

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ЛЕКЦІЇ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО
УДОСКОНАЛЕННЯ**

«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	«Гострий» живіт в акушерстві» (код курсу 6.0)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство та гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин – 2 години

I. Науково-методичне обґрунтування теми

“Гострий живіт” являє собою загальне поняття, яке включає в себе захворювання, що характеризуються гострим початком у вигляді болю в животі, симптомами подразнення очеревини і напруженням м’язів передньої черевної стінки.

У акушерській практиці причини виникнення «гострого живота» можуть бути пов’язані із внутрішньочеревними кровотечами, які обумовлені розривами кіст яєчників або травматичним ушкодженням матки ятрогенного чи кримінального походження; із порушенням живлення пухлин внутрішніх статевих органів – перекут ніжки пухлини яєчника та некроз фіброматозного вузла матки; гострою хірургічною патологією у вагітної (апендицит, кишкова непрохідність, холецистит, панкреатит)

II. Навчальні цілі лекції

Ознайомити курсантів з головними питаннями, що пов’язані з проблемами профілактики, діагностики та лікування «гострого живота» у вагітних. Виховати методологічний підхід до аналізу викладеного матеріалу, обґрунтування діагнозу, організації лікувальних та профілактичних заходів;

III. Цілі розвитку особистості фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінок та виконанні лікарських маніпуляцій.

Посилити почуття відповідальності у лікарів-курсантів за правильність дій на етапах обстеження та лікування гінекологічних хворих із ознаками «гострого живота» та психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Біологія	Формування компенсаторних механізмів організму при крововтраті та інтоксикації в процесі еволюції.	
2. Фізіологія	Характеристика груп крові по системі АВО та резус-фактору, визначення понять «запальний процес», «гемологічний шок», «інтоксикаційний синдром»	Проводити гемотрансфузію, визначати прояви запального процесу, ознаки інтоксикаційного синдрому
3. Хірургія	Діагностика «гострого живота», та захворювання, що його викликають	Хірургічне лікування «гострого живота» у вагітних
<i>Наступні:</i>		
1. Перинатологія	Механізми розвитку передчасних пологів у вагітних	Давати оцінку причинам розвитку передчасних пологів у

	із патологією, що викликає «гострий живот».	вагітних із патологією, що викликає «гострий живот».
2. Репродуктологія	Механізми порушення та поновлення репродуктивної функції у жінок, лікованих з приводу «гострого живота» .	Профілактика репродуктивних порушень пологів у вагітних із патологією, що викликає «гострий живот».

V. План та організаційна структура лекції

№п/п	Основні етапи лекції та їх зміст	Тип лекції. Засоби активізації курсантів. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Підготовчий етап (актуальність теми, мотивація її вивчення, мета)		5 хв.
2.	Основний етап (викладення лекційного матеріалу). Визначення основних термінів. Короткі історичні відомості, роль вітчизняних вчених. Етіологія, патогенез, причини розвитку «гострого живота» у вагітних. Обстеження. Лікування. Профілактика та реабілітаційна терапія.	Клінічна лекція. Мультимедійний супровід. Питання, ситуаційні задачі. Клінічний розбір історії жінок з ознаками «гострого живота» (по можливості).	75 хв.
3.	Заключний етап.: <ul style="list-style-type: none"> • резюме лекцій, загальні висновки; • відповіді на можливі питання; • завдання для самопідготовки курсантів. 	Навчальна література. Завдання, питання.	10 хв.

VI. Зміст лекційного матеріалу

Перитоніт – це гостре запалення очеревини. При розповсюдженні процесу лише в області малого таза розвивається локальний, так званий **пельвіоперитоніт**, який може бути обмеженим або необмеженим. При поширенні процесу за межі таза виникає **дифузний** або **поширений перитоніт**.

Гінекологічний перитоніт (ГП) являється важким ускладненням різноманітних запальних процесів органів малого таза і нерідко приводить до летального завершення захворювання.

Причиною розвитку ГП являються слідувачі деструктивні процеси внутрішніх статевих органів:

- деструкція стінки піосальпінкса, піовара або гнійного тубооваріального утвору;
- різноманітні гінекологічні операції;
- кримінальні аборти, в тому числі ускладнені перфорацією стінки матки;
- некроз пухлини яєчника в результаті перекруту її ніжки або розрив капсули пухлини;
- некроз фіброматозного вузла.

Місцевим обмеженим перитонітом в області малого таза може бути піосальпінкс, піовар, тубооваріальний абсцес. Пельвіоперитоніт – це необмежений локальний перитоніт в області малого таза. Він може бути закритим, при утворенні злук і зрощень між органами малого таза, петлями кишківника та чіпцем або відкритим, при вільному сполученні порожнини малого таза з вищележачими відділами черевної порожнини.

В разі розвитку розповсюдженого перитоніту може виникати дифузний, коли процес захоплює від 2 до 5 анатомічних областей черевної порожнини; поширений – більше 5 але менше 9; при загальному – має місце тотальне ураження очеревини черевної порожнини.

У всіх випадках необхідно диференціювати місцевий і поширений перитоніт, так як існує принципова різниця в тактиці лікування цих станів. Ступінь розповсюдження поширеного процесу може бути визначений тільки при лапаротомії і це має значення для визначення об'єму хірургічного втручання та дренивання черевної порожнини.

Пельвіоперитоніт.

По характеру пельвіоперитоніт може бути:

- серозним;
- фібринозним;
- гнійним.

Патогенез розвитку пельвіоперитоніту. В гострій стадії розвитку перитоніту спостерігається підвищення проникливості судинної стінки, що приводить до підвищеної ексудації, виходу за межі судинної стінки альбуміну, фібриногену, формених елементів крові (лейкодіapedез). У вогнищі запального процесу відбувається накопичення біологічно активних речовин: гістаміну, кінінів, серотоніну, органічних кислот, підвищується концентрація водневих та гідроксильних іонів. Зниження пошкоджуючої дії інфекційного агента сприяє відновленню мікроциркуляції, зменшенню ексудації, утворенню злук, які відмежовують патологічний процес в області малого таза. При подальшій агресії пошкоджуючого фактору серозно-фібринозне запалення переходить в стадію гнійного, при якому відмежування не відбувається і процес поширюється на інші ділянки черевної порожнини.

Клініка. Гостра стадія пельвіоперитоніту подібна з дифузним перитонітом, але менш виражена й місцеві зміни переважають над загальними.

При наявності запального процесу в області додатків матки відбувається погіршення загального стану, посилюється болючість у нижніх відділах живота. Різко підвищується температура тіла до 38⁰-39⁰С. Спостерігається нудота, одно- або дворазова блювота. При об'єктивному дослідженні визначається частий пульс, який дещо випереджає температурну реакцію. Язик вологий. Живіт у нижніх відділах дещо вздутий. Спостерігається напруження м'язів. Позитивні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика кишківника стає млявою, передня черевна стінка завжди приймає участь в акті дихання. Вагінальне обстеження приводить до різкого болю, рухи за шийку матки також болючі. Склепіння плоскі, іноді спостерігається їх нависання.

Клінічний аналіз крові при пельвіоперитоніті необхідно проводити часто, в першу добу захворювання – щогодини. На відміну від поширеного перитоніту, при

пельвіоперитоніті виявляється помірний лейкоцитоз, нерізкий зсув лейкоцитарної формули вліво, незначне зниження лімфоцитів і підвищення ШОЕ.

У важких діагностичних випадках показана діагностична лапароскопія і при підтвердженні діагнозу вводять мікроірігатор для антибіотиків.

Лікування. Як правило пельвіоперитоніт лікується консервативно. Призначається ліжковий режим, повноцінна дієта.

Фармакотерапія.

1. Антибактеріальна терапія (після взяття матеріалу на посів призначаються антибіотики широкого спектру дії, а коли отримано результат – з урахуванням чутливості збудника до антибіотиків).
2. Дезінтоксикаційна терапія (реологічно активні плазмозамінники, білкові препарати, сольові розчини, глюкоза), при зниженні діурезу вводять сечогінні препарати.
3. Десенсибілізуюча терапія.
4. Імунотерапія.
5. Ферментотерапія.
6. Корекція реологічних та коагуляційних порушень.
7. Неспецифічна протизапальна терапія.
8. Знеболюючі препарати.
9. Загальнозміцнююча терапія.

Немедикаментозна терапія:

1. Кріотерапія (вагінальна або абдомінальна кріотерапія).
2. Гіпербарична оксигенація.
3. Обмінний плазмаферез.
4. Ультрафіолетове опромінення крові.
5. Лазеротерапія.

Хірургічне лікування показано при розвитку пельвіоперитоніту на фоні піосальпінкса, піовара або тубооваріального абсцесу і краще його проводити в “холодний період”.

Розповсюджений перитоніт.

При поширеному перитоніті на передній план виходять явища загальної ендогенної інтоксикації організму, які виникають у результаті глибоких метаболічних порушень.

Під дією біологічно активних речовин в організмі виникають виражені генералізовані судинні розлади на рівні мікроциркуляції. Неадекватне кровопостачання призводить до розвитку загальної гіпоксії тканин, порушень обміну речовин і швидкому виникненню деструктивних змін у нирках, підшлунковій залозі, печінці, тонкому кишківнику.

Порушення бар'єрної функції кишківника приводить до посилення інтоксикації.

Перебіг патологічного процесу характеризується наявністю 3-х фаз:

I фаза – реактивна (компенсаторні механізми збережені; відсутні порушення метаболізму; загальний стан задовільний, незначна ейфорія; помірний парез кишківника; тахікардія; помірний лейкоцитоз);

II фаза – токсична (наростання явищ інтоксикації; загальний стан важкий, виражена млявість, з'являється блювота; порушення обмінних процесів, ацидоз, гіпо- і диспротейнемія; перистальтика кишківника відсутня; наростає лейкоцитоз, токсична зернистість нейтрофілів);

III фаза – термінальна (метаболічні зміни глибокі й безповоротні; загальний стан дуже важкий; переважають симптоми ураження ЦНС – різка загальмованість, адинамія;

пульс аритмічний, гіпотензія, різка задуха; моторна функція кишківника повністю відсутня).

При ГП клініка має свої особливості – виражені місцеві й загальні прояви можуть бути відсутні, стійкий парез кишківника, який не усувається навіть при перидуральній блокаді або при переферичному гангліонарному блоці.

До місцевих проявів перитоніту відноситься: біль у животі, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки, парез кишківника.

Найбільш характерні для поширеного перитоніту загальні симптоми: висока пропасниця, поверхнєве часте дихання, ейфорія, тахікардія, виражений лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, токсична зернистість нейтрофілів, підвищення рівня лужної фосфатази, різке зниження кількості тромбоцитів.

Лікування. Лікування поширеного перитоніту обов'язково проводиться в 3 етапи: передопераційна підготовка, оперативне лікування, інтенсивна терапія в післяопераційний період.

Передопераційна підготовка триває 1,5 – 2 години і включає в себе декомпресію шлунка через назогастральний зонд, пункцію підключичної вени, інфузійна терапія (ліквідація гіповолемії, метаболічного ацидозу, детоксикація організму, корекція водно-електролітного балансу), введення серцевих препаратів, адекватну оксигенацію. На цьому етапі показано введення антибіотиків широкого спектру дії у максимально допустимій дозі.

Основна задача **оперативного втручання** – повна ліквідація вогнища інфекції. Доступ – серединна лапаротомія. Черевна порожнина обробляється розчином фурациліну. У брижу вводиться розчин новокаїну. Декомпресія кишківника зондом Міллера – Еббота. Дренування черевної порожнини.

Післяопераційне лікування являється дуже важливим.

1. Інфузійна терапія (ліквідація гіповолемії, поповнення хлоридів і калію, корекція ацидозу, антиферментативна та антикоагуляційна терапія, забезпечення форсованого діурезу).
2. Інтенсивна антибактеріальна терапія.
3. Профілактика та лікування функціональної недостатності серцево-судинної системи.
4. Попередження та ліквідація гіповітаміноза.
5. Відновлення моторно-евакуаторної функції кишківника (назогастральна декомпресія, перидуральна блокада, введення церукалу, гангліоблокаторів).
6. Імунокорекція.

Немедикаментозне лікування:

1. Гіпербарична оксигенація.
2. Обмінний плазмаферез.
3. Екстракорпоральна гемосорбція.
4. Ультрафіолетове опромінення крові.
5. Лазертерапія.

Апендицит у вагітних

При вагітності є сприятливі умови для виникнення гострого, загострення хронічного апендициту: зміщення сліпої кишки і апендикса вгору та вправо, збільшення рівня статевих і кортикостероїдних гормонів. В результаті виникають перегин апендикса,

порушення його кровообігу, застій вмісту.

Клініка апендициту в 1 половині вагітності не відрізняється від класичної. В 2 половині вагітності характерна стерта клінічна картина гострого апендициту. Розрізняють:

1. Катаральний.
2. Флегмонозний.
3. Гангренозний.

Основні симптоми катарального апендициту: біль в епігастрії або по всьому животу, через 3-4 години, біль локалізується вище правої клубової ділянки; незначне напруження м'язів передньої черевної стінки; нудота іноді блювота, сухість в роті; підвищення температури тіла до 37,6-38С; ознаки Щоткіна-Блюмберга, Сітковського, Ровзінга, та ін., які виявляють подразнення очеревини (у вагітних вони виражені менше ніж у невагітних.).

По мірі розвитку запального процесу наростають симптоми подразнення очеревини, захисне напруження м'язів черевної стінки в правій клубовій ділянці, що свідчить про розвиток флегмонозно-гангренозного апендициту та локального перитоніту.

Важливою діагностичною ознакою є наростання нейтрофільного лейкоцитозу , тахікардія більше 100-110 уд/хв., що виявляє деструктивні процеси в апендиксі.

Якщо сліпа кишка з апендиксом розташовані позаду від вагітної матки то симптоми подразнення відсутні, з'являється позитивний псоас – симптом.

Лікування у всіх випадках оперативне. В 1 половині вагітності – типова апендектомія за методикою Волковича-Дьяконова.

При апендициті з деструктивними змінами та в 2 половині вагітності – нижньосерединна лапаротомія, апендектомія, огляд прямокишкового простору і задньої поверхні матки, туалет черевної порожнини, введення дренажу.

При недоношеній вагітності – терапія направлена на її збереження, при доношеній вагітності – пологи вести через природні пологові шляхи з використанням окситоцина, простагландинів. Кесарський розтин – тільки при передлежанні плаценти та відшаруванні нормально розташованої плаценти, тоді роблять ще екстирпацію матки з трубами.

Після швидкого пологорозршення через природні пологові шляхи показана апендектомія, дренажування черевної порожнини, антибактеріальна та інфузійна терапія. У жінок з апендектомією в анамнезі внаслідок злукового процесу при вагітності можуть виникнути болі внизу живота, що викликає скорочення матки і передчасне переривання вагітності. В таких випадках назначають загальне УФО, яке знімає больовий синдром, сприяє роз'єднанню злуків.

Кишкова непрохідність у вагітних

Розрізняють: динамічну та механічну. Критичні періоди для розвитку гострої кишкової непрохідності: вихід матки з порожнини малого тазу (12-16 тижнів вагітності); опускання голівки плода в кінці вагітності; зменшення об'єму матки після пологів з швидкою зміною внутрішньочеревного тиску.

Клініка: гострий раптовий переймоподібний біль в животі, разом з нудотою, блювотою, затримкою газів та стільця, погіршенням загального стану. Лікування – негайне оперативне втручання. Питання збереження вагітності вирішується індивідуально.

Гострий холецистит у вагітних

Гострий холецистит або загострення хронічного процесу частіше виникає у жінок з порушенням обміну речовин. Велику роль в розвитку захворювання грає інфекція. До розвитку холециститу можуть призвести різні причини: гіпокінезія жовчних шляхів, морфологічні зміни в структурі термінального відділу загального жовчного протоку,

зниження імунологічних факторів, гіперкоагуляція крові та інші.

Найбільш частими ускладненнями гострого холецистити є механічна жовтяниця і холангіт.

Діагностика захворювання пов'язана з труднощами, зумовленими змінами анатомо-топографічних взаємовідносин під час вагітності і зміною реакції вагітних на запальний процес.

Захворювання проявляється болями в правому підребер'ї з ірадіацією в праву лопатку, та плече. Іноді біль має тупий характер. Нудота і блювота не приносять полегшення хворій. Із анамнезу з'ясовують наявність холецистити, порушення дієти (жирні, гострі продукти). Загальний стан задовільний. При пальпації: болючість в ділянці жовчного міхура. Основні симптоми:

Симптом Ортнера: болючість при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі.

Симптом Мюсі: болючість при натисканні над дужкою в ділянці між ніжками грудинно-дужково-сосочкового м'язу.

Симптом Боаса: болючість при натисканні пальцем справа від VIII-X грудних хребців.

Симптом Кера: біль на вдосі при пальпації правого підребер'я.

При катаральному холециститі інтоксикація відсутня, температура субфібрильна, симптоми подразнення очеревини локальні (не завжди є), перистальтика активна. З боку матки може бути підвищення її тону, серцебиття плоду не порушено. Якщо запальний процес прогресує, то стан жінки погіршується. Наростає інтоксикація, з'являється трясівниця, температура підвищується до 38,0С, симптоми подразнення очеревини наростають. Діагноз виставляють разом з хірургом. Лабораторне обстеження: загальний аналіз крові і сечі (уробелін, жовчні пігменти), біохімія крові (білірубін, холестерин, глюкоза, трансфераза, електроліти).

Наявність камінців в жовчних шляхах приводить до виникнення холангіту, механічної жовтухи. Загальний стан хворої ще більше погіршується, біль наростає. З боку матки можуть бути нерегулярні скорочення. Наростає жовтяничне забарвлення склер, посилюється трясівниця, температура носить гектичний характер, печінка і селезінка збільшуються в розмірах. Наростає гіпербілірубінемія до 50-200 мМоль/л, гіперхолестеринемія, підвищується активність ЛФ, ГГТП, 5-НУК. Може далі підвищуватись АТ. Для діагностики використовують також УЗД.

Тактика ведення: термінова операція показана:

- при гострому холециститі з явищами розливного перитоніту;
- при гострому холециститі з холангітом, важкою формою панкреатиту, механічною жовтяницею, деструктивними змінами стінок жовчного міхура;
- при прогресуючому запальному процесі, не дивлячись на лікування.

Консервативне лікування: голод 24-48 годин; в/в вводять 5-10% розчин глюкози – 500,0, з інсуліном, 150-200 мл 0,25% розчину новокаїну, розчин Рінгера, лактосоль, гемодез, реополіглюкін. Вводять спазмолітики (НО-ШПА, платифілін, баралгін, нітрогліцерін).

Антигістаміни (тавегіл, дімедрол, піпольфен). Призначають антибіотики. При значних болях – знеболюючі препарати.

Якщо лікування неефективне, то оперують в перші 2-3 доби. При ефективному лікуванні оперують через 3-4 тижні (в холодному періоді).

Пологорузрішення краще проводити через природні пологові шляхи. Кесарський розтин – тільки по акушерським показам. У цих роділь частіше спостерігаються передчасні пологи, слабкість пологової діяльності, несвоєчасний вилив навколоплідних

вод, гіпоксія плода, кровотечі, затримка розвитку плода.

Гострий панкреатит у вагітних

Це важке поліетіологічне захворювання, яке характеризується запаленням і деструктивними змінами підшлункової залози. Під час вагітності протікає важко, смертність жінок складає 20-30%. Перинатальна смертність дітей складає – 38%. При вагітності іноді важко поставити діагноз. Хвороба починається гостро з значних болей у верхній половині живота, які носять опоясуючий характер. З'являється нудота, блювота, після якої легше не стає. Розвивається колапс. При огляді: іктеричність склер, слизових оболонок, на шкірі –крововиливи, “синяки” (навколо пупка і на боковій поверхні живота). При пальпації – значна болючість в епігастрії, підребер'ях. Часто підвищується температура.

Лікування: призначають голод, спазмолітики (платіфілін 1,0 в/м, папаверин 2,0, но-шпа 2,0, баралгін 5,0 - 3-4 рази на добу). Інфузійну терапію починають з літичної сумші (атропін 1,0, промедол 2% - 1,0, дімедрол 1% - 1,0). В/в вводять 20-40 мл 0,5% новокаїну, глюкозу, розчин Рінгера, реополіглюкін, гемодез. Вводять інгібітори протеаз (трасілол, контрікал, гордокс). Призначають еуфілін 2,4% - 10,0 в/м, 2 рази на добу, вітаміни, кокарбоксілазу. Для профілактики гнійних ускладнень призначають антибіотики (ампіцилін, ампіокс, цефалоспорини). Показом до хірургічного лікування є гнійний панкреатит з диструкцією..

В гострій фазі захворювання переривають вагітність тільки по акушерським показам. При розвитку перитоніту і необхідності акушерської операції роблять спочатку кесарський розтин (при цьому частіше видаляють матку. При консервативному лікуванні і панкреатиту і терміні вагітності більше 36 тижнів проводять допологову підготовку і дострокове пологорозрішення природнім шляхом. При загрозі переривання вагітності зберігаючи терапію не проводять. Розвивається гіпоксія плода. В третьому триместрі вагітності він гине в 38% випадків).

Хронічний панкреатит у вагітних

Клінічна картина схожа з гострим панкреатитом, але менше виражена. Загострення захворювання у вагітних буває дуже рідким. При тривалості ремісії хронічного панкреатиту, відсутності ускладнень вагітність можна виношувати. В 28% випадків вагітність ускладнюється раннім токсикозом, який може тривати до 17-20 тижнів. Хронічний панкреатит суттєво не впливає на перебіг другої половини вагітності і на пологи.

Захворювання кишківника у вагітних

Вагітність змінює функцію кишківника, хоча в меншій ступені, ніж функцію інших органів. У вагітних посилюється всмоктування заліза, збільшується реабсорбція води, іонів натрію, з'являються закрепи.

Хвороба Крона – хронічне гранульоматозне запалення тонкого кишківника, частіше його термінального відділу. Але можуть вражатись і інші ділянки, навіть вторинно лімфовузли, печінка, шкіра, суглоби. Причина захворювання не відома. Має значення інфекція і імунологічна сенсibiliзація організму. Захворювання носить прогресуючий характер, загострення змінюється ремісіями.

Основні скарги на болі в животі і діарею. Переймоподібна біль з'являється після їжі. Частота стільця залежить від локалізації запалення: при регіонарному ентериті стілець 2-4 рази на добу, при гранульоматозному коліті – 3-10 разів на добу. Кал м'який,

сформований, але може бути і рідким, містить багато слизу. Постійна діарея і відсутність апетиту приводять до значного похудіння.

Ускладнення: злуковий процес, перехід на сусідні органи, утворення фістул, перфорація кишківника, утворення перианальних і параректальних нориць і абсцесів. Може бути стеноз кишківника, кишкові кровотечі, непрохідність, пухлиноподібні конгломерати, гіпохромна анемія, набряк ніг і черевної стінки, асцит.

Діагноз поставити важко. Використовують ректороманоскопію.

Вагітність погіршує перебіг захворювання у 80% випадках. Рецидиви частіше виникають в першому триместрі вагітності, після абортів, пологів. Хвороба Крона часто призводить до невиношування вагітності, хронічної гіпоксії плода, мертвонароджуваності. Вагітність у жінок з хворобою Крона допустима при наявності стійкої ремісії. Загострення захворювання є показом для переривання вагітності.

Лікування: дієта, багата вітамінами, білками, з обмеженням клітковини і тваринного жиру. Призначають сульфаніламідний препарат – сульфасалазін по 1 г 3 рази на день, 3 тижні, а потім по 0,5 г 4 рази на день, 1-2 місяці. Він не впливає на плід. У важких випадках призначають преднізолон по 20-30 мг на день. Рекомендують антианемічну терапію, вітаміни.

При перфорації кишківника, кровотечах, непрохідності – термінове хірургічне втручання.

Неспецифічний виразковий коліт у вагітних

Це хронічне некротизуюче запалення слизової оболонки прямої і товстої кишок неінфекційного походження.

Основні клінічні ознаки: діарея і болі в животі. Пронеси до 20 разів на добу, стілець рідкий, містить багато гною і крові. В період ремісії – сформований. Біль переймоподібний, після дефекації проходить. При важкій формі: анорексія, втрата ваги, лихоманка, анемія, дегідратація, гіпоальбумінемія, набряк ніг. В крові – нейтрофільний лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

Ускладнення: перфорація кишківника, геморой, випадіння прямої кишки, утворення нориць і абсцесів та інші.

Це захворювання не є протипоказом до вагітності. Під час вагітності рецидиви носять легкий характер, а після пологів може бути стійкий рецидив. Коліт, який виник після пологів, протікає дуже важко. Загострюється частіше в першому триместрі вагітності. На перебіг вагітності захворювання не впливає. Пологи ведуть в залежності від акушерської ситуації.

У вагітних з цим захворюванням часто виникають алергічні реакції, сверблячка.

Лікування: дієта збагачена білками, вітамінами.

VII. Матеріали активізації курсантів під час викладання лекції

Перелік питань внесених на підсумковий контроль:

1. Визначення термінів «Гострій» живіт в акушерстві і гінекології".
2. Причини, що обумовлюють «гострій живіт» в акушерстві і гінекології.
3. Фактори ризику внутрішньочеревної кровотечі.
4. Патогенез проушення живлення пухлин жіночих органів.

5. Класифікацію «гострого живота» в акушерстві.
6. Клінічнику, діагностику, лікування різних форм внутрішньочеревних кровотеч.
7. Лікарську тактику при «гострому» животі.
8. Методи обстеження жінок з «Гострим» животом.
9. Тактику ведення жінок з «Гострим» животом в акушерстві.

Завдання для самостійної роботи по темі лекції

1. Оцінювати фактори ризику «гострого» живота при збиранні анамнезу.
2. Діагностувати різні клінічні форми «гострого» живота .
3. Складати план та тактику при встановленню діагнозу «гострого» живота.
4. Призначати клініко-лабораторне обстеження при «гострому» животі.
5. Оцінювати результати клініко-лабораторного обстеження при встановленні діагнозу «гострого» живота.
6. Діагностувати у вагітних «гострі» хірургічні захворювання.
7. Знати особливості перебігу «гострої» хірургічної патології під час вагітності.
8. Знати особливості перебігу вагітності і пологів при «гострій» хірургічній патології.
9. Вміти вести вагітність, пологи та післяпологовий період у жінок, які перенесли оперативні втручання з приводу «гострої» хірургічної патології.

Тестові завдання

1. На п'яту добу після кесарського розтину у породіллі стан середньої тяжкості. Шкіра бліда. Температура тіла 38⁰С. Пульс 98/хв, АТ- 90/55 мм рт.ст. Гемоглобін 85 г/л, лейкоцитоз. Парез кишечника, здуття живота. Симптоми подразнення очеревини позитивні. Збільшена болісна матка. Лохії гнійні. Вірогідний діагноз?
A * Перитоніт після кесарського розтину.
B Метроендометрит.
C Гострий післяпологовий аднексит.
D Тромбоз вен малого тазу.
E Пельвіоперитоніт

2. Вагітна., 26 років, скаржиться на сильний біль унизу живота, який з'явився раптово та поступово посилювався. В 12 тижнів вагітності діагностувалась кіста яєчника. Загальний стан середньої тяжкості, шкіра сірувато-блідого кольору, на лобі випіт. Пульс 100/хв, АТ- 110/70 мм рт. ст. Живіт збільшений до 30 тижнів вагітності, матка в нормі тонусі. Різка болючисть при пальпації у нижніх відділах, більше праворуч. При піхвовому дослідженні: з правого боку визначено утворення діаметром до 10 см, болісне, округлої форми. Ваш діагноз?
A * Перекрут кісти яйника
B Гострий апендицит
C Апоплексія яйника
D Гострий аднексит
E Позаматкова вагітність праворуч

3. Беременная жалуется на тошноту, однократную рвоту, боли в эпигастральной области, температура – 36,7⁰С. Язык влажный. Пульс – 94/мин, АД 110/70 мм. рт. ст. Матка в нормальном тонусе положение плода продольное, головка над входом в малый таз, сердцебиение ясное, ритмичное - 136/мин. При пальпации живота умеренное напряжение мышц в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. Стул был. Мочеиспускание не нарушено. В крови: лейкоцитоз 13x10⁹/л, нейтрофильный сдвиг, анализ мочи без особенностей. Чему соответствует описанная клиническая картина?

A * Острый аппендицит

B Острый панкреатит

C Острый холецистит

D Кишечная непроходимость

E Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

VIII. Матеріали для самопідготовки

A. По темі викладеної лекції «Гострий» живіт в акушерстві»

1. Лихачов В.К. Практическая гинекология:- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
2. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агенство, 2013.- 840с.
3. *Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2005.– 632с.
4. *Абрамченко В.В., Костючек Ф.Д., Хаджиева Э.Д.* Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 459с.
5. *Гинекология: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова.* – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
6. Наказ МОЗ України № 297 від 02.04.2010 «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія».- К., 2010.– 315 с.
7. Наказ №582 МОЗ України від 15.12.2003 р. „Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги". 2003.
8. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
9. Ситков А. И. Бактериальный сепсис // *Medicus amicus.* – 2002. - №6; 2003. – №1.

B. По темі наступної лекції «Аменорея»

Контрольні запитання

1. Що таке «аменорея», її форми та причини.
2. Методи діагностики та дифдіагностики різних форм аменореї.
3. Які аменореї називають яєчниковими форми аменореї?
4. Що таке *Синдром Штейна-Левенталя*?
5. Як виникає *гіпергормональна форма яєникової аменореї*?
6. Як виникає *гіпогормональна аменорея*?
7. Що таке *Синдром тестикулярної фемінізації (синдром Моріса)*

8. Лікування в залежності від форми аменореї.

Рекомендована література по темі наступної лекції

1. Лихачов В.К. Практическая гинекология:- Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2007.-664 с.
2. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агенство, 2013.- 840с.
3. *Сметник В.П., Тумилович Л.Г.* Неоперативная гинекология: Руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2005.– 632с.
4. Лихачов В.К. Гормональная диагностика в практике акушера-гинеколога руководство для врачей/В.К.Лихачев. –Киев, 2012._ 154 с.