


ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне Ультразвукова діагностика невідкладних станів в гінекологічній практиці.

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний

Кафедра акушерства і гінекології

ЗАТВЕРДЖУЮ
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
01 вересня 2023 року



**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ВИБІРКОВОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, 6 курс

Вибіркова дисципліна «УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА В
АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ»

Практичне заняття №4. Тема: «Ультразвукова діагностика невідкладних станів в гінекологічній практиці.»

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 6 курс, медичний факультет.
Вибіркова дисципліна: «Ультразвукова діагностика в акушерстві та гінекології»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №4. Ультразвукова діагностика невідкладних станів в гінекологічній практиці.

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «28» серпня 2023 р.

Завідувач кафедри



(Ігор ГЛАДЧУК)

Розробники:

к.мед.н., асистент кафедри
акушерства і гінекології



(Юлія ОНИЩЕНКО)

Практичне заняття № 4

Тема: «Ультразвукова діагностика невідкладних станів в гінекологічній практиці».

Мета: Вдосконалення знань про особливості будови, організації ультразвукової діагностики в невідкладних станах, методик дослідження, вивчення особливостей сонографічних проявів у пацієнтів різного ступеня важкості, диференційно-діагностичних ознак, сучасних напрямків і алгоритмів діагностики в невідкладних станах, що дозволить своєчасно надавати допомогу при виникненні невідкладних станів у гінекологічних хворих.

Основні поняття: Основні параметри ультразвукової діагностики в комплексі клінічного дослідження гінекологічних хворих при виникненні невідкладних станів. Ультразвукові критерії різних форм позаматкової вагітності. Маркери доплерометрії при позаматковій вагітності. Ультразвукові маркери апоплексії яєчника. УЗД ознаки перекрута ніжки пухлини яєчника. УЗД ознаки пельвіоперітоніта. УЗД ознаки та доплерометричні критерії некрозу міоматозних вузлів. Диференціальна ультразвукова діагностика при аномальних маткових кровотечах. Необхідний план обстеження та параметри при проведенні ультразвукового дослідження органів малого тазу.

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, муляжі, відео - фотоматеріали результатів УЗД, результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби.

I. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

Клінічний аналіз діяльності лікувально-профілактичних установ свідчить про те, що найбільш складними для лікаря є клінічні ситуації, які потребують невідкладної допомоги. Дуже часто при цьому мова йде насамперед про врятування життя хворої, тому неправильні або несвоєчасні дії, помилки в виборі тактики, методів обстеження мають серйозні наслідки. Проте, правильно й своєчасна надана, раціонально запланована і проведена бережливими методами екстрена допомога може не тільки врятувати життя хворої, але й зберегти її репродуктивну функцію.

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №4. Ультразвукова діагностика невідкладних станів в гінекологічній практиці.

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо). Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати основні етіологічні і патогенетичні чинники доброякісних новоутворень матки;
- знання ультразвукової класифікації доброякісних новоутворень матки за FIGO;
- визначення переліку необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати інтерпретація їх результатів;
- здатність призначити відповідну тактику ведення (принципи оперативних втручань, консервативного лікування, реабілітаційні заходи) при підозрілих або аномальних результатах ультразвукового обстеження.

Перелік дидактичних одиниць:

- плідне яйце
- вільна рідина
- дегенеративні зміни пухлини
- серзо-гематометра

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. УЗД ознаки та критерії різних форм позаматкової вагітності.
2. Доплерографія при позаматковій вагітності.
3. Ультразвукові критерії апоплексія яєчника.
4. Ультразвукові маркери перекрута ніжки пухлини яєчника.
5. Ультразвукова картина пельвіоперітоніта.
6. Ультразвукові ознаки некрозу міоматозних вузлів.

Ситуаційні задачі: Задача

1.

Пацієнтка Р, 21 рік доставлена каретою швидкої допомоги до гінекологічного відділення. Дві години тому була здоровою, але раптово з'явився різкий біль в животі і надключичній ділянці, почалась блювота, нудота, втрата свідомості. Остання менструація була 12 днів тому, перебіг її був нормальний. Об'єктивно: бліда, в'яла, пульс 113-хв, АТ 78/40 мм. рт. ст. Живіт в акті дихання участі не приймає. При пальпації - різкий біль, особливо в нижніх ділянках. Позитивні

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №4. Ультразвукова діагностика невідкладних станів в гінекологічній практиці.

ознаки м'язового тонусу. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Вагінально: заднє склепіння сплющене, матка нормальної величини, рухома, болюча, через больовий синдром важко пальпується, додатки в зв'язку з різким напруженням стінки живота пропальпувати не вдалось.

Завдання:

- Які методи діагностики необхідно провести першочергово? —
- Який найбільш вірогідний діагноз?

Відповідь:

- Ультразвукове дослідження органів малого тазу. Лабораторне дообстеження хворої – група крові та резус, загальний аналіз крові, коагулограма, біохімічний аналіз крові Апоплексія яєчника.
- Внутрішньочеревна кровотеча. Анемія. Геморагічний шок II ст. Необхідна термінове оперативне лікування, одночасно проводиться гемотрансфузія, лікування шоку, анемії.

Задача 2.

Пацієнтка Д, 34 роки. Привезена до гінекологічного відділення каретою „швидкої допомоги“. Захворювання почалось з гострого болю внизу живота, запаморочення, на тлі затримки ментструації протягом 13 діб. З'явилась нудота, блювота, короткочасна втрата свідомості. Хвора бліда, апатична. Пульс 120 хв., дихання 26 за хв., АТ 80/56 мм. рт. ст., температура тіла 36.8С. Напруженість і болючість в гіпогастрії. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний.

При огляді в дзеркалах: слизова піхви біло-рожевого кольору, шийка матки дещо цианотична, виділення темні кров'яністі. Заднє склепіння піхви згладжене, різко болюче. Матка в антефлексію, дещо збільшена, зміщена вліво, рухомість обмежена. Справа і ззаду від матки туго еластичне утворення 8х6 см, м'якої консистенції, зліва без особливостей. За результатами лабораторних обстежень -ШОЕ 15мм/год, лейкоцити 12 Г/л, еритроцити 2,5Т/л. УЗД ОМТ - матка: стан anteflexio, серединне положення; форма правильна. Ендометрій: нечітко диференціюється від міометрія, товщина 16,7 мм, секреторний тип. Зліва в проекції маткової труби ан - гпоехогенне утворення з підсиленням кровотоком на КДК. В позаду матковому просторі вільна рідина - 130 мл.



Завдання:

1. Який найбільш вірогідний діагноз?
2. Які методи діагностики необхідно провести першочергово?

Відповідь:

Перервана трубна вагітність. Геморагічний шок другої стадії. Необхідна термінова лапароскопія, одночасно протишокові заходи.

Тестові завдання:

1. Методи діагностики позаматкової вагітності, крім:
 - A. Прогестеронова проба
 - B. Зондування порожнини матки
 - C. Тест на вагітність
 - D. УЗД
 - E. Бімануальне обстеження

2. Кров'янисті виділення із статевих шляхів є одним з патогномонічних симптомів:
 - A. Позаматкової вагітності
 - B. Апоплексії яєчника
 - C. Аборт, що розпочався
 - D. Перекруті ніжки кісти
 - E. Фіброматозного вузла, що народжується
 - F. Гострого запалення додатків матки

3. Під час УЗД органів малого тазу у дівчини 16 років виявлено праворуч і позаду від матки округлої форми новоутворення, обмежено рухливе, з неоднаковою товщиною стінок в різних місцях від 2 до 8 мм та наявним

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №4. Ультразвукова діагностика невідкладних станів в гінекологічній практиці.

дрібнодисперсним вмістом. Ехоцильність стінки низька чи середня.
Ймовірний діагноз.

- A. Дермоїдна кіста
- B. Фолікулярна кіста
- C. Ендометриоїдна кіста
- D. Істинна пухлина яєчника

Вірні відповіді: 1 – B; 2 – C; 3 – C.

1. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

— **Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).**

Інтерактивне завдання:

Здобувачів групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах ультразвукової діагностики з вагітними пацієнтками, даємо завдання:

I підгрупа – проведення оцінки пацієнтки, збір анамнезу

II підгрупа – проведення консультування пацієнтки за даними ультразвукових скринінгів

III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Клінічні задачі: Задача

1.

Хвора 32 роки поступила в клініку зі скаргами на збільшення живота в об'ємі, відчуття важкості внизу живота, періодичний біль, більше зліва. Живіт збільшився за останніх 2-3 міс. Останній профогляд 6 міс. назад – пухлина лівого яєчника 5 см в діаметрі. Було запропоноване дообстеження, від якого хвора відмовилася. Менструальна функція не порушена, 1 нормальні пологи. При клінічному, лабораторному, гінекологічному, УЗ обстеженні, виявлена пухлина лівого яєчника розмірами 30 x 45 см, рухома, щільно-еластичної консистенції, помірно хвороблива, за даними УЗД - нерівномірній інтенсивності солідне утворення по типу «строкатого малюнка».

Завдання: Сформулюйте попередній діагноз та визначте подальшу тактику лікування

Відповідь: Дисгермінома яєчника. Оперативне лікування

Задача 2.

Методична розробка практичного заняття, ОПІ «Медицина», 6 курс, медичний факультет. Вибіркова дисципліна: «Ультразвукова діагностика в акушерстві та гінекології»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №4. Ультразвукова діагностика невідкладних станів в гінекологічній практиці.

Пацієнтка 26-ти років звернулась до лікаря ЖК з приводу кров'янистих виділень темного відтінку, що з'являються до менструації за 3- дні, больовий синдром зліва. Бімануальне дослідження: матка не збільшена, правильної форми, щільна, додатки зліва збільшені за рахунок кістозного утворення, чутливі. На УЗД ОМТ правий яєчник у правого ребра матки, збільшений до 50,7x34x49,1мм, об'єм 44,32 мл за рахунок гіперехогенного дрібнодисперсної ехоструктури утворення, розміром 42,9x26,9x41 мм, об'єм 24,77 мл при КДК аваскулярного. По периферії візуалізується оваріальна тканина що містить фолікули до 4-5, розмірами 2,0; 2,2; 3,1 мм..



Завдання: Встановіть діагноз та визначте подальшу тактику лікування

Відповідь: Кіста правого яєчника за типом ендометріоїдної. Враховуючи розміри кісти доцільне оперативне лікування – лапароскопія.

Тестові завдання :

1. У дівчини 19 років при сонографічному дослідженні на 16 день менструального циклу у правому яєчнику виявлено гіпоехогенне утворення діаметром 55 мм з тонкими стінками. При ректоабдомінальному обстеженні окрім збільшеного правого яєчника патологічних змін не відмічається.

Вкажіть тактику ведення даної пацієнтки"

- A. Визначення вмісту в крові онкомаркеру СА 125
- B. Повторне УЗ та гінекологічне обстеження на 6-9 день наступного менструального циклу
- C. Курс протизапальної терапії
- D. Негайне оперативне лікування
- E.

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №4. Ультразвукова діагностика невідкладних станів в гінекологічній практиці.

2. У хворої 14 років виявлено праворуч і зверху від матки пухлиноподібний утвір щільноеластичної консистенції, бугристий з чіткими контурами, безболісний, рухомий, діаметром до 10 см

- A. Кіста правого яєчника
- B. Фіброматозний вузол матки
- C. Кістома правого яєчника
- D. Ендометріома яєчника
- E. Фіброма яєчника

Вірні відповіді: 1 – B, 2 – C.

— **Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).**

Невідкладний стан людини - раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю людини або оточуючих її людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин

Причини невідкладних станів в гінекології 1. Кровотечі:

Зовнішні (АМК, рак шийки матки, рак піхви).

Внутрішні (апоплексія яєчника, позаматкова вагітність, з яєчників при пункції ооцитів за програмою ЕКЗ).

2. Порушення кровообігу у внутрішніх статевих органах:

Перекрут «ніжки» пухлини або пухлиноподібного утворення.

Некроз /ішемія міоматозного вузла.

3. Гострі запальні захворювання внутрішніх статевих органів:

Піосальпінкс.

Піовар.

Тубооваріальній абсцес.

Розлитий перитоніт.

Пельвіоперитоніт.

Позаматковою (ектопічною) вагітністю вважається вагітність, коли плідне яйце імплантується і розвивається поза порожниною матки. Клінічний перебіг, а також діагностика і лікування позаматкової вагітності залежать від локалізації плідного яйця поза межами матки. Сучасна класифікація виділяє часті і рідкісні форми позаматкової вагітності. Найбільш часто зустрічається трубна локалізація (до 98,5% випадків). Трубно вагітність поділяють на: вагітність в ампулярному відділі маткової труби (43% випадків), в істмічному відділі

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №4. Ультразвукова діагностика невідкладних станів в гінекологічній практиці.

(53,8%), в інтерстиціальному відділі (2,8%). Можливі перехідні форми трубної вагітності: трубно-черевна, трубно-яєчникова, фімбріальна (0,4%).

До рідкісних форм позаматкової вагітності належить:

1. Яєчникова (0,1- 0,2 % випадків), яка підрозділяється на інтрафолікулярну і оваріальну форми. Інтрафолікулярна – позаматкова вагітність, коли після розриву фолікула сперматозоїд проникає в його порожнину і там запліднює зрілу яйцеклітину. Оваріальна – коли плідне яйце запліднюється і прищеплюється на поверхні яєчника. Можливо, яєчникова вагітність виникає частіше, ніж розпізнається, так як під час операції ця патологія розцінюється як кровотеча з розірваного жовтого тіла.

2. Вагітність в зародковому розі матки (0,9%). З анатомічної точки зору цю локалізацію слід віднести до маткової вагітності, але за клінічними ознаками ця вагітність протікає як трубна і закінчується, як правило, розривом і сильною кровотечею.

3. Черевна вагітність (0,4%). Розрізняють первинну і вторинну черевну вагітність. Під первинною черевною вагітністю розуміють імплантацію заплідненої яйцеклітини на черевині, сальнику та інших органах. Вторинна ектопічна вагітність формується як наслідок трубної вагітності, коли ціле плідне яйце виходить з труби і вторинно закріплюється в черевній порожнині, інколи в таких випадках черевна вагітність може розвиватись до пізніх строків. Найбільш частою локалізацією черевної вагітності є прямокишково-маткове заглиблення.

4. Міжзв'язкова позаматкова вагітність (0,1%). Інколи плідне яйце, імплантується в трубі, починає розвиватись в сторону параметрального простору, занурюється між листками широкої зв'язки матки.

Переходячи до діагностики позаматкової вагітності треба сказати, що вона не завжди буває легка, тому що клінічний перебіг позаматкової вагітності дуже різноманітний і залежить від строку вагітності, місця імплантації яйця, а також від того, порушена вона чи ще прогресує.

Випадки непорушеної позаматкової вагітності діагностуються дуже рідко, тому що на початку прогресуюча позаматкова вагітність не дає ніяких суб'єктивних симптомів, крім тих, які властиві нормальній вагітності. *Ознаки прогресуючої трубної вагітності* можуть виявлятися у зміні форми та величини труби, що залежить від того, що в ній розвивається плодове яйце, в появі больових відчуттів у ділянці таза. Однак треба мати на увазі, що

на ранніх стадіях трубної вагітності промацати трубу не завжди можна, тому що тільки на кінець другого місяця величина її досягає розмірів курячого яйця. Крім того, на чіткість дослідження впливає стан черевної стінки, товщина жирового шару, наповнення кишківнику та інші випадкові причини. Консистенція цього утворення звичайно м'яко-еластична внаслідок наявності у плодовому яйці рідини, через що контурувати його часто не вдається. Навіть якщо вдається визначити вище згадані зміни у трубі, все ж не може бути певності, що вони залежать від того, що в ній розвивається плодове яйце, а не є результатом запальних змін у придатках або наявності якоїнебудь пухлини. Ось чому в таких випадках надзвичайно важливо старанно зібрати анамнез з метою виключити ті чи інші захворювання.

Щодо спеціальних лабораторних досліджень, таких як визначення швидкості осідання еритроцитів, визначення лейкоцитозу, глюкозурії, реакції Ашгейма-Цондека, то хоч вони і можуть служити для диференційної діагностики між захворюваннями придатків і вагітністю, але не дають ніяких опорних пунктів для вирішення питання про те, де ця вагітність розвивається – в трубі чи в матці. Проте реакція Ашгейма-Цондека при позаматковій вагітності може бути цінним доповненням до деяких даних клінічного обстеження.

Діагностика ускладнюється ще й тим, що у випадках позаматкової вагітності матка до третього місяця збільшується відповідно до строку вагітності за рахунок стовщення м'язової стінки і розвитку у порожнині матки децидуальної оболонки і тільки з третього місяця матка починає відставати у рості, тоді як плодове яйце, що розвивається в трубі, досягає на кінець дванадцятого тижня розміру гусячого яйця.

Зважаючи на ті ускладнення, які бувають при встановленні діагнозу прогресуючої позаматкової вагітності, треба взяти за правило, що у випадках, підозрілих на трубну вагітність, хвору найкраще направити для нагляду в

стаціонар, де можна було б провести УЗД та надати негайну допомогу, якщо цей діагноз підтвердиться.

Набагато частіше доводиться спостерігати випадки порушеної позаматкової вагітності. Уже з суто механічних причин (незначна товщина стінки труби) трубна вагітність звичайно не розвивається довше кількох тижнів і, отже швидко закінчується. Це може статись двояким шляхом: або стінка вагітної труби проїдається ворсинками (так званий розрив труби), причому виникає кровотеча у вільну черевну порожнину; або яйце виштовхується через воронку труби частково або повністю в черевну порожнину – трубний викидень. При цьому також виникає кровотеча – кров через воронку труби потрапляє в дугласів простір, а при сильній кровотечі в черевну порожнину.

Основні клінічні прояви переривання трубної вагітності.

Клінічна картина при розриві труби характерна й виразна: гострий біль в животі, загальна слабкість, втрата свідомості, паперова блідість шкіри, блідість або ціаноз слизових губ і нігтів, на шкірі виступає холодний піт, частий пульс до 100 уд/хв. та більше, АТ знижується до 100 мм. рт. ст. і більше. Живіт болючий при пальпації, більше з боку, де відбувся розрив труби. Симптом Блюмберга позитивний, з'являється френікус-симптом. Перкусія виявляє притуплення у надлобковій ділянці та по фланкам живота. Температура тіла нормальна. АТ знижується, а при прогресуванні кровотечі розвивається картина тяжкого геморагічного колапсу. При вагінальному дослідженні матка дещо збільшена, м'яка як при вагітності, легко рухома, ніби плаває (симптом Соловйова). У ділянці додатків матки визначається пастозність або пальпується пухлинний утвір тістуватої консистенції. Заднє склепіння сплюснене або випнуте, хвора відчуває різку болючість при зміщенні шийки матки до переду (симптом Банки). Різко болючим є заднє склепіння піхви з іррадіацією у пряму кишку (крик Дугласового простору); часто кров'яних виділень може не бути.

Трубний аборт.

Найчастіше спостерігається переймоподібний біль внизу живота, кров'яністі виділення з піхви, короточасні моменти втрати свідомості, запаморочення. При вагінальному дослідженні пальпується дещо збільшена, м'якої

консистенції матки та пухлиноподібний утвір у ділянці додатків, болючий при пальпації та малорухомий. Інколи спостерігається сплюснення або випинання заднього чи бокового склепіння піхви. Кров'яністі виділення нечисті, коричневого кольору, деколи темні, з темно-червоним відтінком.

Функціонально-біохімічні критерії діагностики:

1. Аналіз крові: зниження рівня гемоглобіну, кількості еритроцитів, помірний лейкоцитоз.
2. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви: кров не згортається; при мікроскопії - еритроцити розташовані у вигляді розсипаного гороху, а не у вигляді "монетних стовпчиків".
3. УЗД - матка має нормальні або дещо збільшені розміри. В порожнині визначаються ехоструктури, обумовлені гіперплазією ендометрію. В області додатків - овальної форми утвір (плідне яйце) наповнене рідким вмістом.
4. Лапароскопія - багрово-ціанотична, овальної форми маткова труба.
5. Проведення тесту на вагітність.
6. Гістологічне дослідження видаленого вмісту порожнини матки. У відповіді результату гістологічного дослідження - децидуальна тканина. Алгоритм дій лікаря: терміново провести диференціальну діагностику.

Розрив труби розпізнати порівняно неважко, так як звичайно це супроводжується симптомами тяжкої крововтрати та крововиливу в черевну порожнину. Загальні симптоми полягають у явищах шоку і внутрішньої кровотечі, а саме виникає раптове запаморочення, непритомність, блідість шкіряних покровів та слизових оболонок, похолодання кінцівок і кінчика носа, явища асфіксії, падіння пульсу та кров'яного тиску. Температура звичайно нормальна або навіть нижче норми. Місцеві явища зводяться до напруження і чутливості черевних стінок внаслідок подразнення очеревини кров'ю, що вилилась, а це в свою чергу зумовлює позитивний симптом Щоткіна-

Блюмберга (болісність при швидкому знятті пальпуючої руки з черевної стінки). При перкусії констатується притуплення у пологих частинах живота. Внутрішнє дослідження не дає виразного уявлення про стан матки і придатків, оскільки вони оточені кров'ю, що вилилась.

Кровотечі із зовнішніх статевих органів може і не бути, але якщо вона є, то має характер кров'янистих виділень внаслідок відшарування децидуальної оболонки з порожнини матки. З точки зору диференційної діагностики треба виключити можливість внутрішньої кровотечі з інших органів, а також проривний перитоніт на ґрунті виразки шлунка і кишок, апендицит, піосальпінкс, що прорвав у черевну порожнину. У таких випадках вдається підійти до правильного діагнозу на підставі старанно зібраного анамнезу, стану температури, пульсу, дослідження крові, швидкості зсідання еритроцитів та місцевих явищ. Врахувавши все це, підходять до вирішення питання про те, чи виступають на перший план ознаки внутрішньої кровотечі, чи ознаки перитоніту. Правда, в обох випадках оперативна допомога є життєво необхідною і хвору треба негайно відправити у стаціонар.

Важче діагностувати трубний викидень. У тих випадках, коли буває затримка місячних, кров'янисті виділення з матки, переймоподібні болі внизу живота, збільшення і розм'якшення матки, синюшність слизової оболонки піхви і пухлина в ділянці придатків матки довгастої форми та мінливої консистенції, рухома і майже безболісна при обмацуванні – діагноз трубного викидня майже не викликає сумніву. Якщо до того ж із матки викидається кусочок тканини, який формою являє собою зліпок порожнини матки (*decidua graviditatis*), то це ще більше підтверджує діагноз. Тому при дослідженні завжди треба старанно оглядати вийняті з піхви згустки, серед яких може бути якщо не вся децидуальна оболонка, то окремі її кусочки, в сумнівних випадках їх треба відправити в лабораторію на дослідження.

При огляді хворої слід звертати увагу на забарвлення шкіри та склер, тому що жовтяничний колір свідчить про внутрішню кровотечу. Якщо немає деяких з перелічених ознак, а також у тих випадках, коли ці ознаки виражені не досить виразно, діагноз може коливатися між позаматковою вагітністю та загрозливим абортom при наявності запального збільшення придатків. Такі хворі, у яких не

виявляється звичайно значної внутрішньої кровотечі, часто потребують тривалого стаціонарного нагляду.

Особливо ускладнюється діагноз у тих випадках позаматкової вагітності, коли хвора робила спроби перервати вагітність тими чи іншими засобами або було проведено вишкрібання при нерозпізнаній позаматковій вагітності.

Додаток 1
до Стандартів медичної допомоги
«Ектопічна вагітність»

Ультразвукові критерії ектопічної вагітності*

Локалізація	Критерії
Трубна ЕВ	<ul style="list-style-type: none">- Відсутність плідного яйця у порожнині матки.- Візуалізація утворення чи плідного яйця в ділянці придатків матки, яке при УЗД рухається окремо від яєчника.- Залежно від локалізації трубна ЕВ поділяється на інтерстиціальну, істмічну і ампулярну. Вагітність поблизу матки, але не оточену міометрієм, описують як істмічну, тоді як вагітність, розташовану у фаллопієвій трубі подалі від порожнини матки та близько до яєчника, позначають як ампулярну трубну ЕВ.- При трубній ЕВ слід визначати розміри гематосальпінксу, за його наявності.
Інтерстиціальна ЕВ**	<ul style="list-style-type: none">- Відсутність плідного яйця у порожнині матки.- Продукти зачаття/плідне яйце розташовані латерально в інтерстиціальній (інтрамуральній) частині маткової труби й оточені менш ніж 5 мм міометрія в усіх площинах візуалізації.- Наявність ознаки «інтерстиціальної лінії», яка являє собою тонку ехогенну лінію інтерстиціального сегмента фаллопієвої труби, що прилягає до медіальної сторони гестаційного мішка та латеральної сторони порожнини матки.
Шийкова ЕВ**	<ul style="list-style-type: none">- Відсутність плідного яйця у порожнині матки.- Шийка матки джжкоподібної форми.- Розташування плідного яйця нижче рівня внутрішнього вічка шийки матки.- Відсутність симптому «ковзання».- Наявність кровотоку навколо плідного яйця, визначеного за допомогою кольорової доплерографії.

Локалізація	Критерії
Вагітність у рубці на матці після кесаревого розтину**	<ul style="list-style-type: none"> - Відсутність плідного яйця у порожнині матки. - Плідне яйце чи солідне трофобластичне утворення, які розташовані на передній стінці матки, на рівні внутрішнього вічка у рубці на матці після попереднього кесаревого розтину у нижньому сегменті матки. - Тонкий шар міометрія чи його відсутність між плідним яйцем і сечовим міхуром. - Допплерографічні ознаки трофобластичного / плацентарного кровообігу. - Порожній цервікальний канал.
Інтрамуральна вагітність**	<ul style="list-style-type: none"> - Розташована вище рівня внутрішнього вічка, що відрізняє її від шийкової вагітності і вагітності у рубці на матці після кесаревого розтину. - Локалізується у рубці після попередньої міомектомії, перфорації матки або корпорального кесаревого розтину, іноді – в осередку аденоміозу. - Визначальною ознакою є розширення за межі ендометріально-міометріального з'єднання вище рівня внутрішнього вічка.
Вагітність у додатковому розі матки	<ul style="list-style-type: none"> - Візуалізується одна інтерстиціальна частина маткової труби в основному тілі однорогої матки. - Продукти зачаття/плідне яйце виглядають рухливими, знаходяться окремо від порожнини однорогої матки і повністю оточені міометрієм. - Наявна судинна ніжка, що прилягає до плідного яйця.
Яєчникової ЕВ	<ul style="list-style-type: none"> - Немає специфічних узгоджених критеріїв. - Яєчничова вагітність розташовується повністю або частково в паренхімі яєчника. - Ключовою діагностичною ознакою, але не специфічною, є неможливість відокремити вагітність від яєчника при обережному тиску ультразвуковим датчиком під час обстеження. - Виявлення складного ехогенного утворення у ділянці придатків матки з наявністю вільної рідини у Дугласовому просторі може свідчити про розрив яєчничової ЕВ. - У більшості випадків яєчничова вагітність є іпсилатеральною до жовтого тіла.

Локалізація	Критерії
Абдомінальна ЕВ	<ul style="list-style-type: none">- Найбільш поширеними місцями для імплантації є широка зв'язка матки, Дугласів простір, міхурово-маткова складка, зовнішня поверхня фаллопієвих труб і тіла матки.- Відсутність плідного яйця в порожнині матки.- Відсутність при УЗД дилатації маткових труб і складних утворень у ділянці придатків матки.- Плідне яйце оточене петлями кишечника й відокремлене від них очеревиною.- Широкий діапазон мобільності, подібної до коливань, що особливо очевидно при обережному натисканні трансвагінальним датчиком у напрямку Дугласового простору.- Допплерівське дослідження допомагає підтвердити наявність перитрофобластичного кровотоку.
Гетеротопічна вагітність	Ультразвукові дані свідчать про наявність маткової і співіснуючої ЕВ.

Примітки:

* Гемоперитонеум слід класифікувати напівкількісно як легкий, коли в Дугласовому просторі наявна лише ехогенна рідина, помірний, коли є видимі згустки крові, і тяжкий, коли згустки крові та ехогенна рідина наявні як у Дугласовому просторі, так і в міхурово-матковій складці.

** Інтерстиціальну, шийкову вагітність, вагітність у рубці на матці після кесаревого розтину та інтрамуральну ЕВ слід описувати як повну або часткову. ЕВ, яка повністю обмежена міометрієм без видимого зв'язку з порожниною матки, слід описувати як повну. ЕВ, яка певною мірою залучає міометрій, але частково знаходиться в порожнині матки, слід позначати як часткову.

Перекрути ніжки пухлини

Одним з порівняно частих і грізних ускладнень рухомих пухлин є перекрут їхньої ніжки. Субсерозні фіброматозні вузли, що сидять на ніжці, перекручуються дуже рідко. Набагато частіше це трапляється з придатковими пухлинами, зокрема з кістами яєчників, які мають довгу ніжку.

Пухлини, що мають довгу ніжку, перекручуються частіше, ніж пухлини з короткою і широкою ніжкою. Сприяти перекручуванню ніжки можуть кишкова

перистальтика, нерівномірний ріст пухлини, зміни внутрішньочеревного тиску, травми і вагітність. Перекручування може статись або раптово, причому всі явища в таких випадках розвиваються надзвичайно бурхливо, або ж воно відбувається поступово, очевидно, внаслідок того, що в цих випадках немає ні різкого порушення кровообігу, ні порушення живлення пухлини.

Ознаки гострого перекручування ніжки досить характерні. Раптом з'являються різкі наростаючі болі, які часто супроводжуються нудотою і блюванням. Живіт стає напруженим, з'являється метеоризм (здуття), внаслідок затримки випорожнення та скупчення газів. Пульс стає частим і малим. Все вище перелічене є результатом подразнення очеревини, а вся картина нагадує шок, подібно до того, як це спостерігається наприклад, при защемленій грижі. Гостре перекручування ніжки завжди супроводжується збільшенням пухлини внаслідок венозного застою, який утворюється при здавленні вен, що проходять у ніжці пухлини. При цьому часто відбуваються крововиливи у товщу пухлини, внаслідок розриву дрібних капілярів. Іноді подібні крововиливи бувають такі великі, що супроводжуються ознаками внутрішньої кровотечі: непритомний стан, загальна блідість, занепад пульсу, похолодіння кінцівок тощо.

Якщо перекручування триває, то здавлюються не тільки вени, а й артерії, що приводять кров і внаслідок припинення надходження артеріальної крові пухлина некротизує, може зазнати нагноєння, гнійного розпаду (внаслідок потрапляння мікробів з кишківнику) і призвести до смертельного перитоніту, якщо не буде своєчасно надано оперативну допомогу.

Діагноз перекручування пухлини ставлять на підставі наведених вище симптомів. При внутрішньому дослідженні звичайно вдається промацати пухлину, яка виходить з малого тазу, хоч при гострому перекручуванні дані дослідження можуть бути дуже невираженими внаслідок різкої болючості живота.

У гострих випадках, поки не сталось нагноєння і некроз пухлини, температура у хворих звичайно нормальна або субфебрильна. Велике значення мають анамнестичні дані, особливо якщо хвора знала раніше про наявність у неї пухлини. Іноді хворі вказують, що пухлина, яку вони самі раніше промацували, раптом відразу виросла у зв'язку з розвитком згаданих вище симптомів.

Лікування перекрученої кісти може бути тільки оперативним і результат операції буде тим кращим, чим раніше вона зроблена.

Апоплексія яєчника

Апоплексія яєчника – це патологічний крововилив у тканину яєчника та кровотеча з нього в черевну порожнину. Апоплексія яєчника складає 0,3% серед усіх хворих з гінекологічними захворюваннями.

Розрив або апоплексія яєчника складає за даними В.А. Соляні на (1984) 0,83,1% усіх жінок, які направляються в стаціонар з діагнозом гострий апендицит. За даними А.П. Доценко, В.Н. Шкіра (1983) помилки на операціях з приводу апендициту за рахунок не діагностованої апоплексії яєчника коливаються від 3 до 34%.

Апоплексія яєчника може бути у дівчаток, дівчат та жінок. Наступає в любий день менструального циклу, але частіше в середині циклу та перед менструацією, іноді без причини. В деяких випадках виявляються сприяючі захворюванню фактори: бурхливий статевий акт, травма живота, неправильне розташування матки, психічне потрясіння, хронічний апендицит.

Апоплексія правого яєчника зустрічається частіше, ніж лівого, що пояснюється більш сильним кровопостачанням правого яєчника. А.А. Вербунко в залежності від клініки розділяє хворих на три групи: - в I групу входять хворі з легкою формою апоплексії. Вони скаржаться на приступ раптової болі внизу живота, який продовжується від 30 хвилин до 34 годин. Характер болю може бути різним: постійним, приступоподібним, колючим, відмічається нудота, болючість при пальпації під лоном та в паху, перитоніальні явища та шок відсутні;

- II група – хворі з апоплексією середньої тяжкості. У цих хворих мають місце сильні болі внизу живота, загальна слабкість, блідість шкірних покривів, нудота, блювота, може бути запаморочення, шок I ступеня, нерідко виражені перитоніальні явища;
- в III групу входять хворі з тяжкою формою апоплексії. У хворих постійні сильні болі внизу живота, які віддають в задній прохід, крижі, пахвину, ногу. Спостерігається нудота, блювота, здуття живота, шок II-III ступеня, колапс. Шкіра бліда, покрита холодним потом, кінцівки холодні, температура знижена, пульс частий, слабкого наповнення, виражені перитоніальні явища, френікус симптом, анемія, притуплення перкуторного звуку в нижніх та бокових відділах, може бути парез кишківнику та затримка сечовиділення. Піхвове обстеження допомагає встановити гінекологічну природу захворювання: матка частіше нормальних розмірів, щільна. Додатки можуть бути кістозно збільшені, болючі, заднє склепіння нависає. Зміщення матки в бік викликає сильний біль

Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.

1. Провести консультування пацієнтки та визначити загальні анамнестичні параметри, необхідні для проведення УЗД.
2. Роз'яснити необхідність проведення ультразвукового дослідження органів малого тазу.
3. Проаналізувати результати ультразвукового обстеження за результатами сканів.
4. Визначити подальшу тактику ведення пацієнтки та необхідність призначення подальшого обстеження.

— **Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.**

Ситуаційні задачі:

Хвора А, 33 роки. Привезена в стаціонар у зв'язку з різкими болями внизу живота, ознобом, високою температурою (39С). Захворіла раптово, коли на фоні останніх днів менструації з'явилися болі внизу живота, більше справа. Болі зростали, з'явився озноб, температура тіла підвищилась до 39С. Шкіра бліда, язик сухий. Пульс 110/хв., ритмічний, АТ 120/80 мм. рт. ст. Болючість в нижніх відділах живота. Симптом Щоткіна в нижніх відділах позитивний. Вагінальне дослідження (проводилось під наркозом), матка в правильному положенні, дещо відхилена вліво, рухомість обмежена, не збільшена. Справа і позаду від матки пальпується болюче утворення, що неправильної форми, розмірами 7,5x10 см. Ліві додатки без особливостей. Заднє склепіння не випукле. Аналіз крові-лейкоцитоз 9,8 Г/л.

Завдання: Ваш імовірний діагноз, тактика лікування.

Відповідь: Гострий піосальпінкс. Призначити ліжковий режим, дієта, холод на низ живота, антибіотикотерапія, вітаміни, інфузійна терапія. При прогресуванні хвороби, загрозі перфорації гнійного утвору і при появі перших ознак перитоніту необхідно оперативне втручання. В противному випадку- оперативне лікування в стадії ремісії.

Тестові завдання КРОК-2

Хвору турбує гострий біль в животі, підвищення температури тіла до 38,0°C. Знає про наявність міоми матки 3 роки. Симптоми подразнення очеревини позитивні в нижніх відділах живота. Лейкоцити 10,2 Т/л, ШОЕ 28 мм/год. При бімануальному дослідженні тіло матки збільшене до 8-9 тижнів вагітності, по передній поверхні - різко болісний міоматозний вузол розміром 4x4 см, придатки матки не змінені. Ультразвукове дослідження підтверджує наявність субсерозного міоматозного вузла тип 7 за FIGO, з наявними ознаками дегенеративно-дистрофічних змін. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Внутрішній ендометріоз.
- B. Тубооваріальна пухлина.
- C. Некроз міоматозного вузла.*
- D. Гострий аднексит.
- E. Периметрит.

4. Підведення підсумків (критерії оцінювання результатів навчання).

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
2. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок; -
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
3. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:
 - методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

Оцінка	Критерії оцінювання
«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, бере активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє знання з ультразвукової скринінгової діагностики в акушерстві та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.

«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє знання з ультразвукової скринінгової діагностики та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє знання з ультразвукової скринінгової діагностики та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє знання з ультразвукової скринінгової діагностики та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень.

Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога: підручник / І.С. Зозуля, А.О. Волосовець, О.Г. Шекера та ін. — 5-е видання, К. ВСВ «Медицина», - 2023.- 560 с. ISBN: 978-617-505-917-3
2. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. – Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV р.а.) / за ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини - 3-є вид., випр., 2020. – 376 с
3. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
4. Бойко В.В, Харченко К.В, Манжура О.П, Карачарова І.Ю. Роль сонографії у ранньому виявленні рецидиву раку яєчників. Буковинський медичний вісник. 2016;20(3):18-22
5. Oxford Texbook of Obstetrics and Gynecology / Sabaratnam Arulkumaran, Wiliam Ledger, Lynette Denny, Stergios Doumouchsis – Oxford University Press, 2020, 928 p.

Додаткова:

1. Ситуаційні задачі з гінекології: навчальний посібник. / І.З.Гладчук, А.Г.Волянська, Г.Б.Щербина та інш.; за ред. проф. І.З.Гладчука. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018.-164 с.
2. Клінічні задачі з акушерства та гінекології для студентів IV-VI курсів (частина I). Методична розробка для практичних занять з акушерства та гінекології для студентів IV-VI курсів медичного факультету/О.О. Корчинська, Н.Ю.Бисага / під ред. проф. Маляра В.А. – Ужгород: «Ліра»,- – 2019.-119с.
3. Клінічні задачі з акушерства та гінекології для студентів IV-VI курсів (частина II). Методична розробка для практичних занять з акушерства та гінекології для студентів IV-VI курсів медичного факультету/О.О. Корчинська, Н.Ю.Бисага / під ред. проф. Маляра В.А. – Ужгород: «Ліра»,- – 2019.-119с.
4. Ra-diol 2019;16(3):403–406.] <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2018.07.004>
5. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства та гінекології.

Інтернет-джерела для підготовки:

1. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Ектопічна вагітність», 2022 https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2022/09/40273-dn_1730_24092022_dod.pdf
2. Практичні рекомендації Міжнародного товариства ультразвуку в акушерстві і гінекології (ISUOG). Інтернет-ресурс: www.isuog.org/ISUOGGuidelines
3. Протоколи ультразвукових досліджень. Інтернет-ресурс: український портал ультразвукової діагностики. Інтернет-ресурс: <http://ultrasound.net.ua/>

4. <https://medstandart.net/browse/266> – Лейоміома матки та доброякісні новоутворення статевих органів
4. <https://www.cochrane.org/>
5. <https://www.ebcog.org/>
6. <https://www.acog.org/>
7. <https://www.uptodate.com>
8. <https://online.lexi.com/>
9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
11. <https://www.thelancet.com/>
12. <https://www.rcog.org.uk/>
13. <https://www.npwh.org/>

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №4. Ультразвукова діагностика невідкладних станів в гінекологічній практиці.