

ПАТОЛОГІЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ І СУМІЖНИХ ОБЛАСТЕЙ В СИМПТОМОКОМПЛЕКСІ «ГОСТРОГО ЖИВОТА»

Діагноз гострого живота (ГЖ), що звичайно встановлюють значній групі хворих, поступаючих до стаціонару з різних причин і потребуючих швидкої допомоги, поєднує збірні поняття подібні за клінічною картиною та прогнозом. Проте, вже за статевою ознакою можна передбачити суттєві відмінності синдрому, зумовлені особливостями фізіології і патології жіночого організму в різні періоди життя. Зокрема, велику вагу мають відомості про менструальний цикл (порушення, тривала аменорея, тощо). На допомогу іноді приходять діагностичні афоризми. Так, слабкість, запаморочення, аж до втрати свідомості, нудота і блювота у жінок репродуктивного віку не виключає вагітності, а в періменопаузальному періоді можуть бути пов'язані з серцево-судинною патологією, крововтратою, тощо. Приєднання симптому абдомінального болю може свідчити про велику кількість станів, що вимагають диференціальної діагностики і термінового втручання.

Лікар, що обстежує пацієнта з підозрою на ГЖ, повинен зосередити увагу на істотних, добре перевірених клінічних ознаках і пам'ятати, що важливою є не їх кількість, а якість: симптоми захворювання треба не обліковувати, а виважувати і аналізувати. Тому, правила Коупа і Лежара, що орієнтували лікаря на термінове хірургічне втручання, не втратили своєї цінності і в даний час.




Правило Коупа:

Гострий біль в животі, що виник на тлі повного благополуччя і триває більше шести годин.

 **Правило Лежара:**

Три ознаки, що виникли і підсилюються протягом найближчої години спостереження - біль, тахікардія, симптоми подразнення очеревини.

 Незалежно від спеціалізації лікаря, підозра на ГЖ вимагає вичерпної інформованості відносно причин, механізмів розвитку симптомів, засобів диференціальної діагностики і першочергових заходів.



Виділяють наступні основні групи причин:

1. ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ (ШКТ):

- 1.1 гострий апендицит
- 1.2 гострий холецистит
- 1.3 гострий панкреатит
- 1.4 кишкова непрохідність
- 1.5 перфоративна виразка шлунка і 12-палої кишки
- 1.6 ущемлена грижа
- 1.7 особливості перебігу патології органів черевної порожнини, що входять в категорію «гострий живіт», під час вагітності

2. ГЖ, зумовлений захворюваннями жіночих статевих органів.

- 2.1 порушена позаматкова вагітність
- 2.2 апоплексія яєчника

- 2.3 перекрут і розрив капсули кісти (кістоми) яєчника
- 2.4 порушення кровопостачання міоматозного вузла матки
- 2.5 деструкція злоякісної пухлини
- 2.6 ендометріоз яєчників
- 2.7 гострі запальні захворювання внутрішніх статевих органів
- 2.8 перитоніт, пельвеоперитоніт, септичний шок

3. ГЖ, зумовлений травматичними пошкодженнями ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ:

- 3.1 травматичні пошкодження зовнішніх статевих органів побутового, виробничого і насильницького характеру
- 3.2 ятрогенні пошкодження
- 3.3 кримінальні втручання

4. ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ, РОЗТАШОВАНИХ ПОЗА ЧЕРЕВНОЮ ПОРОЖНИНОЮ, ЩО СИМУЛЮЮТЬ ГЖ:

- 4.1 ниркова коліка
- 4.2 захворювання легень і плеври
- 4.3 інфаркт міокарда
- 4.4 діабет



КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ ГЖ:

1. СВІДОМІСТЬ ЗБЕРЕЖЕНА, ПОРУШЕНА, ВТРАЧЕНА, КОМА:

Для оцінки важкості стану застосовуються бальні шкали

APACHE II, Глазго (Glasgow Coma Scale (GCS))

ШКАЛА ГЛАЗГО (GLASGOW COMA SCALE (GCS))

(Запропонували Тіздейл та Дженет (Teasdale, Jennett) 1974р.)

	ПАРАМЕТР	ЗНАЧЕННЯ	ОЦІНКА
A	РОЗПЛЮЩЕННЯ ОЧЕЙ	Спонтанне	4
		На голос	3
		На біль	2
		Не розплющує	1
B	АКТИВНІСТЬ РУХІВ	Виконує словесні команди	6
		Свідоме реагування на біль	5
		Несвідоме реагування на біль	4
		Патологічне згинання на біль	3
		Патологічне розгинання на біль	2
		Не реагує на біль	1
C.	ВІДПОВІДІ НА ЗАПИТАННЯ	Орієнтовані	5
		Дезорієнтовані	4
		Окремі незрозумілі слова	3
		Окремі звуки	2
		Відсутність звуків	1
	СУМА БАЛІВ	A+B+C	

ОЦІНКА СТАНУ (ЛІХТЕРМАН, 1994)

GCS	3 – 7	8 – 12	13 – 15
Стан	Важкий	Серед.ст. важкості	Легкий



2. БІЛЬ:

- характер
- інтенсивність
- періодичність
- локалізація

3. КОНФІГУРАЦІЯ ЖИВОТА:

- м'язовий захист
- пухлина
- вагітність

4. СИМПТОМИ ПОДРАЗНЕННЯ ОЧЕРЕВИНИ (симптом Щьоткіна-Блумберга і інш.).

5. ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ:

- блювота
- нудота
- затримка газів і стільцю

6. ПО МІРІ ПРОГРЕСУВАННЯ ВАЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ:

- зміна загального стану
- зміна температури тіла
- зміна пульсу
- зміна частоти дихання
- зміна показників гемодинаміки: АТ, ЧСС, ЦВТ, капілярний пульс
- зміна показників інтраабдомінального тиску



АЛГОРИТМ ДІАГНОСТИКИ ГЖ

☝ Варто уваги, що стан ГЖ та його найбільш виразні ознаки менш властиві гінекологічній патології, тому алгоритм подано у відповідності зі строками виникнення і виразністю симптомів абдомінальної катастрофи.

1. ОГЛЯД ХВОРОГО:

- А. ВІЗУАЛЬНИЙ ОГЛЯД - перевірити наявність здуття живота.
- Б. АУСКУЛЬТАЦІЯ СТЕТОСКОПОМ.
- В. ПЕРКУСІЯ.
- Г. ПАЛЬПАЦІЯ.

2. ЛОКАЛІЗАЦІЯ ОБЛАСТІ БОЛЮ ДОПОМАГАЄ З'ЯСУВАТИ ЇЇ ЕТІОЛОГІЮ:

- А. ЛІВИЙ ВЕРХНІЙ КВАДРАНТ - спленомегалія, виразка шлунка, біль у стравоході.
- Б. ПРАВИЙ ВЕРХНІЙ КВАДРАНТ - печінка, захворювання жовчних шляхів, виразка 12-палої кишки.
- В. ЛІВИЙ НИЖНІЙ КВАДРАНТ - дивертикуліт, камені в нирках, захворювання яєчників і труб.
- Г. ПРАВИЙ НИЖНІЙ КВАДРАНТ - апендицит, запалення Меккельова дивертикула, захворювання додатків матки.

3. ІНШІ КОМПОНЕНТИ ОГЛЯДУ:

- А. ПАЛЬПАЦІЯ УТВОРЕНЬ.
- Б. ОГЛЯД НА НАЯВНІСТЬ ГРИЖІ.
- В. ОГЛЯД ПОПЕРЕКОВОЇ ОБЛАСТІ.
- Г. ГИПЕРЕСТЕЗІЇ.
- Ж. СПЕЦІАЛЬНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ: ректальне і вагінальне, рентгенографія, УЗД, гастрофіброскопія, лапароскопія, діагностичний лаваж черевної порожнини, вимірювання показників інтраабдомінального тиску.

4. КЛЮЧОВІ МОМЕНТИ:

- А. ПРОВОДЬТЕ ПАЛЬПАЦІЮ БОЛЬОВОЇ ОБЛАСТІ В ОСТАННЮ ЧЕРГУ.
- Б. АУСКУЛЬТАЦІЯ ПЕРЕДУЄ ПАЛЬПАЦІЇ.

В. ЧАСТІ ПОВТОРНІ ОГЛЯДИ.

Г. РЕКТАЛЬНІ І ВАГІНАЛЬНІ ОБСТЕЖЕННЯ.

5. РІЗКИЙ БІЛЬ В ЖИВОТІ У ПОЄДНАННІ З ШОКОМ - ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА:

А. РОЗРИВ АНЕВРИЗМИ АОРТИ.

Б. РОЗШАРУВАННЯ АНЕВРИЗМИ.

В. ТРОМБОЗ СУДИН БРИЖІ.

Г. КОРОНАРНИЙ ТРОМБОЗ.

Д. ВНУТРІШНЯ КРОВОТЕЧА.

Ж. ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ.

6. ПЕРШОЧЕРГОВІ ЗАХОДИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ:

А. ЗАБОРОНА НА ПРИЙОМ МЕДИКАМЕНТІВ І РІДИНИ - до повного завершення обстеження хворого.

Б. ПРИ НАЯВНОСТІ СИМПТОМІВ ШОКУ - внутрішньовенне вливання рідини - ізотонічний р-н (дорослим - 1-2 л., дітям - 20 мл/кг електролітів), гіпертонічні розчини глюкози і хлориду натрію, штучні колоїдні розчини (гідроксиетилловий крохмаль, декстрини).



**Результати лапароцентезу
і/або діагностичного лаважу
черевної порожнини**

Позитивні (+) - підлягають операції

- 10мл незгорненої крові
- присутність їжі, жовчі
- еритроцити > 100 000/мм³
- лейкоцити > 500/мм³
- амілаза > 175 одиниць/dl

Негативні (-) - не підлягають операції

- < 10мл незгорненої крові
- еритроцити < 50 000/мм³
- амілаза < 75 одиниць/dl

Сумнівні (+), (-) - підлягають динамічному спостереженню

- еритроцити > 50 000- < 100 000/мм³
- лейкоцити >100 - <500/мм³
- амілаза > 75 - <175 одиниць/dl

Вимірювання показників інтраабдомінального тиску:

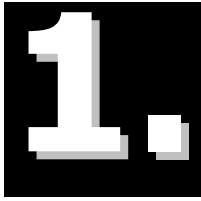
У останні роки багатьма дослідниками при гострій патології в черевній порожнині виділяють синдром абдомінальної компресії (**САК**) або синдром черевної порожнини (**ACS - abdominal compartment syndrome**), який виникає при гострому збільшенні інтраабдомінального тиску (**IAT** або **IAP intraabdominal pressure**).

Насамперед реагують до **IAT**: серцево-судинна, легенева і сечовивідна системи.

ЦЕ ВИРАЖАЄТЬСЯ В:

1. Зменшенні хвилиного серцевого викиду з подальшим збільшенням тиску в дихальних шляхах, внаслідок зменшення розтяжності легеневої тканини, при цьому кровоток до всіх інтраабдомінальних органів (за можливим винятком наднирника) зменшується і як результат - виникає недостатня оксигенація артеріальної крові з розвитком гіпоксії тканин.
2. Розвитку олігурії і анурії з боку сечовивідної системи.

✍ **МЕТОДИКА ВИМІРЮВАННЯ ІАТ:** оскільки сечовий міхур це внутрішньочеревний орган і він може вміщати до 100 мл рідини без збільшення тиску, при збільшені ІАТ це передається по дренажу сечової системи. При методиці вимірювання ІАТ 50 мл стерильного фізіологічного розчину вливається в сечовий міхур через катетер Фолея з подальшим підключенням основного каналу катетера до апарату Вальдмана, Ріва-Роччі або до іншого вимірюючого тиск приладу з встановленням нульової відмітки датчика на рівні лонного зчленування.



ЗАХВОРЮВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ (ШКТ)

1.1 Апендицит - гостре запалення апендикулярного відростка



КЛАСИФІКАЦІЯ ФОРМ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ:

- катаральний
- флегмонозний
- гангренозний
- перфоративний

ФОРМИ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

- апендикулярний інфільтрат
- розлитий перитоніт
- локальні абсцеси в черевній порожнині
- позачеревна флегмона
- пілефлебіт

ЧАСТОТА:

- 40 на 10.000 населення.

КЛІНІКА:

- гострий початок
- локалізація болю в правій здухвинній області
- с-м Кохера - поява болю з початку в епігастральній області з переміщенням в праву здухвинну область
- змушене положення на правому боці
- нудота і блювота на початку захворювання
- нездужання
- підвищення температури, іноді до 38°
- лейкоцитоз зі зсувом ліворуч

ДІАГНОСТИКА:


- відставання в акті дихання нижніх відділів живота
- кашльовий симптом (Караванова) - посилення болю при кашлі
- напруження м'язів (дефанс), больові відчуття у правій здухвинній області, симптом подразнення очеревини (с-м Щьоткіна-Блюмберга)
- посилення болю в правій здухвинній області при положенні на лівому боці (с-м Ситковського)
- посилення болю в правій здухвинній області при переміщенні поштовху зліва-на-право по ходу поперечно-здухвинної кишки (с-м Ровзінга)
- пахово-каліточний симптом (с-м Кримова) – посилення болю при пальпації очеревини через паховий канал
- очеревинно-пупковий (с-м Думбадзе) – посилення болю при пальпації через пупок
- с-м Бартольє-Міхельсона - посилення болю при пальпації на лівому боці

- с-м Воскресенського - біль в правій здухвинній області при проведенні від підребер'я донизу
- с-м Образцова – посилення болю при пальпації в правій здухвинній області і одночасному піднятті правої випрямленої ноги (участь в запальному процесі m. Pso-psoas)
- с-м Коуна - посилення болю при ротації правого тазостегнового суглоба (участь в процесі m. obturatorius)

АПЕНДИКУЛЯРНИЙ ІНФІЛЬТРАТ:

Має місце у 0,3-0,5% хворих гострим апендицитом, які не були своєчасно прооперовані. Виникає на 3-4 день в області, хробакоподібного відростка пальпується щільне больове утворення, підвищується температура до 38-38,5°, має місце помірний лейкоцитоз. Без нагноєння розсмоктується за 3-4 тижні.

ЛІКУВАННЯ:

- Лід, антибіотики на протязі 5 днів, потім розсмоктуюча терапія.
- Апендектомія виконується в холодному періоді, після розсмоктування інфільтрату.
- При абсцедуванні - дренажування гнійника ретроперитонеально, при розвитку ГЖ - апендектомія тільки при вільному розташуванні відростка.
- При наявності короткої культі - не накладати кисет, перитонізувати окремими швами. 

1.2 Гострий холецистит



КЛАСИФІКАЦІЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ:

I. Неускладнений холецистит:

1. Катаральний холецистит (калькульозний або безкам'яний), первинний або загострення хронічного рецидивуючого.
2. Деструктивний холецистит (калькульозний або безкам'яний), первинний або загострення хронічного рецидивуючого.
 - а) флегмонозний, флегмонозно-виразковий
 - б) гангренозний

II. Ускладнений холецистит:

1. Оклюзивний (обтуративний) холецистит
2. Перфоративний холецистит з явищами перитоніту
3. Гострий холецистит, ускладнений ураженням жовчних протоків
4. Гострий холецистопанкреатит
5. Гострий холецистит, ускладнений пропітним жовчним перитонітом

Клінічні симптоми:

1. **Болі** виникають раптово, сильні (найбільш сильні при закритті міхурного і загальних жовчних протоків); спочатку перемінні, пізніше постійні. Локалізація в правому підребер'ї.
2. **Порушення функції ШКТ:** нудота, сильна блювота з домішками жовчі, затримка стільця і газів.
3. **Загальний стан** - різний в залежності від форми: при катаральному хворий страждає менше, при деструктивних формах - важкий стан.
4. **Об'єктивне обстеження:**
 - больові відчуття в правому підребер'ї, області жовчного міхура, іррадіація в праве плече.
 - обмеження черевного дихання у верхньому відділі живота або в правому верхньому квадранті

- ригідність в правому верхньому квадранті і в правому підребер'ї
- с-м Ортнера - постукування по правій реберній дузі
- с-м Мюсі-Георгієвського - посилення больової чутливості при натисканні в обл. проекції точки жовчного міхура
- френікус с-м - позитивний
- жовтяниця при обуративних і деструктивних формах

5. **Температура:** субфебрильна при легких (катаральних) формах, 39-40°C – при деструктивних і флегмонозних

6. **Пульс** - спочатку уповільнений (вагусний), потім прискорений по мірі втягування в процес очеревини

7. **Лейкоцитоз** - при легких формах – 9000-15000, при деструктивних - до 30000 і вище.

ДІАГНОСТИКА - ультрозвукова, холецистографія (пероральна або внутрішньовенна, при наявності жовтяниці - ретроградна холангіо-панкреатографія)

ЛІКУВАННЯ: при катаральному в початковій стадії і молодому віці без наявності холелітіазу - можливе консервативне лікування із застосуванням антибактеріальної терапії; при наростанні клінічних симптомів, при деструктивних формах - оперативне лікування.



1.3 Гострий панкреатит



КЛАСИФІКАЦІЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ (О.О.Шалімов, 1963р.):

1. Гострий інтерстиціальний панкреатит (набряк)
2. Гострий геморагічний панкреатит

3. Гострий панкреонекроз
4. Гострий гнійний панкреатит
5. Гострий холецистопанкреатит

Частіше всього у жінок, осіб похилого і старечого віку.

Клінічні симптоми:

1. **Больовий синдром** - дуже сильно виражений. Хворі вкрай неспокійні у ліжку, приймають вимушене положення - колінно-ліктьове, на боці. Болі не знімаються при введенні наркотиків.

📖 *Локалізація:* верхня половина живота і область пупка.

📖 *Іррадіація:* спина, попереk, праве плече.

2. **Блювота:** багаторазова, без полегшення, при подальшому прогресуванні стану – кривава.
3. **Жовтяниця** шкіри і склер.
4. **Температурна реакція:** у першу добу - нормальна, потім підвищення, в той же час відмічається тахікардія і гіпотонія.

Алгоритм клінічних виявів:

У 1-у добу - ведучими є симптоми шоку: болі, тахікардія, гіпотонія, гіповолемія, у частини хворих є симптоми подразнення очеревини і парезу кишечника.

У 2-у і 3-ю доби - перитонеальні явища, інтоксикація, болі внаслідок ураження нервових закінчень зменшуються.

З 4-ї доби: резорбтивна лихоманка і гнійні ускладнення.

Патогномонічні симптоми:

- жорстокі болі, що не піддаються дії наркотиків

- характерна іррадіація; іноді, внаслідок глибокої резистентності м'язів передньої черевної стінки над пупком, зникає пульсація черевної аорти.
- ціаноз обличчя і живота
- підвищення амілази крові і діастазурія
- високій лейкоцитоз - від 20000 до 60000 тисяч.
- ШЗЕ - 20 мм/год. і більше

ЛІКУВАННЯ:

- Консервативне - патогномонічне з застосуванням інгібіторів протеаз, антибіотиків, інтенсивної інфузійної терапії.
- Хірургічне - показане при наростанні клінічних симптомів, жовтяниці, ознак перитоніту, вираженої інтоксикації, некерованої гіпотонії.



1.4 Кишкова непрохідність



👉 Важка хірургічна патологія - летальність до 15-20%, частота - у 2-3% хірургічних хворих.

КЛАСИФІКАЦІЯ:

МЕХАНІЧНА КН *странгуляційна

*обтураційна

ДИНАМІЧНА КН *спастична

*паралітична

СТРАНГУЛЯЦІЙНА КН - характеризується здавленням судин брижі (завороти, вузлоутворення, внутрішнє ущемлення).

ОБТУРАЦІЙНА - КН - протікає без здавлення судин брижі.

Поєднана КН - інвагінація.



Основна триада симптомів: біль, блювота, затримка стільця і газів

Клінічні симптоми КН:

- сильні переймоподібні болі
- здуття живота
- повторна блювота кишковим вмістом, при низькій КН - тривала відсутність блювоти
- при високій непрохідності - може бути стілець і відходження газів
- температура - нормальна або субфебрильна
- тахікардія, прискорене дихання
- симптом Склярова - шум плескоту
- симптом Обуховської лікарні - порожня ампула прямої кишки
- в подальшому - інтоксикація, зневоднення – сухий язик, живіт роздутий, відсутність перистальтики
- наростає лейкоцитоз, згущення крові
- олігурія, анурія
- рентгенологічна картина - множинні чаші Клойбера
- при спробах очистити кишечник за допомогою клізми - входить 500-800 мл води і відразу ж виливається зворотно

Лікування - хірургічне.



1.5 Перфоративна виразка шлунка (ПВШ) і 12-палої кишки



☝ У жінок ПВШ зустрічається рідко - 2-4%, частіше перфоративна виразка 12-палої кишки. У зв'язку з доступністю і широким застосуванням H_2 -блокаторів, частота ускладнених форм виразкової хвороби значно зменшилась.


ГОСТРА ПЕРФОРАЦІЯ:

- гострий (кинджальний) біль в епігастральній області
- напруження м'язів передньої черевної стінки («живіт дошка»)
- швидке погіршення стану
- іноді, одноразова блювота
- блідість, холодний піт, ціаноз губ, акроціаноз
- вимушене положення на правому боці або сидячи з підібраними ногами
- пульс - спочатку брадикардія, потім тахікардія
- дихання - прискорене
- температура - нормальна, пізніше підвищення температури

СИМПТОМИ ПЕРИТОНІТУ:

- напруження і больова чутливість черевної стінки
- втягнутий живіт
- позитивний с-м Щьоткіна-Блюмберга
- больова чутливість в області Дугласа - при дослідженні через пряму кишку
- симптоми пневмоперитонеума - зникнення печінкової тупості
- при рентгенологічному обстеженні - вільний газ під правим куполом діафрагми

ПРИКРИТА ПЕРФОРАЦІЯ: в сальник, печінку, жовчний міхур, кишечник.

 Дуже небезпечно поєднання перфоративної виразки і кровотечі - найчастіше можливий летальний результат.

Клінічні вияви - обмеження больової чутливості, відсутність симптомів перитоніту.

Діагностика - ускладнена. При відсутності рентгенологічних ознак пневмоперитонеума виконується гастродуоденоскопія і повторна оглядова рентгенограма. При відсутності достовірних ознак перфоративної виразки після виконання вищеперелічених методів обстеження, показана лапароскопія або лапароцентез з дослідженням вмісту черевної порожнини.

Лікування – невідкладне оперативне втручання з використанням органозберігаючих методик.



1.6 Ущемлена грижа



 Частота: друге місце після апендициту, виникає у 10% гриженосіїв.

Летальність - 2-4%.

По частоті ущемлення: пахова - у чоловіків, стегнова і пупкова - у жінок.

Вік - частіше у осіб старше 60 років і у дітей. Еластичне ущемлення: після фізичного навантаження, кашлю, натужування. Калове ущемлення: при застарілих пахово-каліткових грижах у людей похилого віку.

РІЗНОВИДИ:

- РЕТРОГРАДНЕ УЩЕМЛЕННЯ - невелика зміна в петлі кишки поза гризовим мішком.
- ПРИСТІНОЧНЕ УЩЕМЛЕННЯ - грижі Ріхтера - часткове ущемлення стінки кишки.

КЛІНІКА:

- сильні болі в області грижі
- збільшення її в розмірі, невправимість, больова чутливість
- тимпаніт при ущемленні кишки
- повторна блювота
- здуття живота
- пізніше - важкий стан, перитоніт, калова флегмона гризового мішка



Ущемлені пупкові грижі пізно діагностуються, так як ущемляється сальник, а при ущемленні кишки - сальник маскує симптоматику.

ЛІКУВАННЯ:

1. не намагатися вправити, при мимовільному вправленні динамічне спостереження в умовах стаціонара
2. хірургічне – після розтину гризового мішка треба провести ретельний огляд ущемленої кишки і її брижі до розтину гризового кільця.
3. при резекції кишки треба пам'ятати - в приводячій петлі дистрофічні зміни присутні значно вище місце ущемлення.
4. при каловій флегмоні і важкому стані хворого виконується стомування.



1.7 Особливості перебігу патології органів черевної порожнини, що входять в категорію «гострий живіт», при вагітності



ЛЕТАЛЬНІСТЬ: у вагітних вище, ніж у невагітних жінок:

- гострий апендицит - в 2-2,5 рази
- кишкова непрохідність - в 2-4 рази



Крім підвищеної небезпеки для матері, гострі захворювання черевної порожнини несприятливо впливають на перебіг вагітності викликаючи:

- передчасне переривання вагітності
- загибель плоду
- смерть новонародженого



При перитоніті загибель новонароджених досягає 90%, при апендициті - 5-7%, при кишковій непрохідності - 5-70%.

ПРОГНОЗ ДЛЯ МАТЕРІ І ПЛОДУ:



При будь-яких гострих захворюваннях черевної порожнини прогноз істотно погіршується із збільшенням терміну вагітності і в родах, що пов'язано із зростанням діагностичних труднощів і, відповідно, затримкою операції.



Симптоми будь-яких захворювань, що відносяться до категорії ГЖ, при вагітності ті ж самі, що і поза нею.

ОСОБЛИВОСТІ:

Симптоми ГЖ типові в початкові терміни вагітності, можуть стати дуже стертими в пізні терміни і в родах.

Причини:

- значна зміна топографії внутрішніх органів
- розтягнення черевної стінки і очеревини
- недоступність для пальпації окремих органів, відтіснених маткою

ГОЛОВНА ПРИЧИНА - зміна реактивності організму жінки у зв'язку з вагітністю.

☞ Будь-яке захворювання групи ГЖ на фоні вагітності потрібно розглядати як пряму загрозу життю матері і плоду і вживати всі заходи по її усуненню. Діагностика, оперативне лікування і ведення в післяопераційному періоді вимагає спільних дій лікарів акушерів-гінекологів і хірургів.

📖 Черговість виконання операції і об'єм залежить від терміну вагітності:

- Малі терміни: основне це виконання операції, пов'язане з усуненням причин, що викликали ГЖ
- Пізнні терміни і вагітність, що завершилася: крім усунення причин, що викликали ГЖ, виникає необхідність родорозродження.

☞ Післяродовий період: найбільш часто можлива пізня діагностика ГЖ, тому, необхідна особлива уважність в плані діагностики і своєчасного лікування причини ГЖ.

ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ І ВАГІТНІСТЬ:

Для клінічної картини характерні усі патогномонічні ознаки гострого апендициту в поєднанні з вищепереліченими особливостями, зумовленими вагітністю.

ЛІКУВАННЯ: хірургічне, незалежно від терміну вагітності. При необхідності пролонгації вагітності - зберігаюча терапія в залежності від терміну вагітності на фоні антибіотикотерапії.

КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ (КН) І ВАГІТНІСТЬ:

Є повідомлення, що динамічну форму КН може викликати введення гормону жовтого тіла - внаслідок порушення процесів перетворення його в прегнандіол і виділення з організму наступає атонія кишечника і виникає КН.

НЕБЕЗПЕЧНІ ПЕРІОДИ ПРИ ВАГІТНОСТІ В ПЛАНІ РОЗВИТКУ КН:

- вихід матки з порожнини малого таза (3-4 міс. вагітності)
- опускання голівки плоду до входу в малий таз - кінець вагітності
- раптове зменшення об'єму матки після родів і швидка зміна внутрішньочеревного тиску

ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ (ГП) І ВАГІТНІСТЬ:

Протікає дуже важко - висока материнська летальність і внутрішньоутробна загибель плоду, тому при виникненні ГП до 12 тижнів вагітності показано її переривання.

ХВОРОБИ ПЕЧІНКИ І ЖОВЧНОГО МІХУРА І ВАГІТНІСТЬ:

Всі в'ялопротікаючі гепатити під час вагітності загострюються - інфекційні агенти, які їх викликають, є дуже різноманітні і вимагають досить точної ідентифікації і відповідного специфічного лікування.

- *Жовчокам'яна хвороба (холелітіаз)* - можливе загострення в будь-якому терміні вагітності, що часто спричиняє необхідність хірургічного втручання.

- *Хронічні холецистити* - під час вагітності можливі часті загострення, тому у веденні цієї категорії вагітних передбачається відповідна дієта, застосування спазмолітиків і жовчогонних препаратів. Необхідно враховувати, що сама вагітність сприяє холестазу і холелітазу, що зумовлено підвищеним вмістом холестерину в крові і утрудненням відтоку жовчі.

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА (ВХ) І ВАГІТНІСТЬ:

- ☞ Стан шлунково-кишкового тракту при вагітності супроводжується - зниженням секреторної і моторної функції, а розвиток охоронного гальмування знімає психоемоціональне напруження. Всі вище перераховані чинники сприяють тому, що ВХ у вагітних перебуває у стані ремісії.
- ☞ Іноді спостерігається різке загострення ВХ з початком розвитку вагітності, особливо в поєднанні з вираженим раннім токсикозом вагітних, в таких випадках дану вагітність необхідно перервати, провести інтенсивний курс противиразкової терапії і дозволити повторну вагітність тільки при наявності стійкої ремісії.
- ☞ Перфоративна виразка шлунка і 12-п. Кишки дуже часто спостерігається після операції кесарів розтин, необхідно також відмітити значний зріст так званих “стресових виразок”.

ЛІКУВАННЯ - хірургічне.



2.

ГЖ, ЗУМОВЛЕНЕ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

2.1 Порушена позаматкова вагітність



До ектопічної позаматкової вагітності відносяться трубна, яєчникова, черевна і змішані форми (трубно-яєчникова, трубно-черевна). Імплантація здійснюється на стадії розвитку заплідненої яйцеклітини - бластоциста. За останні двадцять років спостерігається стійка тенденція збільшення частоти цього захворювання. Трубна вагітність переважно уривається в терміни три-шість тижнів, оскільки в маточній трубі відсутній умови для її розвитку.

Причини:

1. Зумовлені бластоцистою – підвищений трофобластичний поділ, протеолітична та інвазивна активність трофобласта.
2. Зумовлені станом труби - аномалії труб і інфантилізм, запальні зміни труб, ендометріоз, пластичні операції на трубі.
3. Порушення гормонального гомеостазу.

Клінічна симптоматика порушеної трубної вагітності:

- позитивні ознаки вагітності (затримка менструації, позитивні тести на вагітність)
- гострий початок - біль на стороні пошкодженої труби
- запаморочення, іноді втрата свідомості, часто після зміни положення тіла, акту дефекації

- іррадіація болю в пряму кишку і ногу, позитивний френікус-симптом
- блідість шкіри, акроціаноз, розширення зіниць, збільшення частоти пульсу, зниження АТ - залежить від об'єму крововтрати (визначення шокового індексу, капілярного пульсу)
- живіт помірно роздутий без м'язового напруження, бере участь в диханні
- с-м Щьоткіна-Блюмберга - позитивний над ураженою областю
- с-м Болта - посилення болю при переміщенні шийки матки в горизонтальній площині
- с-м Промптова – посилення болю при виведенні пальців з піхви і опусканні шийки матки
- с-м Дугласа - різка больова чутливість при переміщенні шийки матки у напрямку до лона
- с-м Куленкампа-I - різкий біль, який з'являється при перкусії м'якої черевної стінки над ураженою маточною трубою
- с-м Куленкампа-II – різка больова чутливість Дугласова простору при ректальному дослідженні
- поява темних кров'янистих виділень з статевих шляхів

ДІАГНОСТИКА:

1. Всі вищеперелічені симптоми.
2. Позитивний тест на вагітність.
3. УЗД з виявленням вільної рідини в черевній порожнині.
4. Результати лапароцентезу або діагностичного лаважу черевної порожнини: 10мл незгорненої крові або еритроцити більше за 100000/ мм³.
5. Пункція через заднє склепіння з отриманням крові, що не згортається.

ДІАГНОСТИКА СТУПЕНІ ГІПОВОЛЕМІЇ:

1. частота пульсу і його наповнення
2. наповнення підшкірних вен
3. капілярний пульс
4. артеріальний тиск
5. пульсовий тиск
6. шоківий індекс - співвідношення пульсу до систолічного тиску (норма 0,54)
7. ЦВТ
8. вимірювання почасового діурезу (норма 60 мл/кг/годину, менше за 25мл/кг/годину - олігоурія)
9. вимірювання гематокриту (норма: жінки – 0,3-0,35, чоловіки – до 0,43)
10. визначення кількості гемоглобіну.

СТАДІЇ ГЕМОРАГІЧНОГО (ГІПОВОЛЕМІЧНОГО) ШОКУ:

I ст. КОМПЕНСОВАНИЙ ОБОРОТНИЙ ШОК.

- втрата ОЦК 10-20%
- шоківий індекс 0,7-78
- помірна тахікардія
- помірна артеріальна гіпотонія
- венозна гіпотонія
- помірна олігурія
- похолодання кінцівок

II ст. ДЕКОМПЕНСОВАНИЙ ОБОРОТНИЙ ШОК

- втрата ОЦК 20-40%
- шоківий індекс – 1,0
- частота пульсу - 120-140 уд/хв
- артеріальна і венозна гіпотонія
- задишка, ціаноз, блідість шкіри

- олігурія (менше 20 мл/кг/годину)
- неспокій

III ст. БЕЗПОВОРОТНИЙ ШОК

- втрата ОЦК 40-50 % і більше
- шоковий індекс 1,38-1,5
- гіпотонія на протязі 12 годин
- пульс - вище за 140 уд/хв.
- АТ - нижче за 60 мм рт. ст. або не визначається
- свідомість відсутня
- крайня блідість шкіри
- гіпостаз
- олігоанурія

ЛІКУВАННЯ – хірургічне.

1. Лапаротомія з резекцією пошкодженої труби, при незначних пошкодженнях труби, при випорожненні труби по типу «трубного аборту» - виконання органозберігаючої операції.
2. Лапароскопія - мікрохірургічний метод лікування, який може включати у собі: консервативно-пластичний варіант, резекцію частки труби або видалення всієї труби.



При розвитку геморагічного шоку проводять протишоківі заходи інтраопераційно, які складаються з:

- гемотрансфузії (в тому числі і реінфузія аутокрові з черевної порожнини)
- переливання колоїдних і кристалоїдних розчинів до досягнення нормальних показників гемодинаміки (АТ, ЦВТ, ЧСС, капілярного пульсу) і фізіологічного рівня виділення сечі (1мл/кг маси тіла/годину).



2.2 Апоплексія яєчника



Апоплексія (розрив) яєчника виникає під час овуляція в яєчнику жінки, в якому є кістозні або кістозно-дегенеративні зміни. Кровотеча виникає з розриву судин строми яєчника, гематоми яєчника після овуляції або капсули кісти.

КЛІНІЧНА СИМПТОМАТИКА:

- Виникає гостро, без яких-небудь попередніх симптомів в будь-який день від овуляції до кінця менструального циклу
- Локалізація болю - в місці пошкодженого яєчника
- Колір шкіри, тахікардія, зміна АТ, ЦВТ, капілярного пульсу - залежить від крововтрати
- При пальпації живота - біль в проекції яєчника, перитонеальні симптоми слабо виражені або відсутні.
- Відмічаються позитивні симптоми Промптова, Болта, Дугласа, Куленкампа II - при досить великому гемоперитонеумі.
- Пункція через заднє склепіння - свіжа кров, при мікроскопії пунктата - «монетні стовпчики»
- УЗД доповнює можливість діагностики гемоперитонеума
- Лапароскопія і/або діагностичний лаваж – проводяться за показаннями

ЛІКУВАННЯ:



Консервативне лікування можливо при достовірній зупинці незначної внутрішньочеревної кровотечі і полягає в динамічному спостереженні на фоні госпіталізації (постільний режим, холод на низ живота, спазмолітики, знеболюючі препарати, антибіотикотерапія). Після стихання гострих явищ - реабілітаційні

заходи із застосуванням фізіотерапії і лікування основного процесу, що викликав апоплексію яєчника.

☞ Хірургічне лікування - лапаротомія показана при симптомах черевної кровотечі, що продовжуються та шоку і складається з ушиття пошкодженого яєчника



2.3 Перекрут і розрив капсули кісти (кістоми) яєчника



ПАТОГЕНЕЗ:

- зміна положення тіла
- фізичне напруження
- посилена перистальтика кишечника

ЧАСТОТА:

- частіше виникає у дівчинок, дівчат і молодих жінок.

КЛІНІКА:

- гострі локальні болі, що мають іррадіацію в промежину, стегно або попереk
- нудота, блювота
- здуття живота
- вимушене положення тіла
- позитивний с-м Щьоткіна, дефанс
- позитивний симптом Landou - затруднена пальпація матки і додатків при наявності асцита примушує форсувати бімануальне обстеження, що може призвести до порушення капсули кістоми, яка одразу ж зникає

- парез кишечника, затримка газів і стільця (рідше діарея).
- по мірі прогресування - симптоми інтоксикації.
- температура – у перші години нормальна, потім лихоманка;
- кров - лейкоцитарна реакція не виражена.

Порушення кровопостачання (перекручення) ніжки пухлини буває:

- часткове
- повне
- багаторазове
- гостре і поступове



При частковому перекрученні перетискаються вени і продовжують функціонувати артерії, розвиваються крововиливи в пухлину.



Залучення до хірургічної ніжки перекрученої кісти яєчника, сальника і петлі кишечника викликає розвиток кишкової непрохідності з відповідним симптомокомплексом (див. пункт 1.4) і вимагає невідкладних дій.

ДІАГНОСТИКА:

- Анамнез
- Клініка
- Вагінальне дослідження - визначається больова, напружена пухлина, при розриві капсули кісти визначаються симптоми, характерні для наявності вільної рідини в черевній порожнині (симптом Дугласа, Болта, Куленкампа II).
- УЗД, лапаротомія і/або діагностичний лаваж черевної порожнини

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНИЙ ДІАГНОЗ: АПЕНДИЦИТ

- ниркова коліка

- кишкова непрохідність
- ущемлена грижа
- асцит - при великій пухлині

ЛІКУВАННЯ: - негайне оперативне. Накладення затискачів нижче за місце перекрута.

☞ Не розкручувати ніжку - небезпека тромбоемболії і надходження кінінів і гістаміна у кров.



2.4 Порушення кровопостачання міоматозного вузла матки



📖 Зустрічається у 7% випадків хворих з міомами, вік жінок - після 30 років.

☞ Патогенез - перекрут, перегин, здавлення пухлини і як наслідок порушення кровопостачання вузла пухлини.

Клініка: залежить від міри порушення кровопостачання.

Некроз міоми матки звичайно супроводжується:

- гострими болями в животі
- напруженням черевної стінки, появою симптомів подразнення очеревини
- підвищенням температури
- лейкоцитозом.

Діагностика:

Вагінальне і ультразвукове дослідження визначає наявність пухлини матки певних розмірів.

ЛІКУВАННЯ - оперативне, об'єм операції залежить від розмірів пухлини, віку жінки, тривалості і виразності процесів порушення кровопостачання.



2.5 Деструкція злоякісної пухлини



Клінічні симптоми і діагностичні прийоми ідентичні до пухлин матки і додатків. Достовірність злоякісного перебігу процесу можлива під час виконання оперативного втручання і/або при патолого-гістологічному дослідженні препарата.



2.6 Ендометріоз яєчників.



Суть ендометріозу - перфорація ендометріюїдних кіст, біль відповідно у II фазі менструального циклу, тривале лікування під «маскою» хронічного рецидивуючого запального процесу додатків матки.

Клінічні симптоми:

- гострий біль внизу живота
- нудота, блювота
- симптоми подразнення очеревини
- у випадку залучення до процесу кишечника – можливий розвиток симптомів кишкової непрохідності

Лікування:

Хірургічне - по можливості органозберігаюче (видалення камер ендометріозу, резекції яєчників). У післяопераційному періоді

необхідне патогенетичне лікування ендометріозу - антигонадотропіни (даназол, гестринон, норколут).



2.6 Гострі запальні захворювання внутрішніх статевих органів

ЗАПАЛЬНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ВНУТРІШНІХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ СПРИЯЮТЬ:

- анатомо-фізіологічні особливості розташування внутрішніх статевих органів
- характер крово- і лімфообігу
- залежність розвитку запального процесу від фази менструального циклу
- вагітність, що закінчилася родами або абортами
- наявність внутрішньоматкових контрацептивів
- зміна вагінального біоценозу
- чинники фізичного, психоемоціонального і соціального характеру

Клінічні симптоми:

У БІЛЬШОСТІ ВИПАДКІВ ГОСТРОМУ ПОЧАТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕРЕДУЄ:

- погіршення загального стану жінки, слабкість, субфебрилітет
- болі внизу живота
- приєднання дізуричних явищ і болю під час дефекації



У випадку прогресування гнійно-запального процесу в маткових трубах і утворення гнійно-мішотчатих пухлин, з'являються симптоми, які сповіщають про наближення катастрофи:


- болі набувають переймоподібного характеру

- з'являються симптоми інтоксикації - гектична температура, тахікардія, зміни в формулі крові (лейкоцитоз зі зрушенням ліворуч, токсична зернистість нейтрофілів, анемія)
- симптоми подразнення очеревини
- порушення функції кишечника
- затримка стільця і газів
- при вагінальному дослідженні - визначається конгломерат з матки і додатків, чутливий, з нечіткими контурами; також мають місце ознаки запалення очеревини малого тазу

ПЕРФОРАЦІЯ ГНІЙНОГО УТВОРЕННЯ ДОДАТКІВ І ВИПОРОЖНЕННЯ ЙОГО В ЧЕРЕВНУ ПОРОЖНИНУ СУПРОВОДЖУЄТЬСЯ СИМПТОМАМИ ПЕРИТОНІТУ:

- гострий біль по всьому животу, який різко посилюється при найменших спробах руху
- блювота, нудота, гикавка
- холодний піт, різка блідість шкіри, загострені риси обличчя
- частий, слабкий пульс, гіпотензія
- виражене напруження передньої черевної стінки і здуття живота
- симптоми подразнення очеревини по всьому животу, відсутність перистальтики
- при значному випоті в пологих місцях живота визначається перкуторне притуплення
- різке зростання лейкоцитозу з нейтрофільним зрушенням, лімфопенія, відсутність еозинофілів
- порушення функції кишечника - затримка газів і стільця

ЛІКУВАННЯ - термінове, хірургічне.

 Об'єм залежить від характеру і поширеності процесу і може складатись з:


1. видалення тубооваріального процесу із збереженням матки, як дітородного органу у жінок фертильного віку
2. гістеректомія з додатками – у випадку надмірної вираженості гнійного процесу



**Лікування перитоніту згідно з фазами і поширеністю процесу (див. пункт 2.8)*

2.8 Перитоніт, пельвеоперитоніт, септичний шок




 У структурі причин перитоніту гінекологічний перитоніт складає від 3 до 11%.

Причини:

- розрив стінки гнійного утворення додатків матки
- некроз міоми матки і розпад злоякісної пухлини
- розкриття абсцесу тазової клітковини
- перфорація матки, особливо у випадку кримінальних втручань
- внутрішньоматкові маніпуляції (кюретаж, витягання і введення ВМС)

КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРИТОНІТУ

(Б.А.ПЕТРОВА І А.А.БЕЛЯЕВА, 1953 Р.)

 За основу в цій клінічній класифікації взято стадійність розвитку патологічного процесу з точки зору реактивності організму.

РОЗРІЗНЮЮТЬ ТРИ СТАДІЇ РОЗВИТКУ ПРОЦЕСУ:

1	2	3
РЕАКТИВНА	ТОКСИЧНА	ТЕРМІНАЛЬНА
Максимальний вияв захисних механізмів (до 24 годин) <i>1-а доба</i>	Придушення захисних механізмів (24-72 годин) <i>2-3- я доби</i>	повне виснаження захисних механізмів (більше за 72 годин) <i>3-5-10- а доби</i>

КЛАСИФІКАЦІЯ ПЕРИТОНІТУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПОШИРЕНОСТІ ПРОЦЕСУ (В.Д.Фьодоров, 1974 р.)

П Е Р И Т О Н І Т			
МІСЦЕВИЙ		ПОШИРЕНИЙ	
Відмежований – інфільтрат (абсцес поддіафрагмальний, межпетльовий підпечіночний)	Невідмежований (пельвеоперитоніт)	Дифузний (залучено до процесу не менше за 2-і, але не більше 5-ти областей черевної порожнини)	Розлитий (вся черевна порожнина)

По причинах виникнення:

- *первинний
- *вторинний (перфоративний)

По характеру збудника:

- *гонококовий
- *стафілококовий
- *колібацилярний
- *менінгококовий
- *tbc та інші.

ПАТОГЕНЕЗ :

1. Інтоксикація - настає внаслідок всмоктування очеревиною :

- *мікроорганізмів, ендотоксинів
- *продуктів порушеного обміну (поліпептиди)
- *активних біогенних амінів (гістамін, серотонін, кініні)
- *загибель лейкоцитів приводить до виділення великої кількості протеаз
- *ендотоксин, впливаючи на клітини-мішені (макрофаги, моноцити, ендотеліальні клітини), приводить до збільшення кількості факторів запалення - інтерлейкінів (ІЛ) - ІЛ-1 і ІЛ-6, фактору некрозу пухлини (ФНП), простагландинів, тромбоксанів, інтерферону, фактора активуючого тромбоцити

2. Розлади гемодінамики , які зумовлені:

- *підвищенням проникності судин - в черевну порожнину переходить разом з електролітами і білками до 60% ОЦК
- *розладом мікроциркуляції
- *шунтированням кровотоку у внутрішніх органах, погіршенням їх кровопостачання

3. Метаболічні розлади:

- *гіпопротеїнемія
- *діспротеїнемія
- *ацидоз
- *гіпокаліємія

4. Розлади моторної функції ШКТ, які зумовлені:

- * вісцero-вісцеральними рефлексами
- *втратою калію - блокується передача нервових імпульсів
- *зменшенням АТФ в стінці кишечника на 50%
- *ентеро-ентеральними рефлексами на перерозтягнення стінки кишечника

ОСОБЛИВОСТІ ГІНЕКОЛОГІЧНОГО ПЕРИТОНІТУ (ГП):

У початковій стадії ГП - клінічна картина може бути стертою:

- Язик обкладений, але вологий
- Живіт роздутий, але м'який; періодично відходять гази
- Відмічається больова чутливість тільки в нижніх відділах живота
- Напруження черевної стінки немає

Це зумовлене більш повільним процесом розвитку перитоніту і тенденцією до обмеження.

👉 Однак, в зв'язку з тим, що ГП виникає на тлі тривалого запального процесу, відбувається виснаження імунних резервів і аутосенсibiliзація організму - це приводять до того, що запущений ГП протікає не менш важко, ніж перитоніт іншої етіології.

👉 Тому важлива рання діагностика ГП:

1. ВИРІШАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ МАЄ ОЦІНКА МОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ ШКТ

- Неможливість відновити нормальну і регулярну функцію ШКТ фармакологічними препаратами і/або клізмами, а тільки тимчасове поліпшення її не 1-2 години
- Здуття живота
- Поява випоту в черевній порожнині – виявляється за допомогою перкусії живота і наявності випинання заднього склепіння при вагінальному дослідженні
- Стаз в шлунку - нудота, блювота, гикавка (!)

2. ОЗНАКИ ІНТОКСИКАЦІЇ:

- Слабкість
- Тахікардія
- Відсутність апетиту
- Прискорення дихання

- Сухість у роті, спрага
- Підвищення температури

3. ЛАБОРАТОРНА ДІАГНОСТИКА:

- Лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули ліворуч, токсична зернистість, анемія, лімфопенія, гіпопротеїнемія, гіпокаліємія, гіпонатріємія

У ПОЧАТКОВІЙ СТАДІЇ ГП - не змінений:

- діурез
- залишковий азот
- гематокрит
- АТ і ЦВД



Прогресуюче погіршення на фоні описаної клінічної картини є підставою для хірургічного втручання.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ПЕРИТОНІТУ:

1. ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА:

- Тривалість підготовки - 1-2 години, іноді допустимо до 6 годин
- Оволодіння центральними венами
- Відновлення ОЦК
- Корекція кислотно-лужної рівноваги і водно-електролітного балансу
- Застосування по показанням серцево-судинних і вазоактивних препаратів
- Поповнення енергетичного дефіциту

2. ЗНЕБОЛЕННЯ: інтубаційний наркоз

3. ОПЕРАЦІЯ:

- Доступ - серединна лапаротомія

- Об'єм - ліквідація джерела ГП, але у випадку, коли пацієнт перебуває у термінальній стадії - не розширювати об'єм операції.
- Промивання черевної порожнини - лаваж теплими розчинами - фурацилін, фізіологічний розчин з антибіотиками, р-н Рінгера, 150 мл 3% р-н перекису водня (методика О.О.Шалімова).
- Декомпресія кишечника - парез кишечника ліквідують за допомогою інтубації його, проводячи спеціальні інтубаційні трубки через ніс або anus на 2-3 доби і застосовуючи при цьому активну аспірацію вмісту кишечника через інтубатор.
- Новокаїнова блокада кореню брижі тонкого кишечника (150-200 мл 0,25% р-ну) - лікування парезу кишечника.
- Ушиття черевної стінки виконують не наглухо, а застосовують програмовану лапаростомію.

☞ Дренування черевної порожнини - застосовують трубково-перчаточний дренаж або силіконові трубки. Розташування дренажів - між петлями кишечника, у відлогих місцях. Для кращого відтоку необхідно створити дренажне положення з піднесеним головним кінцем.

Не можна застосовувати марлеві або печаточно-марлеві дренажі, так як - через 1 добу вони ослизняються і відтік з черевної порожнини припиняється.

ТРИВАЛІСТЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ ДРЕНАЖІВ:

- силіконові - 3-4 доби, гумові - 1 доба, потім отвори обтуруються сальником або фібрином
- перчаточно-гумові - 4-5 діб, гума створює навколо трубки порожнину для накопичення ексудату і захищає трубку від обтурації
- перитонеальний діаліз - приточно-віддточний, на протязі доби пропускають 10-12 л рідин. Чергують струйну і краплинну інфузії під

контролем АТ, ЦВТ, біохімічних показників крові і діалізату кожні 4 години.

- в 1-у добу для компенсації втрат необхідно влити біля 2 літрів плазми, 80мл 5,45% Na, 60-70мл 9,45% К, біля 5 літрів води і глюкози з інсуліном.
- на 2-у добу об'єм рідини, що переливається складає 10-15 літрів.
- на 3-4-у добу - 5-10 літрів.
- з 4-5-ої доби - лаваж припиняють у зв'язку з відокремленням області розташування трубок фібринозними нальотами і прилеглими органами.

Положення у ліжку:

- горизонтальне - по Кіршнеру
- на животі - по Кюстнеру
- на правому боці - по Коффейю
- з опущеною головою - по Клерку
- з підведеним головним кінцем - по Фоулеру

ІНФУЗІЙНА ТЕРАПІЯ:

☞ Об'єм розчинів, що вводяться залежить від стадії процесу і направлений на усунення інтоксикації, гіповолемії і зневоднення:

- реактивна стадія - 60-80мл/кг маси
- токсична стадія - 80-120мл/кг маси
- термінальна стадія - 120-160мл/кг маси

☞ Можна обчислити щоденну потребу у кількості рідини враховуючи масу тіла хворого по швидкості розсмоктування пухиря (проба Мак-Клюра-Олдріджа) - 0,2 мл ізотонічного р-ну вводять підшкірно, у нормі розсмоктування відбувається десь біля 1 години; у реактивній стадії – за 20-45 хв., у токсичній - за 10-20хв., у термінальній - за 10хв..

☞ При адекватній корекції водно-електролітних порушень термін розсмоктування пухиря при пробі Мак-Клюр-Олдріджа збільшується і на 3-7 добу нормалізується.

ОБОВ'ЯЗКОВІ КОМПОНЕНТИ ЛІКУВАННЯ ПРИ ПЕРИТОНІТІ:

- застосування інгібіторів протеаз - контрікал
- антибіотикотерапія - аміноглікозиди, цефалоспорини
- прямі антикоагулянти - гепарин, фраксипарин
- вітаміни
- зволожений кисень

Деякі рідкі форми перитоніту:

Карциноматозний перитоніт (КП) або асцит-перитоніт:

Причина: КП розвивається у наслідок генералізації ракового процесу з будь-якого органу черевної порожнини.

Але іноді первинна ракова пухлина не проявляється явними клінічними ознаками і не діагностується (наприклад, рак передньої поверхні тіла підшлункової залози, рак товстої кишки) і одним із первинних прояв метастазування рака на очеревину буде поява асцити.

Клінічні прояви:

- поява невизначених болів
- загальна слабкість
- легка стомленість
- поява асцити

Диференційний діагноз необхідно проводити між карциноматозним та туберкульозним процесом, при цьому враховують вік пацієнта, результати проб на туберкульоз. Адже невірний діагноз може викликати небажану лапаротомію, яка при КП вкрай небажана, так як вона прискорює розвиток ракового процесу і дуже швидко викликає у хворого стан кахексії.

Діагностика: проведення лапароцентезу з цитологічним дослідженням асцитичної рідини – наявність перстнеподібних та/чи ракових клітин свідчить про карциноматозне ураження очеревини.

Особливості проведення лапароцентезу при КП:

- пункцію проводять у сидячому положенні хворого, при неможливості самотійно сидіти – необхідно підняти тулуб
- пункція проводиться по середній лінії живота
- асцитичну рідину при її великій кількості необхідно випускати повільно – це може викликати падіння АТ і колапс, в зв'язку з чим при появі легкого запаморочення чи прискорення пульсу необхідно тимчасово припинити випускання рідини

ДИПЛОКОКОВИЙ ПЕРИТОНІТ (ДП):

ДП – це захворювання дитячого віку, частіше хворіють дівчатка віком від 4 до 9 років.

Клініка:

- захворювання починається гостро
- раптово з'являються болі, частіше всього навколо пупка
- з'являються рвота, діарея
- різко підвищується температура
- різко виражені симптоми інтоксикації, що швидко приводить до тяжкого стану дитини

Діагностика - при пальпації визначається:

- вздуття живота
- резистентність передньої черевної стінки
- болісність по всьому животу

Тактика лікування - невідкладне хірургічне втручання.

У випадку ДП після розкриття черевної порожнини виділяється густий, сливкоподібний гній, жовтуватого відтінку, без запаху іноді з фібринозними нашаруваннями. Серозна оболонка кишечника та апендикулярного паростка будуть гіперемовані.

Після видалення апендикулярного паростка, санації черевної порожнини в неї вводиться антибіотик, червона стінка зашивається, у подальшому продовжують вводити антибіотик внутрішньочервно через залишений в кінці операції мікроірригатор, а також внутрішньом'язово.

ХРОНІЧНИЙ ПЕРИТОНІТ (ХП):

Іноді хронічно протікаючий перитоніт туберкульозної етіології не розпізнається довгий час, так як вірна діагностика буває дуже затруднена. І тільки різке загострення больового синдрому примушує лікарів ставити діагноз гострого живота і терміново госпіталізувати хворого. Такі хворі потрапляють у хірургічні стаціонари з різними діагнозами і у більшості випадків діагноз туберкульозного перитоніту не ставиться.

Клінічна картина і діагностика: поява больового приступу в більшості випадків після фізичного навантаження, який повністю нагадує кишкову непрохідність.

Тактика лікування: невідкладне хірургічне втручання.

У випадку ХП в черевній порожнині знаходять числені зрощення між сальником та петлями кишечника, що і були тим субстратом який викликав КН, а також знаходять туберкульозний висип на очеревині та серозних оболонках кишечника.

При достатніх імунобіологічних силах організм має змогу справлятися з туберкульозною інфекцією, ексудативні процеси будуть слабо вираженими і будуть переважати процеси проліферації, туберкульозні бугорки у сальнику поступово розпадаються і сальник проростає фібринозною тканиною. Знаходячись у натягнутому стані між фіксованими поверхнями, сальник не може зморщуватися і поступово перетворюється в фіброзну капсулу – так виникає осумкований перитоніт, таким чином, основна ознака фібринозного осумкованого перитоніту – це відсутність сальника, який повністю увійшов у зформовану капсулу мішка. У цьому випадку хірург під час операції зобов'язаний повністю видалити капсулу мішка.

Під час оперативного втручання при ХП обов'язковим є гістологічне дослідження тканин з висипаннями. Саме оперативне втручання і виявлений ХП туберкульозної етіології не відзначиться негативно на стані хворого тому що під час операції в черевну порожнину необхідно ввести стрептоміцин у кількості не менш 10000000 одиниць, з продовженням у післяопераційному періоді специфічного етіотропного лікування.

ЖОВЧИЙ ПЕРИТОНІТ(ЖП):

У зв'язку зі зростанням жовчно-кам'яної хвороби відмічено ріст числа випадків ЖП, причому летальність серед них стало лишається високою-20-40%.

Розвиток хірургії жовчно-кам'яної хвороби дозволив сформулювати основні характеристики перебігу патогенетичних процесів, які виникають при ЖП і ці процеси пов'язані не тільки з токсичним впливом жовчі при її попаданні в черевну порожнину, а також із інфекцією, яка завжди присутня у запаленому жовчному міхурі.

КЛАСИФІКАЦІЯ ЖП:

1.Прободний ЖП – супроводжується витіком жовчі в черевну порожнину – це як правило, проявляється картиною катастрофи в черевній порожнині частіше всього на фоні гострого холециститу, але може виникати при перфорації жовчних протоків.

2.Пропотний ЖП – пропотівання жовчі в черевну порожнину – супроводжує деструктивні форми холециститу, прояви з боку очеревини клінічно проявляються лише призначному накопиченні жовчі у черевній порожнині.

У генезі подальшого розвитку патологічного процесу суттєвими є наступні три фактори:

1. Характер жовчі – кількість, темп вилиття і якість.

Реакція очеревини і організму в цілому – масивний вилив жовчі – картина абдомінального шоку, повільне вилиття жовчі чи її пропотівання – на початку клінічних симптомів подразнення очеревини немає.

Темп вилиття жовчі – швидке вилиття через перфораційний отвір чи масивне пропотівання притотальному некрозі жовчного міхура клінічна картина гострої катастрофи в черевній порожнині.

Якість жовчі – застійна жовч притривалій obturaції протоків дає біль шоківий ефект. Присутність інфекції в жовчі в початковій фазі нічим не проявляється, навпаки, приєднанні жовчного міхура перфорація стінки не супроводжується шоківими реакціями і протікає як прогресуючий деструктивний процес.

2. Місце вилиття жовчі - вільна чи відмежована черевна порожнина, заочеревний простір :

Розповсюдження жовчі по всій черевній порожнині із масивним залученням рецепторного поля викликає важкі шоківі реакції, які важко компенсуються.

Виливи жовчі в обмежену порожнину може не проявляти себе клінічно на фоні існуючого гострого процесу у жовчному міхурі, або дати клінічну картину іншого гострого захворювання: наприклад, при затіканні жовчі в праву здухвинну область хворому можуть поставити діагноз гострого апендициту.

Вилив жовчі в заочеревний простір (клітковину), який може мати місце при високій перфорації протоків проявляється важким септичним станом з високою температурою при «спокійному животі».

3. Стан хворого – вік, характер основного захворювання, супутні захворювання.

Здоровий, молодий організм з достатніми захисними властивостями швидко нормалізує важкі порушення, що виникають.

Виснажений організм у похилому віці по різному реагує на гостру катастрофу у черевній порожнині при виливі жовчі – перебіг хвороби може бути гострим, підгострим і хронічним, супроводжуючись погіршеннями і ремісіями.

В кожній групі прободного і пропотного ЖП розрізняють:

А) Розлитий ЖП: жовчний ексудат виявляється у більшій частині чи у всіх відділах черевної порожнини;

В) Обмежений ЖП: жовчний ексудат розташовується у обмеженій порожнині, частіше в надпечінковому і піддіафрагмальному просторі, рідше в правому боковому каналі. Часто ЖП супроводжується проникненням жовчі в позачеревний простір.

Кожна з цих груп ЖП в динаміці свого розвитку дає різну клінічну картину: від важкого шоку з її швидким летальним виходом у межах 24 годин до повільного та малопомітного зростання симптомів. Характер

патологічного процесу при виливі жовчі у черевну порожнину може змінюватись навіть у одного й того ж хворого, даючи ремісія та загострення.

Це дозволило (Малюгіна Т.А..1973) розділити кожен підгрупу на три стадії:

1. Гостра стадія характеризується бурхливим початком і швидким розвитком патологічного процесу, частіше у межах 24 годин - 5 діб. Ця стадія має чіткий фазовий розвиток:
 - А) Шокова фаза зважкимипорушеннями гемодинамики, функції дихання і вегетативної нервової системи;
 - Б) Фаза « вдаваного благополуччя», урівноваження шоккових порушень та місцевих змін;
 - В) Фаза печінково-ниркової недостатності та парлітичної кишкової непрохідності;
 - Г) Фаза гнійних ускладнень – термінальна.
2. Підгостра стадія може бути продовженням гострої стадії, або захворювання розвивається від самого початку хвилеподібно: на фоні повільного зростання патологічних симптомів виникають періоди різкого погіршення та ремісій. Особливо часто такий розвиток спостерігається при обмеженому ЖП, у післяопераційний період чи при повільному витіканні стерильної жовчі при травмі жовчного міхура. Ця стадія розвивається у межах 6-15 днів і супроводжується порушеннями різного ступеня функції печінки, нирок, метаболічних процесів на фоні розвитку деструктивного процесу очеревини з виникненням осумкованих гнійників, кишкових свищів.
3. Хронічна стадія зустрічається рідко. Зазвичай такий перебіг властивий травматичному ЖП при невеликих ізольованих ушкодженнях жовчного міхура чи протоків. Подібний перебіг спостерігається при ЖП, що ускладнює операції на жовчних протках або їх випадковому пошкодженні. Тривалість цієї стадії коливається від 15 днів до 1,5 місяця.

ЛІКУВАННЯ ЖП: термінове хірургічне або відстрочене хірургічне після проведення інтенсивних протишовкових заходів. Інші принципи ведення хворих з перитонітом описані у главі 2.8.

СЕПТИЧНИЙ ШОК

Одним із самих важких ускладнень гнійно-септичних процесів будь-якої локалізації є септичний (СШ) або токсико-бактеріальний шок (ТБШ).

☞ СШ - це особлива реакція організму, що виражається в розвитку важких системних розладів, пов'язаних з порушенням адекватної перфузії тканин, які настають у відповідь на проникнення мікроорганізмів або виділення їх токсинів.

Уперше СШ описав в 1956 р. Studdiford і Douglas.

☞ Частота - СШ знаходиться на 3 місці після геморагічного і кардіального шоку.

☞ Летальність при СШ - на 1 місці. При СШ гинуть від 20% до 80% хворих.

У акушерсько-гінекологічній практиці СШ зустрічається при наступних клінічних ситуаціях:

- *інфіковані позалікарняні аборти
- *перитоніт (обмежений чи розлитий)
- *залишки плідного яйця після виконання штучного аборту або після мимовільного аборту
- *раньова інфекція
- *запальні захворювання додатків

ТЕНДЕНЦІЯ ДО ЗБІЛЬШЕННЯ СШ ЗУМОВЛЕНА:

- *зміною характеру мікрофлора, появою антибіотикостійких і навіть антибіотикозалежних форм мікроорганізмів
- *нерациональна антибіотикотерапія - масивна " в догонку", що викликає лізис мікроорганізмів
- *зміна клітинного і гуморального імунітету багатьох жінок внаслідок застосування антибіотиків раніше, застосування гормональних препаратів
- *зростаюча алергізація хворих
- *широке (а часом і нерозсудливе) впровадження в гінекологічну практику інвазивних методів діагностики і лікування

Вогнищем інфекції у переважної більшості випадків СШ в акушерстві і гінекології є матка і цьому сприяє декілька чинників:

- *вагітна матка є хорошими вхідними воротами для інфекції
- *згустки крові і залишки плідного яйця служать поживною середою для мікроорганізмів
- *особливості кровообігу вагітної матки сприяють легкому надходженню бактеріальної мікрофлори в кровеносне русло
- *зміна гормонального гомеостазу (насамперед естроген-гестагенових співвідношень)
- *гіперліпідемія характерна для вагітних, що полегшує розвиток шоку

ПАТОГЕНЕЗ:

Токсини мікроорганізмів, що поступають в кровеносне русло, руйнують мембрану клітин ретикуло-ендотеліальної системи, печінки, легень, тромбоцитів, лейкоцитів, в результаті чого вивільняються лізосоми, багаті протеолітичними ферментами, які приводять в рух вазоактивні речовини: гістамін, серотонін, катехоламіни, ренін, котрі у свою чергу, викликають первинні зміни периферичного кровообігу, а саме:

- *різке зниження периферійного опору
- *регіональне шунтування (особливо виражене в легенях і судинах черевної зони)

Але ці патофізіологічні механізми не можуть компенсувати порушення капілярного кровотоку і відбувається падіння АТ - в наслідок чого розвивається:

1 ФАЗА СШ - ГІПЕРДИНАМІЧНА ФАЗА («тепла»):

ВОНА ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ:

- зниженням капілярної перфузії (при досить високому периферійному опорі)
- зниженням засвоєння кисню і енергетичних речовин на клітинному рівні у наслідок їх прямого пошкодження токсинами
- гіперактивацією тромбоцитарної і прокоагулянтної ділянки гемостазу і розвитком дисемінованого внутрішньо-судинного згортання (ДВЗ)
- утворенням недоокислених продуктів обміну
- збільшенням кількості факторів запалення – інтерлейкінів (ІЛ-1 і ІЛ-6), фактору некрозу пухлини, простагландинів, інтерферону

2 ФАЗА СШ - ГІПЕРДИНАМІЧНА ФАЗА («холодна»):

ВОНА ХАРАКТЕРИЗУЄТЬСЯ:

- спазмом периферійних судин і розвитком ДВЗ
- підвищеною проникності судинної стінки
- виходом рідкої частини крові в інтерстиціальний простір
- гіповолемією і зменшенням ОЦК
- різким зменшенням притока крові до серця
- порушення метаболізму - розвитком ацидозу
- стійким зниження АТ

☞ Всі вищевикладені патофізіологічні механізми розвитку СШ викликають порушення функції життєвоважливих органів - міокарду, печінки, нирок, легенів – і призводять до формування так званих «шокових органів».

☞ Перфузійні зміни в поєднанні зі змінами метаболізму (анаеробний гліколіз), а також вплив токсинів викликає дисфункцію тканин і органів і веде до їх загибелі - некротичні прояви на клітинному рівні відбуваються вже через 6-8 годин від початку функціональних порушень.

КЛІНІКА

СШ НАСТУПАЄ ГОСТРО.

Розвитку СШ передуює:

1. гіпертермія - температура підвищується до 38-41°C, тримається декілька секунд, а потім критично падає на 3-4°C, іноді до нормальних або субфебрильних цифр; характерні повторні озноби.
 2. падіння АТ - (основна ознака!) - відбувається без попередньої крововтрати або невідповідна їй.
 - у 1-у фазу – зниження систолічного тиску триває недовго - від 15-30 хв. до 1-2-х годин.
 - у 2-у фазу - різке і критичне зниження АТ.
- ☞ У деяких хворих можуть спостерігатися короточасні ремісії, тобто АТ може підніматись до субнормальних або нормальних показників, такий стан ремісії може тривати від декількох годин до декількох діб.
3. різка тахікардія – частота пульсу 120-140 уд /хв
шоковий індекс - 1,5 (норма 0,54) - це свідчить про швидке зменшення ОЦК.
 4. задишка - ЧД 30-60 в 1 хв., виникає не тільки внаслідок тканинного ацидозу, але і в результаті розвитку шокових легень.
 5. зміни з боку ЦНС - ейфорія, марення, дезорієнтація, галюцинації, які змінюються в'ялістю і адинамією. Ці порушення виявляються рано, нерідко вони передують падінню АТ.
 6. болі в животі, грудній клітці, кінцівках, попереку, головний біль
- свідчать про порушення мікроциркуляції і крововиливи у ці ділянки тіла.
 7. блювота - іноді у вигляді « кавової гущі », пов'язана з некрозом і крововиливами в ділянки слизової оболонки шлунку.

8. зниження діурезу, аж до анурії - прояви розвитку гострої ниркової недостатності - спочатку страждає фільтраційна функція нирок за рахунок спазму судин коркового шару і загальної гіпотонії, потім відбувається порушення метаболізму, гіпоксія і некроз нефрону.

Крім олігурії швидко наростає азотемія, порушується електролітний баланс, що проявляється у розвитку гіперкаліємії, змін у кислотно-лужному стані і може викликати зупинку серця.

9. петехіальний висип, некроз ділянок шкіри – зумовлений порушенням мікроциркуляції.

☞ СШ - це смертельна небезпека для хворої, тому важлива своєчасна, тобто рання діагностика. Термін часу відіграє вирішальну роль, бо безповоротні зміни настають в межах 6-8- годин, рідше 10-12 годин.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЮ ДОПОМОГИ:

Заходи стеження (моніторинг):

- контроль АТ, П, ЧД - кожні 30 хвилин
- контроль температури тіла - кожні 3 години
- контроль почасового діурезу
- контроль біохімічних показників - електроліти, кислотно-лужний стан, рН крові, рО₂ і рСО₂ крові, протеїнограма, азотисті шлаки, білірубін, коагулограма - кожні 3 години
- контроль ОЦК і величин серцевого викиду - кожні 2-3 години
- контроль ЕКГ - кожні 3 години
- контроль аналізу крові з підрахунком тромбоцитів - кожні 3 години

Заходи щодо лікування септичного шоку:

1. відновлення тканьового кровотоку

2. корекція метаболічних порушень
3. підтримка адекватного газообміну
4. ліквідація вогнища інфекції



3.

ОЖ,ЗУМОВЛЕНИЙ ТРАВМАТИЧНИМИ ПОШКОДЖЕННЯМИ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ:

3.1 Травматичні пошкодження зовнішніх статевих органів побутового, виробничого і насильницького характеру



Всі травми зовнішніх статевих органів і піхви звичайно супроводжуються значною кровотечею (особливість кровопостачання даної області) і больовим шоком (шокогена зона). У деяких випадках травми зовнішніх статевих органів можуть бути проникаючими в черевну порожнину і викликати пошкодження сусідніх органів, приводити до розвитку сепсису і/або перитоніту.

По всіх ознаках травматичні пошкодження зовнішніх статевих органів і піхви контаміновані у кращому випадку, а в гіршому забруднені і інфіковані.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ НА ДОШПИТАЛЬНОМУ ЕТАПІ:

- асептична пов'язка з марлевого матеріалу і введення знеболюючих препаратів (наркотики).

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ В СТАЦІОНАРІ:

1. Детальне опитування з метою з'ясування характеру і часу від моменту отримання травми.
2. Динамічний контроль загального стану, показників гемодинаміки і показників крові.

3. Огляд потрібно проводити під загальним знеболенням з метою ретельної ревізії пошкоджень, виключення пошкоджень сусідніх органів і проникнення в черевну порожнину.
4. Якщо від моменту травми пройшло до 6 годин, можливо ушиття місць пошкодження.
5. Якщо від моменту травми пройшло більше 6-ти годин і відсутня кровотеча з рани, необхідно провести обробку рани антисептиками і вести її відкритим способом. При великих розривах і необхідності проведення ушиття рани і враховуючи ризик розвитку інфекційних ускладнень, проміжки між хірургічними швами необхідно дрениувати гумовими або поліетиленовими випускниками на 1-3 доби.
6. При наявності у піхві великих напружених гематом, необхідно провести розтин їх в місці найбільшого випинання і зупинити кровотечу шляхом накладення хірургічних швів.
7. Обов'язкове введення протиправцевої сироватки у дозі 1500 од.
8. Введення інфузійних розчинів і гемотрансфузія - по показанням.
9. Обов'язкове проведення антибактерійної терапії для профілактики гнійно-септичних ускладнень.



3.2 Ятрогенні пошкодження



ЯТРОГЕННІ ПОШКОДЖЕННЯ виникають в результаті лікарської діяльності і можуть супроводжувати виконання різних лікувальних маніпуляцій:

- виконання кюретажу матки під час діагностичного вишкрібання або виконання операції штучного переривання вагітності
- гістероскопія
- гістерографія
- введення або витягання ВМС

При виникненні ускладнень подібного роду в діяльності лікаря ситуація залишається такою, що контролюється з огляду слідуєчих причин:

1. Ускладнення сталося в стаціонарі в умовах з дотриманням асептики і в пацієнтки, яка є клініко-лабораторно обстежена для виконання певного роду операції.
2. Для встановлення діагнозу, характеру пошкоджень, що виникли і наявності крововтрати, є можливість забезпечення професійної консультативної допомоги більш високого рівня з участю анестезіолога-реаніматолога.
3. Лікувальні заходи виконуються з мінімальною втратою часу.

ЛІКУВАЛЬНО-ТАКТИЧНІ ЗАХОДИ

1. Якщо перфорація матки проведена тупим інструментом (пуговчатим зондом) і відразу констатована лікарем, можлива консервативно-очікувальна тактика з динамічним спостереженням і проведенням антибактерійної терапії.
2. У разі поранення матки гострим предметом, запізнілої діагностики ускладнення або підозра на пошкодження сусідніх органів показана лапаротомія з ревізією органів черевної порожнини. Питання про збереження органу вирішується під час операції в залежності від важкості пошкоджень.



3.3 Кримінальні втручання



Всі позалікарняні спроби, які мають за мету переривання вагітності, повинні розглядатися як злочинні, тобто кримінальні втручання, що мають своє визначення в чинному законодавстві. Мова ведеться про надзвичайну

міру ризику пошкоджень з найважчими наслідками, зумовленими розвитком кровотечі, перитоніта, сепсису, токсико-бактеріального шока, травмами сусідніх органів, про які не має ні найменшої уяви жінка, що звернулася за наданням подібною «допомоги».



ПЕРЕБІГ ВИПАДКУ, ЯКИЙ ПОВ'ЯЗАНИЙ З ПОЗАЛІКАРНЯНИМ ПЕРЕРИВАННЯМ ВАГІТНОСТІ:

1. Спроби позалікарняного переривання вагітності рідко закінчуються повним випорожненням матки від елементів плідного яйця, що приводить до їх інфікування.
2. Тривале перебування інфікованих залишків плідного яйця приводить до розвитку гнійно-септичних ускладнень, розвитку процесів пов'язаних з порушенням коагуляційних властивостей крові.



КЛІНІЧНЕ ВЕДЕННЯ ВИПАДКУ, ЯКИЙ ПОВ'ЯЗАНИЙ З ПОЗАЛІКАРНЯНИМ ПЕРЕРИВАННЯМ ВАГІТНОСТІ:

1. Докладний збір анамнезу.
2. Ретельний огляд зовнішніх і внутрішніх статевих органів на предмет виявлення травматичних пошкоджень, симптомів пошкодження сусідніх органів, симптомів подразнення очеревини.
3. Комплексне клініко-лабораторне обстеження.
4. При наявності симптомів травматичного пошкодження внутрішніх органів, явищ сепсису і/або перитоніту, а також при надходженні хворої в стаціонар з явищами токсико-бактеріального і/або геморагічного шоку – проводиться підготовка до термінового оперативного втручання.
5. Підготовка до оперативного втручання включає в себе: повне лабораторне обстеження, інфузійну терапію для відновлення

ОЦК і корекції перфузійних порушень в тканинах і органах, заготівля в достатньому об'ємі свіжої одногрупної крові і її компонентів (альбумін, плазма, кріопреципітат), виклик хірургічної бригади, яка може виконати великий об'єм оперативного втручання.

6. Оперативне втручання виконується в об'ємі гістеректомії з трубами або додатками матки і ретельною ревізією органів черевної порожнини, інтубацією кишечника, дренажуванням черевної порожнини.
7. Післяопераційний період проводиться під контролем всіх життєвоважливих функцій організму, показників гемодінаміки, контролю формених елементів крові на фоні проведення коригуючої інфузійної терапії, раціональної антибактерійної терапії.



4.

ЗАХВОРЮВАННЯ ОРГАНІВ, РОЗТАШОВАНИХ ПОЗА ЧЕРЕВНОЮ ПОРОЖНИНОЮ, ЩО СИМУЛЮЮТЬ ГЖ:

4.1 Ниркова коліка



☞ Ниркова коліка виникає на фоні пієлонефриту і уролітіазу.

ОСНОВНІ СИМПТОМИ:

1. Локалізація болю - в правій або лівій верхній половині живота.
2. Характер болю - переймоподібний, у вигляді колік.
3. Іррадіація болю - вниз живота, пахову область, стегно.
4. Болі можуть супроводжуватися блювотою, затримкою стільця і газів, здуттям кишечника.
5. Положення хворого в постелі - хворі кидаються, намагаючись полегшити біль.
6. Пульс - без наявності лихоманки- не змінений, повний.
7. Язик - вологий.
8. Пальпація живота – викликає біль, але без чіткої локалізації.
9. Симптом Щьоткіна-Блюмберга –негативний.
10. Симптом Пастернацького позитивний на стороні поразки.
11. Дизурічні розлади виражені в більшості випадків.
12. Зміни з боку формули крові - виражений лейкоцитоз.
13. Дослідження аналіз сечі - гематурія, лейкоцитурія



4.2 Захворювання легень і плеври



«Гострий живіт» частіше всього симулюють пневмонії і плеврити.

ОСНОВНІ СИМПТОМИ:

1. Болі в животі - постійні або переймоподібні, досить інтенсивні, співпадають з підйомом температури і ознобом, при цьому вдається встановити наявність в анамнезі простуди, ОРЗ.
2. Положення в постелі - активне, вільно переміщається, частіше приймає напівсидяче положення.
3. Має місце обмеження рухливості грудної клітки при диханні в області поразення і виражена задишка.
4. Лице хворого - гіперемовано, має місце акроціаноз.
5. Пульс - частий, відповідає лихоманці, повний.
6. Напруження м'язів передньої черевної стінки, пов'язане з торакальним синдромом, вдається зняти, розмовляючи з пацієнтом під час пальпації, симптом Щьоткіна-Блумберга в таких випадках негативний.
7. Зміни з боку формули крові - виражений лейкоцитоз.
8. Фізикальні і рентгенологічні обстеження легень підтверджують захворювання легень чи плеври.



4.3 Інфаркт міокарду



Клінічні вияви гострого інфаркту міокарда можуть виражатися в сильних переймоподібних болях в животі, здутті живота, іноді у видимій на око перистальтиці, затримці стільця і газів, що пов'язано з розвитком вісцero-вісцeralьних рефлексів. Тривалий генералізований спазм судин брижі кишки може привести до непотрібної лапаротомії.


КЛІНІЧНА ДІАГНОСТИКА:

1. Зовнішній вигляд хворого - виражений неспокій, страх в очах, ціаноз губ, кінчика носа, має місце виражена задишка.
2. Швидко наростає падіння пульсу аж до колапсу, падіння артеріального тиску. Іноді відмічаються порушення серцевого ритму, мерцальна аритмія.
3. Серцева недостатність відбувається по лівошлуночковому типу, що супроводиться вираженою задишкою з подальшим розвитком набряку легень.
4. Больова чутливість і напруження черевних м'язів вдається зняти, розмовляючи з хворим і проводячи тривалу глибоку пальпацію живота.
5. Електрокардіографія в динаміці дозволяє визначитися в постановці діагнозу.



4.4 Діабет



-  Явище гострого живота можуть виникнути у хворих діабетом в зв'язку з посилення ацидозу і є передвісником діабетичної коми.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ:

1. Надзвичайна збудливість хворих.
2. Часта, виснажуюча блювота.
3. Сухість язика і слизових оболонок порожнини рота.
4. При блювоті, що продовжується - частий, слабкий пульс і зниження артеріального тиску.

5. Дихання прискорене, глибоке і утруднене з участю грудних, шийних і черевних м'язів.
6. При посиленні блювоти з'являються болі в животі і сильне здуття живота.
7. Напруження черевних м'язів повністю зникає на висоті вдоху і пальпація стає безболісною, симптоми подразнення очеревини - відсутні.
8. Дослідження крові і сечі на цукор дозволяє визначитися в постановці діагнозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство. Н.Новгород.Изд-во НГМА, 1995,281с.
2. Брауде И.Л. Неотложная хирургия в акушерстве и гинекологии. Руководство для врачей. М., Медгиз, 1947, 320с.
3. Грязнова И.М. Внематочная беременность.М., Медицина, 1980,144с.
4. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. Руководство для врачей. М., Медицина, 1990, 464с.
5. Макаров Р.Р., Габелов А.А. Оперативная гинекология. Ленинград, Медицина, 1977, 296с.
6. Малюгина Т.А. Желчный перитонит. Москва, Медицина, 1973, 255с.
7. Милостанов М.М.Розпізнавання “гострого живота”. ДМВ УРСР, Київ,1953, 103с.
8. Персианинов Л.С. Оперативная гинекология. М., Медицина, 1971, 552с.
9. Подоненко-Богданова А.П. Заболевания симулирующие “ острый живот” (ложный острый живот). Здоров*я. Киев. 1968. 195с.
- 10.Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Под ред.академика В.С.Савельева. 2-е изд. М., Медицина, 1986, 608с.
- 11.Рябов Г.А. Критические состояния в хирургии.М.,Медицина, 1979, 320с.
- 12.Симонян К.С. Перитонит. М., Медицина, 1971, 295с.
- 13.Сольский Я.П., Иванюта Л.И. Воспалительные заболевания женских половых органов. Киев, Здоров*я, 1975, 214с.
- 14.Федоров В.Д. Лечение перитонита. М., Медицина, 1974, 223с.

15. Davis Christopher Textbook of Surgery. W. B. Saunders Company,
1981.