубну вагітність, яєчникову вагітність, черевну вагітність, вагітність у рудиментарному розі матки, а також інтралігаментарну* (між листками широкої зв'язки матки) та *шийкову вагітність*.

У переважній більшості випадків (98,5%) трапляється трубна вагітність: інтерстиціальна — в інтерстиціальній частині труби, істмічна — у перешийку і ампулярна — в ампулярній частині (рис. 9.1).

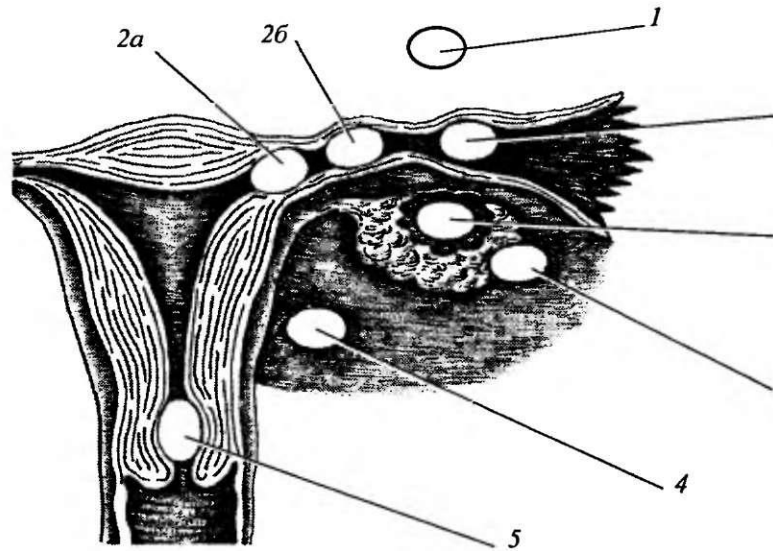


Рис. 9.1. Локалізація плідного яйця при позаматковій вагітності:
1 — черевна, 2 — трубна: 2а — інтерстиціальна; 2б — істмічна;

2в — ампулярна; 3 — яєчникова: 3а — у порожнині фолікула; 3б — на поверхні яєчника;
4 — інтралігаментарна; 5 — шийкова

За клінічним перебігом розрізняють прогресуючу позаматкову вагітність та порушену (трубний аборт, розрив маткової труби, замерла вагітність). Переривання позаматкової вагітності буває за типом трубного аборту та за типом розриву маткової труби.

Перебіг позаматкової вагітності Після імплантації плідного яйця в організмі жінки розпочинаються зміни, притаманні нормальній матковій вагітності: в яєчнику розвивається жовте тіло вагітності, у матці утворюється децидуальна оболонка, під впливом гормонів, що продукує яєчник, матка розм'якшується та збільшується в розмірах, як і має бути при вагітності. Виробляється хоріонічний гонадотропін, який можна виявити відповідними дослідженнями, тест на вагітність — позитивний. У жінки є ознаки вагітності: нудота, зміни апетиту тощо.

Плідне яйце, що імплантувалося в ендосальпінксі, проходить ті самі стадії розвитку, що й за маткової вагітності. Утворюються ворсини хоріона, вони вросли спочатку в слизову оболонку труби, потім, не знаходячи достатніх умов для розвитку, у її м'язову стінку. У міру збільшення плідного яйця стінки труби розтягуються. Ворсини хоріона, проростаючи все глибше й глибше, викликають її руйнування, утворюється шар фібринозного некрозу. За образним висловом Werth, «плідне яйце рис собі в стінці труби не тільки гніздо, а й могилу». Стінка маткової труби не може створити плодові сприятливих умов для розвитку, тому в межах 4-7 тижнів відбувається переривання позаматкової вагітності.

Трубна вагітність переривається за типом розриву маткової труби або за типом трубного викидня, залежно від того, у який спосіб плідне яйце виходить у черевну порожнину. При розриві маткової труби руйнування її стінки відбувається не внаслідок механічного її розтягнення і розриву, а швидше внаслідок роз'їдання ворсинами хоріона. При перериванні за типом трубного викидня відбувається відшарування плідного яйця від стінок труби та його зганяння в черевну порожнину через ампулярний кінець.

Прогресуюча позаматкова вагітність

До появи ознак переривання ектопічну вагітність діагностують порівняно рідко. Важкість діагностики пов'язана з тим, що жодних симптомів, які відрізняли б її від маткової вагітності, немає. Іноді жінок турбують больові відчуття внизу живота. При бімануальному дослідженні можна пропальпувати збільшену трубу, але це не завжди вдається, оскільки лише на кінець другого місяця вона досягає розмірів курячого яйця, а м'якоеластична консистенція утвору не дає можливості чітко його пальпувати.

Диференціальну діагностику прогресуючої позаматкової вагітності проводять із матковою вагітністю ранніх термінів, кістою, кістотою яєчника, гідросальпінксом. При кістоті яєчника збоку від матки так само, як і при прогресуючій трубній вагітності, пальпується еластичний утвір, проте матка при цьому не збільшена, реакція на хоріонічний гонадотропін (ХГ) негативна. Затримки менструації немає. При гідросальпінксі в ділянці придатків також визначають ковбасоподібний еластичний утвір, матка не збільшена, на затримку менструації жінка не вказує, реакція на ХГ негативна.

Утруднення в діагностиці виникають тому, що за рахунок розвитку децидуальної оболонки та гіпертрофії м'язевих волокон деякий час продовжує збільшуватись матка, проте не відповідає розмірам, очікуваним для даного терміну вагітності.

Тести для визначення хоріонічного гонадотропіну в таких випадках дають можливість констатувати наявність вагітності, не даючи відповіді на питання про її локалізацію. У деяких випадках можна встановити діагноз прогресуючої позаматкової вагітності за допомогою ультразвукового дослідження — в порожнині матки при цьому відсутній ембріон. Підтвердити діагноз можна за допомогою лапароскопії.

При підозрі на прогресуючу позаматкову вагітність необхідна термінова госпіталізація для комплексного обстеження і спостереження. Хвора повинна перебувати під ретельним наглядом медичного персоналу. Про найменші зміни в стані жінки, появу нових симптомів, особливо таких, що можуть свідчити про внутрішню кровотечу, слід повідомити чергового лікаря. Відразу ж після прийняття в стаціонар такої пацієнтці необхідно визначити групу крові, а також резус-фактор.

Трубний аборт

Клініка. При трубному аборті відбувається відшарування плідного яйця від стінки труби і вигнання його в черевну порожнину. Клініка трубного аборту проявляється переймоподібним болем, що локалізується в одній із здухвинних ділянок та іррадіює в стегно, пряму кишку, крижі. Іноді виникає біль у надключичній ділянці — френікус-симптом. Якщо плідне яйце виганяється із труби відразу, це іноді супроводжується досить значною крововтратою, запамороченням і непритомністю. Іноді відшарування плідного яйця на деякий час припиняється, біль перестає турбувати, проте невдовзі відновлюється. Це може повторюватися кілька разів, тоді трубний аборт триває довго. Кров, що виливається з труби, накопичується в матково-прямокишковому просторі і викликає відчуття тиску на пряму кишку.

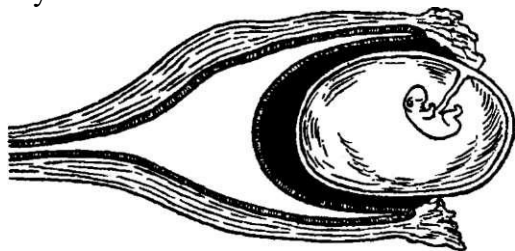


Рис. Трубний викидень

Виділення із зовнішніх статевих органів мають «мажучий» характер, бувають бурого або коричневого кольору. Іноді виходять клапті децидуальної оболонки, а деколи вона виходить цілком, нагадуючи собою відбиток порожнини матки.

Діагностика. Діагноз трубного аборту встановити не завжди легко. Велике значення має ретельно зібраний анамнез. Присутні сумнівні та імовірні ознаки вагітності. Відзначається

анемія, при інтенсивній крововтраті знижується артеріальний тиск, прискорюється пульс. Живіт здутий, участь його в акті дихання обмежена. У бокових відділах живота визначається притуплення перкуторного звуку, при пальпації — симптоми подразнення очеревини.

При огляді дзеркалами виявляють ціаноз слизової оболонки піхви і шийки матки, характерні описані вище виділення. Бімануальним дослідженням можна виявити таке: матка збільшена, проте не відповідає терміну затримки менструації, ділянка перешийка розм'якшена, рухи шийкою болючі. У ділянці придатків з одного боку можна пальпувати утвір еластичної консистенції з нечіткими контурами. Задне склепіння згладжене або навіть випнуте.

Диференціальна діагностика трубного аборт У тих випадках, коли немає значної внутрішньочеревної кровотечі, трубний аборт слід диференціювати з **матковим аборт** у ранньому терміні, загостренням сальпінгоофориту, дисфункціональною матковою кровотечею, перекрутом ніжки кістоми.

При матковому аборті постійний переймоподібний біль, що іррадіює в крижову ділянку, виділення кров'янисті, яскраво- або темно-червоного кольору.

При трубному аборті біль періодичний, переймоподібний, нерідко супроводжується запамороченням, іррадіює у пряму кишку.

Перкусією виявляють притуплення звуку в бокових ділянках живота при позаматковій вагітності та тимпаніт при матковому аборті.

Виділення із вагіни при трубному аборті з'являються після нападу болю, темні, незначні, при матковому виділення яскраві, значні.

Загальний стан жінки при трубному аборті не відповідає зовнішній крововтраті, тоді як при матковому — відповідає.

Бімануальне дослідження при трубному аборті дає можливість виявити поряд з маткою утвір, матка не відповідає терміну вагітності, тоді як при матковому аборті величина матки відповідає терміну вагітності, придатки не змінені.

Від запального процесу придатків матки трубний аборт відрізняється насамперед тим, тим що при запальному процесі немає затримки менструації, реакція на ХГ негативна.

Біль при цьому захворюванні, на відміну від трубного аборт, найчастіше виникає поступово, втрати свідомості не буває. Характер болю не переймоподібний, а постійний.

При трубному аборті підвищення температури до субфебрильної спостерігається лише при тривалому перебігу аборт, тоді як при гострому запаленні придатків матки температура в більшості випадків підвищена.

Певна крововтрата при трубному аборті призводить до зниження АТ, при запальному процесі АТ нормальний. Пульс при аборті прискорений, температура підвищується рідко.

У випадку трубного аборт живіт дещо здутий, але м'який, болючий при пальпації більше з одного боку, у бокових відділах при перкусії спостерігається притуплення перкуторного звуку. При запальному процесі обстеження живота дає подібну симптоматику, проте немає притуплення перкуторного звуку.

Кров'янисті виділення при запальних процесах придатків матки бувають не завжди, а якщо є, то, на відміну від виділень при трубному аборті, вони яскраві, іноді з домішками гною.

При бімануальному дослідженні збільшення матки, пальпація збільшених, з нечіткими контурами придатків з одного боку свідчить швидше про трубний аборт, ніж про запалення придатків, при якому матка не збільшена, а придатки частіше пальпуються збільшеними з обох боків. Нерідко при трубному аборті знаходять нависання заднього склепіння.

Незважаючи на багато відмінностей, які дають можливість провести диференціальну діагностику між трубним аборт і запальним процесом придатків матки, іноді це зробити важко. Важливим у таких випадках є УЗД і, особливо, пункція заднього склепіння. У випадку трубного аборт при пункції отримують кров, а при запальних процесах – серозну рідину або гній.

Якщо діагноз уточнити не вдалось, а загальний стан жінки дозволяє, проводять протизапальну і гемостатичну терапію протягом 5-7 днів із ретельним клінічним спостереженням. При трубному аборті всі явища (біль переймоподібного характеру, кров'янисті виділення) наростають, збільшується утвір у ділянці придатків матки, а при запальному процесі настає покращення.

Із **перекрутом ніжки кістоми** трубний аборт диференціюють на основі того, що при перекруті ніжки кістоми немає затримки менструації, відсутні інші ознаки вагітності, негативна реакція на хоріонічний гонадотропін, відсутні кров'янисті виділення, а також ознаки внутрішньої кровотечі. Пальпацією живота при перекруті ніжки кістоми виявляють симптоми подразнення очеревини. Із додаткових методів використовують УЗД, іноді ендоскопію.

Диференціальна діагностика між трубним абортom та апендицитом. При апендициті хвора не вказує на затримку менструації, немає ознак вагітності. При трубному викидні біль періодичний, переймоподібний, з односторонньою локалізацією. При апендициті він виникає спочатку в епігастрії, а пізніше локалізується у правій здухвинній ділянці, супроводжується нудотою, блюванням, що при трубному аборті буває рідко. Відсутні кров'янисті виділення та ознаки внутрішньої кровотечі. Пальпація живота при гострому апендициті виявляє виражене напруження передньої черевної стінки, тоді як при трубному аборті воно незначне, а нерідко зовсім відсутнє. Наявність симптомів Щоткіна-Блюмберга, Ровзінга свідчить на користь гострого апендициту, а френікус-симптом при цьому відсутній. При бімануальному дослідженні в разі гострого апендициту матка і придатки не збільшені. Якщо від початку захворювання пройшов тривалий час, їх не завжди вдається пальпувати через подразнення тазової очеревини. Інфільтрат пальпується вище, через вагіну, зазвичай, не досягається.

Аналіз крові при апендициті виявляє лейкоцитоз зі зсувом формули вліво, анемії немає, тоді як при трубному аборті картина крові характерна для анемії. Зрештою, діагностичним критерієм може бути пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.

Коли чітку диференціацію провести неможливо, необхідно робити лапаротомію.

Розрив труби

Клініка. Розрив труби частіше розвивається в тому випадку, коли вагітність локалізується в істмічному чи інтерстиціальному її відділі. Клінічна картина проявляється вираженою внутрішньою кровотечею, шоком, гострою анемією.

Захворювання розпочинається після затримки менструації з появи різкого болю внизу живота, який з'являється раптово, локалізується у здухвинній ділянці чи внизу живота, іррадіює у пряму кишку, крижі. Цей біль супроводжується короткочасною непритомністю, після цього хвора залишається млявою, динамічною. При спробі вставати вона може знепритомніти.

- ознаки вагітності: затримка менструацій; потовщення молочних залоз; зміна смакових, нюхових та інших відчуттів, характерних для вагітності; ознаки раннього гестозу (нудота, блювання та ін.); позитивні імунологічні реакції на вагітність;

- ознаки внутрішньочеревної кровотечі: позитивні *симптом Герцфельда* (позив до сечовипускання, що виникає у момент розриву труби) та *симптом Куленкампа* (наявність ознак подразнення очеревини за умови відсутності локального м'язового напруження в нижніх відділах живота); у горизонтальному положенні хворої позитивний двосторонній *френікус-симптом*, а у вертикальному — запаморочення, втрата свідомості; у разі значного гемоперитонеума — *симптом Щоткіна-Блюмберга*; прогресуюче зниження показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту за результатами аналізу крові.

- *порушення загального стану*: слабкість, запаморочення, втрата свідомості, холодний піт, колапс, гемодинамічні порушення; нудота, рефлексорне блювання; метеоризм, однократна діарея.

Діагностика розриву труби:

- збір анамнезу;

- об'єктивне обстеження: блідість шкірних покривів та слизових оболонок, зниження АТ частий, слабкого наповнення, іноді ниткоподібний пульс. Помітне здуття живота, участь його в акті дихання різко обмежена. У бокових відділах живота відзначається притуплення перкуторного звуку. Пальпація живота різко болюча, наявний симптом Щоткіна-Блюмберга;
- спеціальне гінекологічне обстеження:
 - блідість та ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки;
 - розміри матки менші від очікуваних за терміном вагітності;
 - одностороннє збільшення та болючість придатків матки;
 - нависання склепінь піхви (у разі гемоперитонеума);
 - різка болючість заднього склепіння піхви («крик Дугласа»);
 - м'яка консистенція шийки матки;
 - болючість при зміщенні шийки матки;
 - позитивний *симптом Промтова* — при спробі змістити матку догори пальцями, введеними у піхву та пряму кишку, хвора відчуває різкий біль. При апендициті дослідження через пряму кишку викликає біль у ділянці дугласового простору;
 - позитивний *симптом Гофмана* — зміщення матки у протилежний від ураженої труби бік. Під час дослідження матка легко стає в нормальне положення, а після припинення дослідження повертається в попереднє положення;
- тест на ХГ;
- УЗД: відсутність плодового яйця в порожнині матки; візуалізація ембріона поза порожниною матки; виявлення утвору неоднорідної структури в ділянці проекції маткових труб; значна кількість вільної рідини в дугласовому просторі;
- лапароскопія;
- діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки відсутність у вишкребі елементів плідного яйця; наявність у вишкребі децидуальної тканини. Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки виконується за відсутності апарату УЗД та за умови поінформованої згоди пацієнтки на цю маніпуляцію;

Рідкісні форми позаматкової вагітності

До форм позаматкової вагітності, що трапляються рідко, належать: яєчникова вагітність, інтралігаментарна вагітність, черевна вагітність, шийкова вагітність та вагітність у рудиментарному розі матки.

Яєчникова вагітність. Розвивається в разі запліднення яйцеклітини в порожнині фолікула. Частота яєчничкової вагітності складає 0,5-1 % усіх позаматкових вагітностей і посідає друге місце за частотою після трубної вагітності. Єдиним фактором ризику виникнення цього варіанту позаматкової вагітності є використання внутрішньоматкових контрацептивів.

Діагностика. Клінічні ознаки такі самі, як і за трубної вагітності. При порушеній яєчничковій вагітності можлива клініка геморагічного шоку. У 75% випадків яєчничкової вагітності помилково діагностують апоплексію яєчника.

У діагностиці допомагає УЗД органів малого таза, особливо трансвагінальним датчиком, коли плодове яйце візуалізується в ділянці яєчника та позитивна якісна реакція на ХГ.

Лікування. Хірургічне лікування включає видалення плодового яйця та клиноподібну резекцію яєчника. У разі значного ураження яєчника та значної внутрішньочеревної кровотечі виконують оваріоектомію.

Шийкова вагітність — це один з рідкісних та складних варіантів позаматкової вагітності, коли імплантація заплідненої яйцеклітини відбулася в каналі шийки матки.

Діагностика.

1. *Анамнез, у тому числі гінекологічний.* Звертають увагу на кількість абортів та перебіг післяабортного періоду, перенесені запальні захворювання внутрішніх геніталій, у тому числі шийки матки.

2. *Огляд шийки матки в дзеркалах.* Візуалізація ціанотичної бочкоподібної шийки матки.

3. *Обережне бімануальне гінекологічне обстеження.* Матка разом із шийкою у вигляді «піскового годинника».

4. *Ультразвукове дослідження органів малого таза.* Ультразвукові ознаки шийкової вагітності: відсутність плідного яйця в порожнині матки; гіперехогенність ендометрія (децидуальна тканина); матка у вигляді піскового годинника; розширення каналу шийки матки; плідне яйце в каналі шийки матки; плацентарна тканина в каналі шийки матки; закрите внутрішнє маткове вічко.

Диференціальна діагностика. Шийкову вагітність диференціюють із самовільним абортom, міомою, раком шийки матки, випадінням субмукозної міоми на ніжці, трофобластичною пухлиною, передлежанням та низьким розташуванням плаценти. УЗД дає змогу досить чітко провести диференційну діагностику, виявити відмінності між шийковою вагітністю та іншою акушерсько-гінекологічною патологією.

Лікування. У разі діагностованої шийкової вагітності — категорична відмова від проведення вишкрібання стінок порожнини матки, яке може призвести до розвитку профузної кровотечі. Метод лікування шийкової вагітності — хірургічний (екстирпація матки).

Черевна вагітність буває первинна та вторинна. При первинній плідне яйце імплантується безпосередньо в черевній порожнині — на очеревині, сальнику, петлях кишечника, печінці. Вторинна черевна вагітність розвивається в результаті реімплантації в порожнині малого таза плідного яйця, що вийшло з маткової труби внаслідок трубного викидня. Черевна вагітність може перериватися у ранні терміни, призводячи до «гострого живота», але описані випадки доношування її до кінця. Плід пальпується безпосередньо під черевною стінкою, чітко прослуховується його серцебиття, дещо збільшена матка визначається окремо від плода. Можливе народження живої доношеної дитини. Операція полягає у видаленні плоду та дитячого місця оперативним шляхом, причому виникають значні технічні труднощі, пов'язані з відділенням плаценти від внутрішніх органів.

Міжзв'язкова (інтралігаментарна) вагітність. Якщо при трубній вагітності ворсини хоріона ростуть не в бік черевної порожнини, а в бік широкої зв'язки матки, розшаровуючи її, плідне яйце потрапляє в простір між листками lig. latum uteri і продовжує розвиватися між ними. Плідне яйце, захищене листками широкої зв'язки, може розвиватися до пізніх термінів або навіть доношуватись, проте значно частіше відбувається переривання такої вагітності в терміні 2-3 місяців. При перериванні утворюється велика гематома, а якщо листки широкої зв'язки руйнуються внаслідок проростання ворсин хоріона, виникає кровотеча в черевну порожнину.

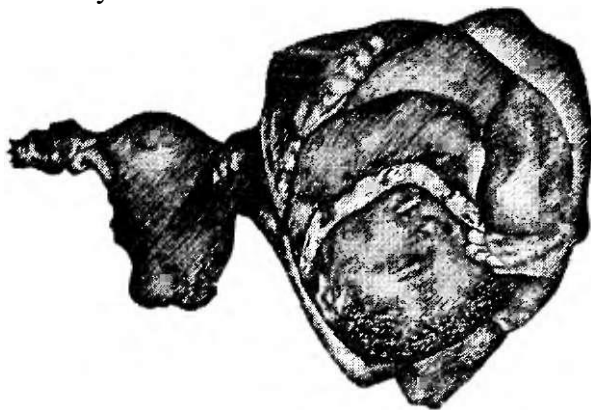


Рис. Доношена інтралігаментарна вагітність

Вагітність у рудиментарному розі матки. Зачатковий (рудиментарний) ріг матки може мати сполучення з основною порожниною, у такому випадку туди може потрапити запліднена яйцеклітина та настати вагітність. Прогресуюча вагітність особливої симптоматики не дає. При пальпації визначається пухлиноподібний утвір, зв'язаний з маткою, іноді на ніжці, рухомий, не болючий. М'язевий шар рудиментарного рогу розвинутий недостатньо, порівняно з міометрієм, але значно краще порівняно зі стінкою

маткової труби, тому вагітність у рудиментарному розі переривається в пізніші терміни. Крововтрата при такій локалізації ектопічної вагітності буває значною, тому дуже важливо швидко транспортувати жінку в лікувальний заклад, діагностувати захворювання та прооперувати хвору.

Лікування позаматкової вагітності

Рання діагностика допомагає зменшити кількість ускладнень і надає можливість застосовувати альтернативні методи лікування.

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.

У разі вираженої клінічної картини порушеної ектопічної вагітності, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання в найкоротші терміни лапаротомічним доступом.

Якщо клінічна картина стерта, немає ознак гіповолемії та внутрішньої кровотечі — проводять УЗД органів малого тазу і/або лапароскопію.

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.

Застосовують комплексний підхід до лікування жінок з позаматковою вагітністю, який включає:

- оперативне лікування (сальпінготомія, сегментарна резекція маткової труби, сальпінгектомія);
- боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою;
- ведення післяопераційного періоду;
- реабілітацію репродуктивної функції.

Оперативне лікування проводять як лапаротомним, так і лапароскопічним доступом. До переваг лапароскопічних методик належать: скорочення тривалості операції; скорочення тривалості післяопераційного періоду; скорочення тривалості перебування в стаціонарі; зменшення кількості рубцевих змін передньої черевної стінки; косметичний ефект.

Важливе значення має реабілітація хворої в післяопераційному періоді — фізіотерапія, введення біостимуляторів. Після проведення органозберігаючих операцій необхідно подбати про відновлення прохідності прооперованої труби шляхом гідротубації. Бажано провести 2-3 курси реабілітаційної терапії.

На догоспітальному етапі в разі порушеної позаматкової вагітності необхідно провести інфузійну терапію, ввести протишовкові препарати покласти холод на низ живота та негайно госпіталізувати у стаціонар.

Апоплексія яєчника — це крововилив у паренхіму яєчника, який супроводжується кровотечею в черевну порожнину.

Причини апоплексії чітко не встановлені. Вона може розвиватись в будь-який день оваріально-менструального циклу чи після затримки менструації, але частіше в середині циклу. Провокуючими чинниками можуть бути статевий акт, травма живота, оперативне втручання, механічне стискання судин пухлиною таза.

Клініка. Захворювання розпочинається раптово, появою гострого болю, частіше в одній зі здухвинних ділянок, який невдовзі поширюється на весь живіт та іррадіює в пряму кишку, пахову ділянку, крижі, ногу. З'являються симптоми внутрішньої кровотечі, шок із втратою притомності. Температура тіла нормальна. При пальпації живота відзначають його здуття, болючість у нижній половині з одного або з обох боків.

Діагностика. Попередній діагноз встановлюють на основі ретельно зібраного анамнезу, скарг. Враховують початок захворювання, дані об'єктивного обстеження, а також вагінального дослідження.

Бімануальне дослідження дає можливість установити гінекологічну природу захворювання. Констатують нависання (у випадку сильної кровотечі) і болючість вагінальних склепінь. Зміщення шийки спричиняє сильний біль. Матка здебільшого нормальних розмірів, а в ділянці придатків з одного боку визначається болючість, збільшений, нерідко кістознозмінений яєчник.

Часто при апоплексії встановлюють діагноз позаматкової вагітності, тому що симптомів, характерних для апоплексії, немає.

Диференціальна діагностика проводиться із позаматковою вагітністю, апендицитом; здійснити її необхідно, оскільки при позаматковій вагітності оперативне втручання обов'язкове, тоді як при апоплексії — не завжди.

При диференціальній діагностиці апоплексії яєчника з позаматковою вагітністю звертають увагу на те, що при апоплексії немає ознак вагітності. Позаматкова вагітність частіше виникає після затримки менструації (не завжди!). Біль в обох випадках виникає різко, іррадіює в ті ж ділянки, але при позаматковій вагітності виражений френікус-симптом, тоді як при апоплексії він трапляється рідко.

При апоплексії менше виражені перитонеальні явища, а також симптоми внутрішньої кровотечі. Проте чітких критеріїв, за якими можна відрізнити апоплексію яєчника від порушеної позаматкової вагітності, особливо якщо вона переривається за типом розриву труби, немає. Тому тактика повинна визначитися загальним станом хворої.

Щодо диференціальної діагностики з гострим апендицитом, треба пам'ятати, що при апендициті біль частіше починається з епігастральної ділянки, виражені нудота, блювання, відсутні ознаки внутрішньої кровотечі. При дослідженні живота спостерігають напруження передньої черевної стінки та позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга.

Лікування. За відсутності виражених ознак внутрішньої кровотечі можна проводити консервативне лікування — холод на низ живота, кровоспинні засоби. Після затихання гострих явищ призначають фізіотерапію.

У разі вираженої внутрішньої кровотечі показане оперативне втручання, характер якого залежить від змін у яєчнику. Якщо є велика гематома, тканина яєчника вся зруйнована крововиливами, його видаляють. У разі невеликої гематоми проводять резекцію яєчника. При госпіталізації у стаціонар жінки з підозрою на апоплексію яєчника слід негайно визначити групу крові, резус-фактор, виміряти артеріальний тиск, зробити клінічний аналіз крові. У тому випадку, коли проводять консервативне лікування, жінка повинна бути під постійним ретельним наглядом медичного персоналу і при найменшому погіршенні стану здоров'я медсестра чи акушерка повинні повідомити про це лікаря.

Травми жіночих статевих органів

Пошкодження зовнішніх статевих органів можуть спостерігатись у вигляді забою, гематом, підшкірних крововиливів, що нерідко супроводжуються пошкодженням шкіри. Найчастіше ці пошкодження є результатом травми — падіння, ударів. У сільській місцевості спостерігаються травми в результаті ударів рогами домашніх тварин. Ці травми можуть супроводжуватись рваними ранами, що нерідко проникають глибоко в тканини, іноді пошкоджують вагіну і навіть пряму кишку. При тяжких травмах одночасно пошкоджуються уретра, сечовий міхур, а також кістки таза. У разі пошкодження вагіни травма може проникати в черевну порожнину. Дуже небезпечні розриви бокових стінок вагіни, оскільки в цих місцях проходять вагінальні гілочки маткових артерій.

Клінічно травма проявляється болем, появою на місці ушкодження гематоми синюшного кольору із багровим відтінком. У випадках значної внутрішньої кровотечі розвивається картина геморагічного шоку. Кровотечі можуть супроводжуватись анемією. При розриві клітора кровотеча може бути особливо масивною. Іноді трапляється занесення в статеві органи сторонніх предметів. Особливо часто таке буває у дівчаток віком до 10 років. Дорослі

жінки можуть вводити в матку катетери, зонди та інші предмети з метою переривання вагітності. У таких випадках часто виникають перфорація матки, кровотеча, тому жінка звертається за медичною допомогою. Якщо немає пошкодження статевих органів, наявність стороннього тіла викликає запальний процес, з'являються гнійні виділення з піхви, часом з домішками крові. Виявити стороннє тіло в дорослих можна за допомогою огляду у дзеркалах, у дітей слід використати обережне ректальне дослідження та вагіноскопію.

Діагностика ґрунтується на огляді. Якщо є підозра на травму сусідніх органів, проводять катетеризацію сечового міхура, цистоскопію. Допомогти в діагностиці сторонніх тіл у вапні та у матці допоможе ультразвукове дослідження.

Лікування. На травмовані тканини накладають шви. У випадку наростання гематоми її розкривають, перев'язують судини, що кровоточать, і дрениують. У разі необхідності проводять гемотрансфузію. Розриви шийки, вагіни, матки, пов'язані з пологовим актом, подано в курсі акушерства.

Долікарська допомога полягає у накладанні притискуючої пов'язки, тампонаді вагіни, призначенні протиправцевої сироватки й антибіотиків.

Література

1. Грищенко В.І., Щербини М.О. Гінекологія: підручник. — К.: Медицина, 2007.
2. Назарова І.Б., Пісарєв А.А., Михайлов О.В. Медсестринство в гінекології: навч. посіб. — К.: Медицина, 2010. — 248 с.
3. Степанківська О.В., Щербина М.О. Гінекологія: підручник. — К.: Здоров'я, 2010.
4. Хміль С.В. Гінекологія: підручник. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2006.
5. Хохліч Т.І. Практикум з гінекології. — К.: Здоров'я, 2000. — 200 с.