

# ГОСТРИЙ ЖИВІТ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ ПРИ КРОВОТЕЧІ В ЧЕРЕВНУ ПОРОЖНИНУ

Лекцію підготував доцент Ніцович І.  
Р.

## ▣ План лекції

- ▣ 1. Вступ
- ▣ 2. Актуальність проблеми
- ▣ 3. Класифікація захворювань, при яких виникає клініка гострого живота

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

1. Гострі кровотечі з внутрішніх статевих органів:

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

- ▣ Гострий живіт — клінічний симптомокомплекс, що розвивається при пошкодженнях і гострих захворюваннях органів черевної порожнини та заочеревинного простору, загрозливий життю і вимагає невідкладної допомоги.
- ▣ Термін «гострий живіт» є збірним поняттям, об'єднуючим групу захворювань, різних за етіологічною ознакою і патогенезом.

- ▣ Не дивлячись на різні причини, симптоматика гострого живота в гінекології має багато загальних рис: раптова поява болів серед повного здоров'я (болі частіше починаються внизу живота, поступово посилюючись і розповсюджуючись по всьому животу, можуть бути настільки сильними, що викликають непритомність); нудота, блювота; порушення відходження кишкових газів і калу; симптоми подразнення очеревини.

- ▣ Групи захворювань внутрішніх жіночих статевих органів, при яких виникає клініка гострого живота:
- ▣ 1. Гострі кровотечі з внутрішніх статевих органів:
  - позаматкова вагітність;
  - апоплексія яєчника;
  - травматичні пошкодження матки (ятрогенного або кримінального походження).
- ▣ 2. Гострі порушення кровообігу в пухлинах і пухлиноподібних утвореннях внутрішніх статевих органів:
  - ▣ - перекрут ніжки пухлини яєчника;
  - ▣ - порушення живлення фіброматозного вузла.

- 3. Гострі гнійні захворювання внутрішніх статевих органів з подальшим розвитком перитоніту:
  - • піосальпінкс та піоовар, гнійна тубооваріальна пухлина;
  - • пельвіоперитоніт;
  - • поширений перитоніт.

- **АПОПЛЕКСІЯ ЯЄЧНИКА** частіше вражає жінок репродуктивного віку з двофазним менструальним циклом. Розрізняють три клінічні форми захворювання: анемічну, больову і змішану.
- У клінічній картині анемічної форми переважають симптоми інтраперитонеальної кровотечі. Початок захворювання може бути пов'язаний з травмою, фізичним навантаженням, статевими зносінами, але може починатися без видимої причини. Гострі інтенсивні болі в животі з'являються в другій половині або в середині циклу.

- У третини жінок напад передує відчуття дискомфорту в черевній порожнині, який триває 1-2 тижні. Болі можуть локалізуватися над лоном, в правій або лівій здохвинних ділянках. Нерідко болі іррадіюють в задній прохід, зовнішні сатеві органи, попереk, може спостерігатися френікус-симптом. Поряд з больовим нападом спостерігається слабкість, головокружіння, нудота, інколи блювота, холодний піт, запаморочення. При огляді звертають на себе увагу блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія при нормальній температурі тіла.



- В залежності від кількості крововтрати знижується артеріальний тиск. Живіт залишається м'яким, може бути дещо здутим. Напруження м'язів черевної стінки відсутнє. Пальпація живота виявляє загальну болючість внизу або в одній із здухвинних ділянок. Симптоми подразнення очеревини виражені по-різному. Перкусія живота може виявляти в черевній порожнині наявність вільної рідини. Огляд в дзеркалах: нормального кольору або бліда слизова оболонка піхви і шийки матки, геморагічні виділення з цервікального каналу відсутні.

- При бімануальному дослідженні, визначають матку нормальних розмірів, інколи збільшений кулеподібний болючий яєчник. При значній кровотечі нависання заднього і/або бокового склепіння піхви. У клінічному аналізі крові - картина анемії, біла кров змінюється рідко. Больова форма апоплексії спостерігається у випадках крововиливу в тканину фолікула або жовтого тіла без кровотечі або з невеликою кровотечею в черевну порожнину. Захворювання починається гостро з нападу болю внизу живота, який супроводжується нудотою і блювотою на фоні нормальної температури тіла.

- Ознаки внутрішньої кровотечі відсутні: шкіра і слизові оболонки звичайного кольору, частота пульсу і величина АТ в межах норми. Язик вологий, без нашарувань. Живіт м'який, але може бути напруження м'язів черевної стінки в здухвинних ділянках. Пальпація живота болюча у нижніх відділах, частіше справа, там же визначаються помірні симптоми подразнення очеревини. Вільної рідини в черевній порожнині немає. Кров'янисті виділення із статевих шляхів відсутні.

- При внутрішньому гінекологічному дослідженні визначають матку нормальних розмірів, зміщення якої викликає біль, і дещо збільшений округлий болючий яєчник. Склепіння піхви залишаються високими. Патологічні виділення з піхви відсутні. Клінічний аналіз крові не виявляє значних відхилень від норми, інколи визначається помірний лейкоцитоз без вираженого зсуву нейтрофілів.

- **Діагностика.** Діагноз апоплексії ставлять на підставі анамнезу, об'єктивного дослідження: перкусія та пальпація живота, вагінальне дослідження. Слід зазначити, що типових симптомів апоплексії яєчника немає.
- Допоміжні методи дослідження: пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви, кольпоскопія, лапароскопія.
- **Невідкладна допомога.** У випадках розвитку масивної внутрішньої кровотечі розпочинають боротьбу з проявами геморагічного шоку: пункція або катетеризація вени і струминна інфузія поліглюкіну, реополіглюкіну, желатиноля, альбуміну або 5% розчину глюкози і 0,9% розчину хлориду натрію.
- Усунення больового синдрому та шокового стану.

- **Кваліфікована та спеціалізована допомога.** Анемічна форма захворювання потребує хірургічного лікування. Якщо виник розрив жовтого тіла, то його слід зашити гемостатичним Z - подібними швами, накладеними в межах здорової тканини яєчника. Висікати тканину жовтого тіла не слід, щоб запобігти перериванню вагітності.

- Найбільш типовою операцією є резекція яєчника. Оваріоектомія виконується в тих випадках, коли вся тканина яєчника зруйнована і спостерігається імбібіція кров'ю. У тих випадках, коли кровотеча з яєчника ускладнює тривалу терапію антикоагулянтами після протезування серцевих клапанів, для надійного гемостазу вимушені проводити видалення додатків. Попередження кровотечі з жовтого тіла яєчника, що залишився, у подібних жінок викликає труднощі, або рекомендоване в таких випадках пригнічення овуляції потребує призначення засобів з тромбогенними властивостями.

- Больову форму апоплексії яєчника без клінічних ознак прогресуючої внутрішньої кровотечі можна лікувати консервативно. Призначають спокій, холод на низ живота і гемостатики. Консервативна терапія повинна проводитися в стаціонарі під цілодобовим спостереженням медичного персоналу.
- Апоплексію яєчника у жінок, які страждають захворюваннями крові з дефектами гемостазу (автоімунна тромбоцитопенія, хвороба Віллебранта та ін.), потрібно намагатися лікувати консервативним шляхом.



- Після консультації у гематолога проводять специфічну терапію основного захворювання: кортикостероїди, імунодепресанти - при автоімунній тромбоцитопенії, інфузія кріопреципітату або антигемофільної плазми - при хворобі Віллебранта, етамзілат (діцинон) - в обох випадках.

## ▣ ПОЗАМАТКОВА ВАГІТНІСТЬ

- ▣ Під позаматковою вагітністю (ПВ) розуміють вагітність, при якій імплантація заплідненої яйцеклітини відбулася поза порожниною матки. Найбільш часта локалізація ПВ - маткові труби.
- ▣ **Класифікація. 1. За МКХ-10:**
- ▣ O00 Абдомінальна (черевна) вагітність
- ▣ O00.1 Трубна вагітність
- ▣ Вагітність у матковій трубі. Розрив маткової труби внаслідок вагітності. Трубний аборт

- O00.2 Яєчникова вагітність
- O00.8 Інші форми позаматкової вагітності: Шийкова. Комбінована. В розі матки. Внутрішньозв'язкова. В брижі матки .
- O00.9 Позаматкова вагітність неуточнена
- 2. За перебігом: -прогресуюча; - порушена (трубний аборт, розрив маткової труби);
- -завмерла вагітність.

- **Фактори ризику.**
- 1. Запальні захворювання матки та придатків матки в анамнезі.
- 2. Рубцево - спайкові зміни органів малого таза внаслідок перенесених раніше операцій на внутрішніх статевих органах, пельвіоперитоніту, абортів.
- 3. Порушення гормональної функції яєчників.
- 4. Генітальний інфантилізм.
- 5. Ендометріоз.
- 6. Довготривале використання внутрішньоматкових контрацептивів.
- 7. Допоміжні репродуктивні технології.

## □ **Діагностика. Клінічні ознаки.**

- **1. Ознаки вагітності:** затримка менструацій; нагрубання молочних залоз;
- - зміна смакових, нюхових та інших відчуттів характерних для вагітності;
- - ознаки раннього гестозу (нудота, блювання та ін.);
- - позитивні імунологічні реакції на вагітність (ХГЛ у сироватці крові та сечі).
- **2. Порушення менструального циклу** - мажучі, кров'яні виділення зі статевих шляхів:
  - - після затримки менструацій; з початком наступної менструації;
  - - до настання очікуваної менструації;
- **3. Больовий синдром:**
  - - односторонній переймоподібний або постійний біль внизу живота; раптовий інтенсивний біль у нижній частині живота;
  - - перитонеальні симптоми у нижньому відділі живота, різного ступеня вираженості;
  - - ірадіація болю у пряму кишку, область промежини та крижі.

- 4. Ознаки внутрішньочеревної кровотечі (у разі порушеної ПВ):
- - притуплення перкуторного звуку у фланках живота;
- - позитивний симптом Кулешсампфа (наявність ознак подразнення очеревини за умови відсутності локального м'язового напруження у нижніх відділах живота);
- - у горизонтальному положенні хворої позитивний двосторонній "френікус" симптом, а у вертикальному - головокружіння, втрата свідомості;
- - у разі значного гемоперитонеума - симптом Щоткіна-Блюмберга;
- - прогресуюче зниження показників гемоглобіну, еритроцитів, гематокриту за результатами аналізу крові.

□ **5. Порушення загального стану (у разі порушеної ПВ):**

- - слабкість, головокружіння, втрата свідомості, холодний піт, колапс, гемодинамічні порушення;
- нудота, рефлексорне блювання; метеоризм, однократна діарея

□ **6. Дані гінекологічного обстеження:**

- - ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки;
- - розміри матки менші від очікуваного терміну вагітності;
- - одностороннє збільшення та болючість придатків матки;
- - нависання склепінь піхви (у разі гемоперитонеума);
- - різка болючість заднього склепіння піхви ("крик Дугласа");
- - болючість при зміщенні шийки матки.

- ▣ 7. Специфічне лабораторне обстеження:
  - ▣ - якісний або кількісний тест на ХГЛ. Якісне визначення ХГЛ у сечі можливе у будь - якому закладі охорони здоров'я, тоді як кількісний аналіз (3-ХГЛ у сироватці крові (рівень менший очікуваного терміну фізіологічної вагітності) виконується у медичних закладах III рівня.
- ▣ 8. Інструментальні методи обстеження.
  - ▣ УЗД



- ▣ 9. **Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки:** виконується за відсутності апарату УЗД та за умови поінформованої згоди пацієнтки на цю маніпуляцію. У разі малого терміну затримки менструації, зацікавленості жінки у збереженні маткової вагітності та відсутності симптомів внутрішньочеревної кровотечі необхідно вибрати очікувальну тактику, орієнтуючись на клінічні ознаки, УЗД в динаміці спостереження та рівень Р-ХГЛ у сироватці крові.
- ▣ 10. **Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.** Проводиться за відсутності апарату УЗД для діагностики трубного аборту. Наявність у пунктаті рідкої крові - одна з ознак ПВ.

- У разі клінічних ознак внутрішньочеревної кровотечі пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви не проводиться - затримка часу початку лапаротомії.
- **Диференційна діагностика.**
- Діагностика ектопічної вагітності достатньо проста у пацієнток з аменореєю, ознаками вагітності, болями в нижніх відділах живота і кровотечею. Але необхідно виключати наступні стани:
  - 1. Перекрут кісти яєчника або гострий апендицит.
  - 2. Переривання маткової вагітності.
  - 3. Крововилив у жовте тіло.

- Лікування ПВ.
- Принципи ведення хворих з ектопічною вагітністю:
  - 1. Підозра на позаматкову вагітність є показанням для термінової госпіталізації.
  - 2. Рання діагностика допомагає зменшити кількість ускладнень і надає можливість застосовувати альтернативні методи лікування.
  - 3. У разі встановленого діагнозу позаматкової вагітності необхідно провести невідкладне оперативне втручання (лапароскопія, лапаротомія).

- Оперативне лікування позаматкової вагітності є оптимальним. У сучасній практиці можливе застосування консервативних методів лікування позаматкової вагітності.
- 4. У разі вираженої клінічної картини порушеної ектопічної вагітності, наявності гемодинамічних порушень, гіповолемії пацієнтка негайно госпіталізується для невідкладного хірургічного втручання у найкоротші терміни лапаротомічним доступом.
- Якщо клінічна картина стерта, немає ознак гіповолемії та внутрішньої кровотечі -проводять УЗД органів малого таза і/або лапароскопію.

- 5. На догоспітальному етапі у разі порушеної позамааткової вагітності об'єм невідкладної допомоги визначається загальним станом хворої та величиною крововтрати. Інфузійна терапія (об'єм, швидкість введення розчинів) залежить від стадії геморагічного шоку.
- 6. Тяжкий стан хворої, наявність виражених гемодинамічних порушень (гіпотонія, гіповолемія, гематокрит менше 30%) - абсолютні показання для оперативного втручання лапаротомним доступом з видаленням вагітної маткової труби і; проведенням протишокової терапії.

- 7. Застосовують комплексний підхід до лікування жінок з позамааточною вагітністю, який включає:
  - а) оперативне лікування;
  - б) боротьбу з кровотечею, геморагічним шоком, крововтратою;
  - в) ведення післяопераційного періоду;
  - г) реабілітацію репродуктивної функції.
- 9. Виконання органозберігаючих операцій при позаматковій вагітності супроводжується ризиком розвитку у післяопераційному періоді персистенції трофобласта, що є результатом його неповного видалення з маткової труби і черевної порожнини.
- Найбільш ефективним методом профілактики даного ускладнення є ретельний туалет черевної порожнини 2 -3 літрами фізіологічного розчину і однократне введення метотрексату у дозі 75-100 мг внутрішньом'язово у першу, другу

- Операції, які застосовують у разі трубної вагітності:
- 1. Сальпінгостомія (туботомія). Виконується подовжня сальпінгостомія. Після видалення плодового яйця сальпінгостому, звичайно не ушивають. У разі, коли ворсини хоріона не проростають у м'язову оболонку маткової труби обмежуються її вишкрібанням.
- 2. Сегментарна резекція маткової труби. Видаляють сегмент маткової труби, де знаходиться плодове яйце, після чого виконують анастомоз двох кінців труби. При неможливості виконання сальпінго-сальпінго анастомоза можна перев'язати обидва кінці і накладати анастомоз пізніше.
- 3. Сальпінгектомія. Цю операцію виконують у разі порушеної трубної вагітності, що супроводжується масивною кровотечею. Операцію і гемотрансфузію у такому разі проводять одночасно.

## ▣ 000.2. Яєчникова вагітність

- ▣ Розвивається у разі запліднення яйцеклітини у порожнині фолікула. Частота яєчникової вагітності складає 0,5-1 % від усіх позаматкових вагітностей і займає друге місце по частоті після трубної вагітності. Єдиним фактором ризику цього варіанту позаматкової вагітності є використання внутрішньоматкових контрацептивів.



- **Діагностика.** Клінічні ознаки такі самі, як і при трубній вагітності. При порушеній яєчниковій вагітності можлива клініка геморагічного шоку. У 75 % випадків яєчничової вагітності помилково виставляють діагноз апоплексії яєчника.
- У діагностиці допомагає УЗД органів малого тазу, особливо трансвагінальним датчиком, коли плодове яйце візуалізується в області яєчника та позитивна якісна реакція на ХГЛ.;

- **Ознаки яєчникової вагітності при УЗД:**
- - маткова труба на враженій стороні незмінена;
- - плодове яйце знаходиться в проекції яєчника;
- - плодове яйце з'єднане з маткою власною зв'язкою яєчника;
- - серед плодових оболонок візуалізується тканина яєчника.
- **Лікування.** Хірургічне лікування включає видалення плодового яйця та клиновидну резекцію яєчника.
- У разі масивного ураження яєчника та значної внутрішньочеревної кровотечі виконують оваріектомію.

- **Абдомінальна (черевна) вагітність** Складає 0,003% від усіх випадків позаматкової вагітності. Розрізняють первинну і вторинну черевну вагітність.
- Під первинною розуміють імплантацію заплідненої яйцеклітини в черевній порожнині.
- Вторинна - формується, коли плодове яйце знаходиться в черевній порожнині після трубного аборту. Материнська смертність при черевній вагітності у 7-8 разів вища, ніж при трубній, і в 90 разів вища, ніж при матковій.

- **Діагностика.** Клінічні прояви залежать від терміну вагітності:
- 1. У першому та на початку другого триместру вони мало відрізняються від симптомів трубної вагітності.
- 2. У більш пізні терміни вагітні скаржаться на болі під час ворушіння плода, відчуття ворушінь в епігастральній області або раптове припинення ворушіння плода.
- 3. При фізикальному дослідженні легко пальпуються м'які частини плода і окремо матка невеликих розмірів. Черевна вагітність також діагностується у разі відсутності скорочень матки після введення окситоцину.
- 4. Для діагностики використовують УЗД. Якщо УЗД неінформативне, діагноз підтверджують за допомогою рентгенографії, КТ та МРТ. На рентгенограмі черевної порожнини, знятої у боковій проекції, візуалізується тінь скелета плода, яка накладається на тінь хребта матері.

- ▣ Лікування. Враховуючи високий ризик материнської смертності, відразу після встановлення діагнозу проводять хірургічне лікування. Під час оперативного лікування виділяють і перев'язують судини, що постачають кров до плаценти, і за можливості видаляють її. Якщо це неможливо у зв'язку з сильною кровотечею, плаценту тампонують. Тампони видаляють через 24-48 годин.
- ▣ Якщо виділити ці судини не вдається, проводять перев'язку і відсікання пуповини, а плаценту залишають.

- **Післяопераційний період.** У разі знаходження плаценти після операції у черевній порожнині її стан оцінюють за допомогою УЗД і визначення рівня р-субодиниці ХГЛ. У цих випадках дуже високий ризик кишкової непрохідності, нориць, сепсису. Застосування метотрексату протипоказано, так як це супроводжується тяжкими ускладненнями, насамперед сепсисом. Причиною сепсису є масивний некроз плаценти.

- ▣ Розрив матки - це порушення цілісності стінки її тіла у будь - якому відділі під час вагітності або пологів. Може виникнути в результаті наявності рубця на матці після консервативної міомектомії, кесарева розтину, чи в результаті деструїруючого міхурцевого занеску і хоріонепітеліоми. Зустрічається з частотою 1:1500 пологів (0,04 – 0,09%), але материнська смертність складає 10-40 %, перинатальна 50%.

- Класифікація розривів матки (Репіна М.А., 1984)
- I. За патогенезом:
  - 1. Спонтанний розрив матки:
    - - при морфологічних змінах міометрію;
    - - при механічній перешкоді народження плода;
    - - при сполученні морфологічних змін міометрію та механічній перешкоді народженню плода.



- 2. Примусовий розрив матки:
- - чистий (при розроджуючих піхвових операціях, при зовнішній травмі);
- - змішаний (при різних сполуках грубого втручання, морфологічних змінах міометрію та механічній перешкоді народженню плода).
- II. За клінічним перебігом:
  - 1. Ризик розриву матки.
  - 2. Загрожуючий розрив матки.
  - 3. Розрив матки, що відбувся.

- III. За характером пошкодження:
  - 1. Неповний розрив матки (не проникаючий у черевну порожнину).
  - 2. Повний розрив матки (проникаючий у черевну порожнину).
- IV. За локалізацією:
  - 1. Розрив у нижньому сегменті матки:
    - - розрив передньої стінки;
    - - боковий розрив;
    - - розрив задньої стінки;
    - - відрив матки від піхвових склепінь.

- 2. Розрив у тілі матки:
  - - розрив передньої стінки;
  - - розрив задньої стінки.
- 3. Розрив у дні матки.

### ■ **Діагностичні критерії**

- До групи вагітних, у яких можливий розрив матки під час вагітності та пологів, належать:
  - - вагітні з рубцем на матці, які перенесли операції на матці: кесарський розтин, енуклеацію міоматозних вузлів з ушиванням ложа, енуклеацію вузлів з коагуляцією ложа після ендоскопічного втручання, ушивання стінки матки після перфорації, тубектомію з приводу інтрамуральної трубної вагітності;

- ▣ - вагітні після багаточисельних абортів, особливо ускладнених запальними процесами матки;
- ▣ - вагітні, що народили багато разів.
- ▣ До групи вагітних, з ризиком розриву матки під час пологів належать:
  - ▣ - перелічені в попередньому пункті;
  - ▣ - вагітні з плодом великої маси;
  - ▣ - при патологічному вставленні голівки плода (лобному, високому прямому стоянні);
  - ▣ - при патологічному положенні плода (поперечному, косому);
  - ▣ - при звуженому (вузькому) тазі роділлі;
  - ▣ - при поєднанні звуженого тазу та збільшеної маси плода;

- ▣ - при застосуванні засобів, що скорочують матку (окситоцину, простагландинів) у вагітних: з рубцем на матці, на тлі морфологічних змін стінки матки, на тлі цілого навколоплідного міхура, при багатоводді, багатоплідній вагітності, після багаточисельних абортів, пологів;
- ▣ - при анатомічних змінах шийки матки внаслідок рубців після діатермокоагуляції, кріодеструкції, пластичних операцій;
- ▣ - при пухлинах матки, що блокують вихід з малого тазу.

- Якщо у вагітних з рубцем на матці пологи закінчилися через природні пологові шляхи, проводиться ручна ревізія порожнини матки на предмет її цілісності відразу після виділення посліду. При ревізії матки особлива увага приділяється ревізії лівої стінки матки, де найчастіше пропускаються розриви при ручному обстеженні порожнини матки.
- **Клінічні симптоми загрожуючого розриву матки при диспропорції між плодом та тазом матері:**
  - 1. Надмірна пологова діяльність.
  - 2. Недостатнє розслаблення матки після перейм.

- ▣ 1. Різко болісні перейми, неспокій роділлі, зберігання болю між переймами в ділянці нижнього сегменту матки.
- ▣ 2. Болісність при пальпації нижнього сегменту матки.
- ▣ 3. Відсутність або надмірна конфігурація голівки плода.
- ▣ 4. Аномалії вставлення та передлежання голівки (включаючи задній вид потиличного передлежання).
- ▣ 5. Передчасне, раннє відходження навколоплідних вод.
- ▣ 6. Непродуктивна потужна діяльність при повному або близькому до повного розкритті шийки матки, мимовільні потуги при високо розташованій голівці плода.

- ▣ 1. Набряк шийки матки, піхви та зовнішніх статевих органів.
- ▣ 2. Родова пухлина на голівці плода, яка поступово заповнює порожнину малого тазу.
- ▣ 3. Утруднене сечовипускання; при тривалому перебігу пологів – поява крові у сечі.
- ▣ 4. Матка у вигляді “пісочного годинника”.
- ▣ 5. Погіршення стану плода.
- ▣ 6. Кров`яні виділення із порожнини матки.
- ▣ 7. Позитивний симптом Генкель-Вастена.



- Гістопатичні розриви матки відрізняються відсутністю чітких симптомів, “мовчазною” течією.
- 1. Передчасне, раннє відходження навколоплідних вод.
- 2. Клінічні прояви інфекції в пологах (хоріонамніоніт, метрит).
- 3. Інтранатальна гіпоксія, антенатальна загибель плода.

- ▣ Клінічні симптоми розриву матки:
- ▣ 1. Припинення пологової діяльності.
- ▣ 2. Зміна контурів та форми матки.
- ▣ 3. Больовий синдром: болі різноманітного характеру (ниючі, переймоподібні внизу живота та крижах; різкий біль, який виникає на висоті переймів; потуги, на тлі тривалих непродуктивних переймів при повному розкритті маткового зіву; при зміні положення тіла; розпираючі болі в животі; болі в епігастральній області при розриві матки в ділянці дна та труб, які нерідко супроводжуються нудотою, блюванням).

- ▣ 1. При пальпації живота відмічається різка загальна та локальна болісність; здуття.
- ▣ 2. Різкий біль при пальпації та зміщенні матки.
- ▣ 3. Поява різкоболісного утворення по ребру або над лоном (гематома).
- ▣ 4. Симптом “перекритого дна” матки.
- ▣ 5. Народження плода в черевну порожнину – пальпація його частин через черевну стінку.
- ▣ 6. Симптоми подразнення очеревини.
- ▣ 7. Зовнішня, внутрішня або комбінована кровотеча.
- ▣ 8. Зростання симптомів геморагічного шоку.

- ▣ Симптоми розриву матки, що діагностується в ранньому післяпологовому періоді:
- ▣ 1. Помірна або надмірна кровотеча із статевих шляхів.
- ▣ 2. Інколи відсутні ознаки відділення плаценти.
- ▣ 3. Виразна болісність усіх ділянок живота, сильні болі при пальпації матки.
- ▣ 4. Можливе здуття живота, нудота, блювання.

- 5. Дно матки не контурується (симптом “перекритого дна матки”), так як перекрите здутими петлями кишківника.
- 6. Симптоми геморагічного шоку різного ступеня.
- 7. Пальпація по ребру матки болісного утворення (гематома).
- 8. Гіпертермія.

- **Лікування.** У вагітних з групи ризику розриву матки протягом спостереження за перебігом вагітності розробляється план родорозрішення (може змінюватись у процесі спостереження) і до 38-39 тижнів вагітності приймається рішення щодо способу родорозрішення (абдомінальний або через природні пологові шляхи).
- *При гістопатичних змінах міометрію (рубець на матці) через природні пологові шляхи можуть народжувати жінки, у яких:*
  - - показання, що були при першому кесарському розтині, не повторюються;
  - - в анамнезі один кесарський розтин;

- ▣ - попередній кесарський розтин проведений у нижньому сегменті матки;
- ▣ - в анамнезі – попередні пологи через природні пологові шляхи;
- ▣ - нормальне потиличне передлежання плода;
- ▣ - при пальпації через передне піхвове склепіння ділянка нижнього сегменту відчувається однорідною, без занурень, безболісною;
- ▣ - при ультразвуковому дослідженні нижній сегмент має V-образну форму, товщину більш 4 мм, ехопровідність така, як і в інших ділянках міометрію;

- ▣ - можливість ургентного оперативного розродження у випадку виникнення ускладнень;
- ▣ - можливість проведення моніторингу пологів;
- ▣ - отримано згоду жінки на розродження через природні пологові шляхи.
- ▣ Пологи у таких жінок проводяться при ретельному спостереженні за станом жінки, (дивись симптоми загрожує розриву при гістопатичних змінах міометрію).



- У жінок з анатомо-функціональною неповноцінністю рубця розродження проводиться шляхом кесарського розтину на 40 тижні вагітності при "зрілих" пологових шляхах.
- *Симптоми анатомо-функціональної неповноцінності рубця:*
  - - відчуття болю в ділянці нижнього сегменту;
  - - біль при пальпації нижнього сегменту через переднє піхвове склепіння, його неоднорідність, занурення (заглиблення);
  - - при ультразвуковому дослідженні: товщина нижнього сегменту менш за 4,0 мм, різна звукопровідність та товщина, балоноподібна форма.

- ▣ Кесарський розтин у жінок із ризиком розриву матки виконується:
- ▣ - при поєднанні вузького тазу I – II ст. та великої маси плоду (3800 і більше);
- ▣ - при лобному вставленні, високому прямому стоянні стрілоподібного шва;
- ▣ - при поперечному, косому положенні плода;
- ▣ - при вузькому тазі III-IV ст.;
- ▣ - при блокуванні пологових шляхів пухлинами;
- ▣ - при рубцевих змінах шийки матки, піхви.

- У інших вагітних із групи ризику щодо розриву матки в пологах проводиться ретельне спостереження за розвитком пологової діяльності та станом плода. При появі ускладнень тактика ведення пологів переглядається на користь оперативного розродження.
- При ознаках загрожуючого розриву матки:
  - - припиняється пологова діяльність (токолітики, наркотичні або ненаркотичні анальгетики), вагітна транспортується в операційну;
  - - пологи завершуються оперативним шляхом:

- ▣ 1) при диспропорції тазу та передлеглої частини тільки кесарським розтином;
- ▣ 2) при гістопатичному розриві найчастіше теж кесарським розтином, проте у випадках опущення (знаходження) передлеглої частини плода у площину вузької частини тазу або виходу з тазу можливе розродження через природніпологові шляхи.
- ▣ *Особливості кесарського розтину: обов'язково вивести матку з порожнини тазу для детальної ревізії цілісності її стінок.*

- Лікування розриву матки, що відбувся:
- - роділля негайно транспортується в операційну; якщо стан жінки дуже тяжкий, операційна розгортається в пологовому залі;
- - термінове проведення протишокової терапії з мобілізацією центральних вен;
- - здійснюється лапаратомія та втручання адекватне травмі, ревізія органів малого тазу та черевної порожнини, дренування черевної порожнини;
- - забезпечується інфузійно-трансфузійна терапія, адекватна розміру крововтрати, та корекція порушень гемокоагуляції.