

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
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 ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Ендоскопія в гінекології (код курсу 2.4.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

ПОЛТАВА

I. Мета заняття

Доброякісні пухлини яєчників можуть порушити всі специфічні функції жіночого організму (дітородну, менструальну, статеву, секреторну), а ускладнення, що розвинулись (перекрути нічки, малігнізація) загрожують життю та здоров'ю жінки. Різноманітні пухлини яєчників мають подібність з пухлинами матки, вагітністю, вадами розвитку, пухлинами статевих органів, сечовидільної системи, кишечника. Таким чином знання пухлин яєчників є необхідним для студентів медичних вузів.

II. Об'єм повторної інформації

1. Знати етіологію і патогенез пухлиноутворення.
2. Клініка, діагностика, лікування пухлин епітеліального походження.
3. Класифікація доброякісних новоутворень статевих органів жінки.
4. Показання та протипоказання до оперативного втручання

III. Об'єм нової інформації

1. Показання для діагностичної лапароскопії.
2. Показання для лікувальної лапароскопії.
3. Обстеження гінекологічних хворих перед лапароскопічними операціями.
4. Анестезіологічна допомога при лапароскопічній операції.
5. Особливості ведення післяопераційного періоду після лапароскопічної операції.
6. Показання та обстеження для гістероскопії.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	25
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	100
3.	Опанування практичних навичок.	150
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	60
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	55
6.	Підсумок заняття.	15

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Відділення гінекології

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Інструментарій для вконання операції.
4. Відеофільм «Лапароскопія»

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння
---	--------------------------	-------------------

п/п				
		ознай	опан.	овол.
1.	Показання до проведення лапароскопічної операції		+	
2.	Техніка проведення лапароскопії та гістероскопії		+	
3.	Ведення післяопераційного періоду після даних операцій		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Показання для діагностичної лапароскопії.
2. Показання для лікувальної лапароскопії.
3. Обстеження гінекологічних хворих перед лапароскопічними операціями.
4. Анестезіологічна допомога при лапароскопічній операції.
5. Особливості ведення післяопераційного періоду після лапароскопічної операції.
6. Показання та обстеження для гістероскопії.
7. Лікувально-діагностичні можливості гістероскопії.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Провести збір анамнестичних даних;
2. Провести піхвове дослідження;
3. Підготувати хвору до операції;
4. Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування при фіброміомі матки.
5. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;
6. Вияснити можливі методи оперативного лікування при фіброміомі матки.
7. Показання для комбінованого лікування міом матки.
8. Показання для хірургічного лікування міом матки.
9. Види оперативних втручань на матці.
10. Передопераційне обстеження при лікуванні міомі матки.
11. Показання для вибору методу оперативного лікування міоми матки.
12. Передопераційна підготовка для оперативного лікування міом матки.
13. Вибір методу анестезіологічної допомоги при хірургічному лікуванні міом матки.

Тестові завдання

№1. До гінеколога звернулася жінка 36 років зі скаргами на безплідність. З анамнезу: в другому шлюбі 5 років. Пологи -1, штучних абортів -11. Останній аборт 6 років тому ускладнився матковою кровотечею, видаленням залишків плідного яйця і ендометритом. Менструальний цикл не порушений. Спермограма чоловіка в нормі. Яке обстеження слід провести ?

A * Гістероскопію.

B Тести функціональної діагностики гормонального стану яєчників

C Лапароскопію

D Кульдоскопію

E Кольпоскопію

№ 2. Хвора 28 років доставлена у відділення зі скаргами на гостру біль в нижніх відділах живота, яка виникла раптово при затримці менструації на 4 тижні. Шкірні покриви бліді. Пульс 110 уд/хв, АТ 90/50 мм рт.ст. Живіт різко болючий при пальпації в нижніх відділах, позитивний симптом подразнення очеревини. При вагінальному огляді: матка побільшена, відхилена вправо, зліва пальпується продовгуватий утвір, болючий при пальпації, заднє склепіння різко болюче, нависає. Який найбільш інформативний метод дослідження?

- A** * Діагностична лапароскопія
- B** Пункція заднього склепіння
- C** Тест на хоріонічний гонадотропін
- D** УЗД
- E** Динаміка загального аналізу крові

№ 3. Хвора М., 36 років скаржиться на розпираючі болі внизу живота до і під час менструації. Захворювання пов'язує з патологічними пологами, які ускладнилися кровотечею та вишкрібанням порожнини матки. Протизапальне лікування без ефекту. Бімануальне дослідження: матка дещо збільшена в розмірі, щільна, незначно болюча. Праві додатки представлені малорухомих пухлиноподібним утворенням нерівномірної консистенції, розміром 8х6х6. При УЗД – пухлина з густим рідинним вмістом. Для підтвердження діагнозу потрібно провести:

- A** * Лапароскопію
- B** Гістероскопію
- C** Метросальпінгографію
- D** Пункцію черевної порожнини через заднє склепіння
- E** Ірігоскопію

№ 4. Хвора М., 35 років, скаржиться на болі внизу живота, які посилюються напередодні та під час менструацій. Із анамнезу: пологи – 1, штучних аборти - 2. При бімануальному дослідженні виявлено: матка дещо збільшена і болюча при пальпації, додатки з обох сторін без особливостей. Який метод дослідження використовують для підтвердження діагнозу?

- A** * Гістероскопія
- B** УЗД
- C** Метросальпінгографія
- D** Кольпоскопія
- E** Пункція черевної порожнини через заднє склепіння

Ситуаційні задачі :

Задача №1

Хвора скаржиться на втрату свідомості, біль в нижніх відділах живота, затримку місячних на 2 тижні. Шкіра і слизові бліді. Пульс 110/хв, нитковидний, Нв 76 г/л, темп. 36,8°C. АТ 80/60 мм рт.ст. Вагінально: ціаноз слизових, темні кров'янисті виділення, тіло матки дещо збільшене, різко болюче при зміщенні, справа - пухлиноподібний утвір нечітких розмірів. Заднє склепіння пухви нависає, болюче. Який найбільш імовірний діагноз? (Порушена позаматкова вагітність, лароскопія)

Задача №2

Заміжня жінка, 26 років, звернулась до лікаря жіночої консультації із скаргами на відсутність чергової менструації (затримка становить 26 днів) і відчуття нудоти,

здебільшого зранку. Тест на вагітність позитивний. Раніше менструальний цикл був регулярним. Статеве життя з 19 років. Вагітностей не було. При об(ективному обстеженні встановлено: слизова шийки матки і піхви ціанотичні, тіло матки м(ягкуватої консистенції, дещо збільшене в розмірах. Проведено УЗД – плідного міхура в порожнині матки не виявлено. Найбільш ймовірний діагноз? (Підозра на прогресуючу позаматкову вагітність, лапароскопія)

VII. Методичні матеріали до практичного заняття ЛАПАРОСКОПІЯ

Лапароскопія – це огляд органів черевної порожнини за допомогою ендоскопа з метою діагностики та проведення лікувальних хірургічних втручань.

Лапаротомічне хірургічне втручання проводиться за умови можливості проведення термінового цитологічного або морфологічного дослідження.

Показання для проведення лапароскопії в ургентному порядку:

1. Позаматкова вагітність.
2. Апоплексія яєчника з внутрішньочеревною кровотечею.
3. Розрив кісти яєчника.
4. Перекрут «ніжки» яєчника.
5. Гнійно-запальні захворювання органів малого тазу (гнійний сальпінгіт, піовар, піосальпінкс, гнійні тубооваріальні утворення, абсцеси міхурово-маткового та прямокишково-маткового простору).
6. Диференційна діагностика гострої хірургічної та гінекологічної патології.
7. Некроз субсерозних міоматозних вузлів.
8. Діагностика ускладнень під час чи після проведення гінекологічних маніпуляцій.

Показання для проведення лапароскопії у плановому порядку:

1. Діагностична лапароскопія (з біопсією ураженого органу, за показаннями).
2. Трубна стерилізація.
3. Неплідність.
4. Доброякісні пухлини яєчників.
5. Міома матки.
6. Аномалії розвитку внутрішніх статевих органів.
7. Хронічний тазовий біль та / чи недостатні дані клінічного обстеження органів малого тазу для заключного діагнозу (підозра на зовнішній генітальний ендометріоз, хронічний запальний процес придатків матки, синдром Allen-Masters).
8. Моніторинг ефективності лікування ендометріозу III-IV стадії. Моніторинг ефективності лікування онкогінекологічних захворювань (в спеціалізованих закладах “second look” після проведення комбінованого лікування рака яєчників).
9. Вибір доступу та визначення обсягу оперативного втручання при неуточнених пухлинах органів малого тазу.

Противопоказання до проведення лапароскопії:

Абсолютні:

1. Захворювання серцево-судинної та дихальної системи в стадії декомпенсації.
2. Гостра та хронічна печінкова та ниркова недостатність.
3. Шокові та коматозні стани.
4. Розлитий перитоніт.

Відносні:

1. Ожиріння III-IV ст.

2. Тяжкий спайковий процес органів черевної порожнини.
3. Великі розміри пухлин геніталій .
4. Грижа передньої черевної стінки і / чи діафрагми великих чи гігантських розмірів.
5. Інфекційні захворювання (грип, ангіна, пневмонія, пієлонефрит та ін.).

Анестезіологічне забезпечення лапароскопій.

Оптимальним для проведення лапароскопії є загальна анестезія з ендотрахеальною інтубацією та ШВЛ. Цей вид анестезії забезпечує адекватну міорелаксацію, вентиляцію, захист від аспірації шлункового вмісту, повну анальгезію.

Можливе використання внутрішньовенної багатокомпонентної загальної анестезії зі спонтанним диханням, перидуральної анестезії у поєднанні з внутрішньовенною, місцевою інфільтраційною анестезією (при діагностичній лапароскопії, трубній стерилізації).

Передопераційне обстеження та підготовка проводиться за стандартними принципами згідно з наказом МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р.

Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового ендоскопічного втручання:

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Визначення групи крові та резус-фактору.
3. Аналіз крові на РВ, ВІЛ, Hbs –а/г.
4. Загальний аналіз крові і сечі.
5. Цукор крові.
6. Бактеріологічний аналіз виділень із статевих шляхів (уретра, цервікальний канал, піхва), обстеження на папіломавірус людини.
7. Біохімічний аналіз крові (загальний білок, креатинін, білірубін, печінкові проби).
8. Коагулограма.
9. Цитологічне дослідження мазків з шийки матки і цервікального каналу або морфологічне дослідження (за показаннями).
10. Кольпоскопія.
11. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.
12. Діагностичне вишкрібання ендометрія.
13. Електрокардіограма.
14. ФГ або рентгенографія органів грудної клітини.
15. Огляд терапевта, огляд молочних залоз, щитовидної залози.
16. Огляд профільними спеціалістами за показаннями.
17. Гастроскопія, колоноскопія.
18. Онкологічні маркери (за показаннями) або біопсія ендометрія (гістероскопія).

Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням ургентного оперативного втручання:

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Група крові і резус-фактор.

Антибіотикопрофілактику проводять під час введеного наркозу шляхом внутрішньовенного капельного введення антибіотиків. За показаннями проводять

повторне введення антибіотиків у післяопераційному періоді через 6-12 годин, а при інфікованих операціях проводиться антибіотикотерапія.

Післяопераційне ведення хворих.

1. Догляд у ранньому післяопераційному періоді.
2. Контроль виділень зі статевих шляхів, з дренажів.
3. Контроль геодинаміки.
4. Контроль симптомів подразнення очеревини.

Ведення післяопераційного періоду спрямоване на профілактику та своєчасне виявлення можливих ускладнень. Здійснюється адекватне знеболення, інфузійна терапія, антибактеріальна терапія, профілактика кровотеч і тромбоемболії, нормалізація перистальтики кишечника, ЛФК.

Ускладнення лапароскопії: діагностика, лікування.

При проведенні лапароскопії спостерігаються наступні групи ускладнень:

1. Ускладнення, пов'язані з накладанням карбоксиперитонеуму
2. Хірургічні ускладнення
3. Ускладнення, зумовлені тривалим вимушеним положенням пацієнтки
4. Анестезіологічні ускладнення

Ускладнення, пов'язані з накладанням карбоксиперитонеуму:

1.Емфізема. Накладання карбоксиперитонеуму за допомогою голки Вереша та його підтримання в ході операції шляхом подачі CO₂ через троакар може супроводжуватись екстраперитонеальною інсуфляцією та виникненням емфіземи. Емфізема може бути обмеженою та поширеною і локалізуватися в підшкірній клітковині, сальнику, середостінні. У разі попадання голки Вереша в просвіт судини або поранення вени на фоні напруженого карбоксиперитонеуму існує ризик газової емболії.

Діагностика. Виявлення емфіземи здійснюється на підставі візуальної оцінки, наявності припухлості та крепітації.

Лікувальна тактика. Обмежені емфіземи (підшкірна емфізема, карбоксиоментум) проходять спонтанно упродовж 12-48 годин і не потребують лікування. При емфіземі, яка займає дві та більше анатомічні ділянки, необхідне динамічне спостереження в умовах стаціонару до повної редукції емфіземи. Емфізема середостіння потребує негайної зупинки лапароскопічної операції, евакуації карбоксиперитонеуму.

2.Травмування органів черевної порожнини голкою Вереша. Введення голки Вереша може привести до проникаючого та непроникаючого поранення органів черевної порожнини, магістральних судин.

Діагностика. Травматичні пошкодження при введенні голки Вереша виявляють на підставі результатів шприцевої проби, лапароскопічної ревізії органів черевної порожнини.

Лікувальна тактика. У випадках проникаючих поранень кишки рекомендується лапаротомія та ушивання стінки кишки. Травмування магістральних судин (черевна аорта, нижня порожниста вена) потребує невідкладної лапаротомії, зупинки кровтечі шляхом компресії судини, терміново викликають бригаду судинних хірургів.

Профілактика. Вдосконалення техніки введення голки Вереша. Проведення капельного тесту. Відкрита методика накладання карбоксиперитонеуму за Hasson у пацієнток з перенесеними оперативними втручаннями на органах черевної порожнини.

Інтраопераційні хірургічні ускладнення

1.Поранення судин передньої черевної стінки, магістральних судин, інтраопераційна кровотеча з судин тазу.

Діагностика та лікувальна тактика. Поранення судин передньої черевної стінки (найчастіше – aa. epigastricae inferior sin. et dext.) трапляється при введенні допоміжних троакарів і супроводжується кровотечею або формуванням гематоми. Можливі методи зупинки кровотечі: прошивання судини через черевну стінку голкою великого діаметру або шляхом мікролапаротомії, коагуляція судини, компресія катетером Фолея.

Травмування магістральних судин (черевна аорта, нижня порожниста вена) потребує невідкладної лапаротомії, зупинки кровотечі шляхом компресії судини. Терміново викликають бригаду судинних хірургів.

Інтраопераційна кровотеча з маткових або яєчникових судин може бути зупинена лапароскопічно або шляхом проведення конверсійної лапаротомії. Кровотечу зупиняють тимчасово шляхом компресії або захоплення судини затискачем. Аспірують кров і в умовах прямої видимості судину коагулюють, перев'язують або накладають кліп.

2. Травмування кишечника, сечового міхура, сечовода може трапитись на різних етапах операції.

Діагностика та лікувальна тактика Виявлення травматичних пошкоджень органів черевної порожнини повинно здійснюватись інтраопераційно. При сумнівах проводиться цистоскопія, конверсійна лапаротомія та уточнюється тяжкість ураження. Операції на травмованих органах проводять за участю відповідного спеціаліста (хірург, уролог, проктолог).

У складі хірургічної бригади повинен приймати участь гінеколог, який володіє хірургічною технікою в обсязі екстирпації матки лапаротомним доступом.

Післяопераційні хірургічні ускладнення

1. Інфекційні ускладнення після гінекологічних лапароскопічних операцій включають раневу (нагноєння місць проколів) та внутрішньочеревну інфекцію. Рідко спостерігаються інфекції сечовидільної системи, пневмонія.

Діагностика здійснюється на підставі даних фізикального обстеження та допоміжних методів діагностики.

Лікувальна тактика включає заходи місцевого та загального впливу на запальний процес.

Профілактика гнійних ускладнень здійснюється на доопераційному етапі, інтраопераційно та в післяопераційному періоді.

2. Післяопераційні грижі в лапароскопічній хірургії виникають при застосуванні троакарів діаметром 10 мм та більше.

Діагностика. Проявляються локальним больовим синдромом, іноді ознаками кишкової непрохідності.

Лікувальна тактика передбачує ушивання грижі.

Профілактика полягає в евакуації газу з черевної порожнини до моменту виведення троакарів, виведення троакарів здійснюється за релаксації пацієнтки. Всі проколи після 10 мм троакарів повинні бути повноцінно зашиті.

3. Віддалені післяопераційні ускладнення: термотравма сечоводів, сечового міхура, кишки.

Ускладнення, зумовлені вимушеним тривалим положенням пацієнтки

Тривале вимушене положення пацієнтки на операційному столі може привести до травми плечового нервового сплетіння, пошкодження зв'язок хребта, тромбозу глибоких вен гомілок. Порушення техніки безпеки при роботі з монополярною електрохірургією можуть привести до опіків м'яких тканин.

Діагностика. Травма плечового нервового сплетіння супроводжується болями та парестезіями в ділянці відповідного плеча та руки. Пошкодження зв'язок хребта

проявляється больовим синдромом, парестезіями в ногах. Опіки діагностуються через добу після операції за результатами огляду ураженої поверхні, яка має контури границь пасивного електрода. Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок діагностується на підставі симптомів тромбозу (біль, набряк, гіперемія та ін.), які виникають через декілька діб після операції.

Лікувальна тактика. При легких формах уражень плечового нервового сплетіння, зв'язок хребта призначають симптоматичне лікування та здійснюють динамічне спостереження. За відсутності ефекту чи появи парестезій та інших симптомів поразення периферичної нервової системи необхідна консультація невропатолога. Тромботичні ускладнення потребують негайної консультації судинного хірурга та відповідної терапії.

Анестезіологічні ускладнення

При здійсненні анестезії можуть розвинутих ускладнення, які відносяться до групи анестезіологічних. Це *алергічні реакції* включно з анафілактичним шоком, та специфічні для кожного з видів застосовуваної анестезії ускладнення. Розвиток ускладнень може змусити припинити подальше проведення операції.

Діагностика та лікування анестезіологічних ускладнень здійснюється лікарем анестезіологом-реаніматологом.

ГІСТЕРОСКОПІЯ

Гістероскопія - це огляд стінок порожнини матки за допомогою ендоскопа з метою діагностики та проведення лікувальних хірургічних втручань при різних видах внутрішньоматкової патології.

Показання для проведення гістероскопії в ургентному порядку:

1. Меню- чи метрорагія.
2. Метрорагія після вагітності.
3. Народження субмукозної міоми.
4. Некроз субмукозної міоми.

Показання для проведення гістероскопії в плановому порядку:

1. Дисфункціональні маткові кровотечі.
2. Субмукозна міома матки.
3. Поліп ендометрія.
4. Гіперплазія ендометрія.
5. Підозра на рак ендометрія.
6. Внутрішньоматкові сінехії.
7. Аденоміоз.
8. Аномалії розвитку матки.
9. Чужорідні тіла у порожнині матки.
10. Неплідність, пов'язана з матковим фактором або проксимальною трубною оклюзією.
11. Підготовка до проведення допоміжних репродуктивних технологій.
12. Моніторинг ефективності лікування гіперпластичних процесів ендометрія.
13. Атипова гіперплазія (у спеціалізованих закладах).

Противоказання до проведення гістероскопії:

1. Профузна маткова кровотеча.
2. Вагітність.
3. Гострі запальні захворювання жіночих статевих органів.
4. Інфекційні захворювання (грип, ангіна, пневмонія, пієлонефрит та ін.).

5. Рак шийки матки, інфільтративний рак ендометрія.

6. Цервікальний стеноз.

Анестезіологічне забезпечення гістероскопії

У разі проведення гістероскопії використовують внутрішньовенний наркоз. Припустиме використання ендотрахеального наркозу. В окремих випадках за умови наявності протипоказань до проведення наркозу можливе застосування парацервікальної анестезії.

Передопераційне обстеження та підготовка проводиться за стандартними принципами згідно наказу МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р.

Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового ендохірургічного втручання (оперативна гістероскопія):

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Визначення групи крові та резус-фактору.
3. Аналіз крові на РВ, ВІЛ, Hbs –а/г.
4. Загальний аналіз крові і сечі.
5. Цукор крові.
6. Бактеріологічний аналіз виділень із статевих шляхів (уретра, цервікальний канал, піхва).
7. Біохімічний аналіз крові (загальний білок, креатинін, білірубін, печінкові проби).
8. Коагулограма.
9. Цитологічне дослідження мазків з шийки матки і цервікального каналу або результат патогістологічного дослідження.
10. Кольпоскопія.
11. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.
12. Біопсія ендометрія.
13. Електрокардіограма.
14. ФГ або рентгенографія органів грудної клітки.
15. Огляд терапевта.
16. Огляд профільними спеціалістами за показаннями.

Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням планових «малих» діагностичних та лікувальних оперативних втручаннях:

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Група крові і резус-фактор.
3. Онкоцитологічне дослідження.
4. Бактеріоскопічне дослідження виділень із статевих шляхів, діагностика наявності папілома вірусу людини.

Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням ургентного оперативного втручання:

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Група крові і резус-фактор.

Обов'язкове морфологічне дослідження операційного матеріалу; інтраопераційно (за показаннями).

Антибіотикопрофілактику проводять під час введеного наркозу шляхом внутрішньовенного крапельного введення антибіотиків. За показаннями проводять повторне введення антибіотиків в післяопераційному періоді через 6-12 годин.

Післяопераційне ведення хворих:

1. Догляд у ранньому післяопераційному періоді.

2. Контроль виділень зі статевих шляхів.
3. Контроль гемодинаміки.
4. Контроль вмісту цукру у крові (при тривалих операціях).
5. Контроль відсутності симптомів подразнення очеревини.

Ведення післяопераційного періоду спрямоване на профілактику та своєчасне виявлення можливих ускладнень.

Ускладнення гістероскопії: діагностика, лікування

При проведенні гістероскопії спостерігаються наступні групи ускладнень:

1. Хірургічні ускладнення.
2. Ускладнення, пов'язані з засобами для розширення порожнини матки.
3. Ускладнення, зумовлені вимушеним тривалим положенням пацієнтки.
4. Анестезіологічні ускладнення.

Хірургічні інтраопераційні ускладнення

1. Травматичні ушкодження шийки матки кульовими щипцями при здійсненні розширення цервікального каналу.

Діагностика. Цей вид ускладнення діагностується при огляді в дзеркалах.

Лікувальна тактика. Кровотеча, яка може супроводжувати розриви шийки матки, підлягає зупинці шляхом компресії, застосування електрокоагуляції, або накладання гемостатичних швів по закінченні операції.

Профілактика. Ощадливе поводження з тканинами

2. Перфорація матки.

Діагностика. Ознаками перфорації матки є:

а) проникнення інструментів (зонд, розширювач Гегара, гістероскоп, електрокоагулятора тощо) на глибину, що перевищує очікувану довжину порожнини матки;

б) відсутній відтік рідини із порожнини матки та недостатнє її розширення;

в) візуалізація петель кишечника або картини, яку складно інтерпретувати.

У разі хоріонкарциноми, інфільтративного раку ендометрія можливий розрив матки.

Лікувальна тактика. Зупинка операції. Оцінка тяжкості перфорації. В сумнівних випадках, коли не виключається можливість пошкодження органів черевної порожнини, показана діагностична лапароскопія, лапаротомія. Консервативне лікування (холод на низ живота, утеротонічні засоби, антибіотики) показане у випадках невеликих розмірів перфорації та впевненості у відсутності пошкоджень органів черевної порожнини, внутрішньої кровотечі або гематоми за умови динамічного спостереження. Хірургічне лікування тяжких форм перфорації матки або розриву матки з пошкодженням органів черевної порожнини потребує невідкладної лапаротомії.

Профілактика:

а) ощадливе поводження з тканинами;

б) візуальний контроль при введенні гістероскопа;

в) лапароскопічний контроль при гістероскопіях з підвищеним ризиком перфорації матки;

г) вдосконалення рівня оперативної техніки.

3. Кровотеча. Головною причиною кровотечі, яка виникає безпосередньо під час оперативної гістероскопії, є пошкодження крупних судин при здійсненні резекції.

Діагностика. Внаслідок кровотечі виникають труднощі візуалізації. Важливо з'ясувати, чи разом з пошкодженням судин не сталася перфорація матки.

Лікувальна тактика. Спроба зупинки кровотечі коагуляцією. При відсутності ефекту – зупинка операції, введення в порожнину матки катетера Фолея та застосування

утеротонічних засобів. У випадку продовження кровотечі здійснюють лапаротомію, перев'язку маткових судин або гістеректомію.

Профілактика. Раціональна оперативна техніка, спрямована на уникнення глибокої резекції міометрію в ділянці бокових стінок матки та перешийка.

Хірургічні післяопераційні ускладнення.

1. Післяопераційні кровотечі можуть виникати після резекції ендометрія або міоми матки зі значним інтерстиціальним компонентом, внаслідок відриву струпа після абляції ендометрія та, рідко, внаслідок травми шийки матки.

Діагностика. Для з'ясування джерела кровотечі здійснюється огляд в дзеркалах.

Лікувальна тактика. Утеротонічні засоби, антибіотики (за виключенням випадків кровотечі з шийки матки). Хірургічне лікування (інструментальна ревізія порожнини матки, повторна гістероскопія, гістеректомія) застосовується рідко.

Профілактика. Ефективна профілактика відсутня.

2. Інфекційні ускладнення. Ендометрит, загострення хронічного сальпінгоофориту виникають при затяжних операціях, частих повторних введеннях та виведеннях гістероскопа.

Діагностика. Болі внизу живота, підвищення температури тіла, гнійні виділення зі статевих шляхів, які виникають найчастіше через 48-72 години після операції. Важливо з'ясувати, чи не є причиною ускладнення термічне пошкодження органів черевної порожнини.

Лікувальна тактика. Антибіотикотерапія, симптоматичне лікування. Хірургічне лікування потрібне в рідких випадках, здебільшого при формуванні тубооваріальних абсцесів, пельвеоперитоніту.

3. Термічні пошкодження кишечника виникають при перфорації матки в ході гістерорезектоскопії, і рідко, при збереженій цілості стінки матки.

Діагностика. Через 1 – 5 діб після операції виникають біль в животі, підвищення температури тіла, лейкоцитоз, перитоніт.

Лікувальна тактика. При появі ознак перитоніту відразу, або після діагностичної лапароскопії, здійснюють лапаротомію з відповідним обсягом хірургічного втручання. За відсутності ознак перитоніту – медикаментозне лікування, динамічне спостереження в стаціонарних умовах.

Профілактика. Висока кваліфікація хірурга, здійснення експансивних оперативних втручань у 2-3 етапи.

4. Внутрішньоматкові синехії формуються при експансивних гістероскопічних операціях з великою раневою поверхнею.

Діагностика. Клінічні прояви внутрішньоматкових синехій включають олігоменорею, маткову аменорею, безплідність. При формуванні замкнутих просторів або стенозі цервікального каналу виникає гематометра, яка супроводжується циклічними болями внизу живота.

Лікувальна тактика. У випадках безплідності, зумовленої внутрішньоматковими синехіями, здійснюють гістероскопічний синехіолізис. Для усунення гематометри проводять розширення цервікального каналу, іноді гістероскопію.

Профілактика. Введення в порожнину матки внутрішньоматкового контрацептива в якості протектора та призначення естрогенів. Проведення гістероскопічних міомектомій при розмірах міоми понад 3 см у два або три етапи. Проведення через 1,5-2 місяці після експансивних операцій контрольних гістероскопій, спрямованих на усунення внутрішньоматкових синехій.

Ускладнення, пов'язані з засобами для розширення порожнини матки.

1. Ускладнення, пов'язані з використанням рідких засобів для розширення порожнини матки. Ця група ускладнень головним чином пов'язана з перегрузкою судинного русла рідиною, що супроводжується нудотою, гемодинамічними порушеннями, ризиком розвитку набряку легень, серцевої недостатності, гемолізу. Ускладнення та особливості їх проявів залежать від виду та кількості використовуваної рідини.

Діагностика ґрунтується на результатах об'єктивного обстеження, вимірювання АТ, дослідження вмісту глюкози, натрію крові, коагулограми.

Лікувальна тактика. Перегрузка судинного русла рідиною передбачує застосування діуретичних та серцевих засобів, інгаляції кисню. При діагностуванні гемолізу здійснюють інфузійну терапію та контроль функції нирок та печінки. Гіпоглікемія у пацієток з цукровим діабетом потребує внутрішньовенного введення глюкози під контролем вмісту глюкози крові. При набряку легень внаслідок респіраторного дистрес-синдрому та анафілактичному шоку вводять глюкокортикоїди, здійснюють інгаляцію кисню, при потребі переходять на штучну вентиляцію легень.

Профілактика. Підбір засобів для розширення порожнини матки відповідно до планованої операції. Контроль за використанням рідини, тривалістю операції. Застосування сучасних систем подачі рідини з можливістю автоматичного контролю тиску в порожнині матки на рівні не більше 75 мм.рт.ст. Застосування в ході операції утеротонічних засобів.

2. Ускладнення, пов'язані з використанням CO₂. Газова гістероскопія може ускладнитись серцевою аритмією внаслідок метаболічного ацидозу або газовою емболією. При попаданні в систему подачі рідини повітря гістероскопія може ускладнитись повітряною емболією.

Діагностика. Серцева аритмія діагностується інтраопераційно за даними пульсометрії. Газова емболія супроводжується різким падінням АТ, ціанозом, порушеннями дихання.

Лікувальна тактика. Зазначені ускладнення потребують невідкладної інтенсивної терапії за участю анестезіолога. Лікувальний заклад, де проводиться гістероскопія, повинен бути оснащений всім необхідним для проведення реанімаційних заходів.

Профілактика. Дотримання параметрів подачі газу та контроль тиску в порожнині матки в межах 50 мм.рт.ст. Недопускання попадання повітря в систему подачі рідини в порожнину матки.

Ускладнення, зумовлені вимушеним тривалим положенням пацієнтки

Тривале вимушене положення пацієнтки на операційному столі може привести до тромбозу глибоких вен гомілок. Порушення техніки безпеки при роботі з монополярною електрохірургією можуть привести до опіків м'яких тканин.

Діагностика. Опіки діагностуються через добу після операції за результатами огляду ураженої поверхні, яка має контури границь пасивного електрода. Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок діагностується на підставі симптомів тромбозу (біль, набряк, гіперемія та ін.), які виникають через декілька діб після операції.

Лікувальна тактика. Тромботичні ускладнення потребують негайної консультації судинного хірурга та відповідної терапії.

Анестезіологічні ускладнення

При здійсненні анестезії можуть розвинутих ускладнення, які відносяться до групи анестезіологічних. Це **алергічні реакції** включно з анафілактичним шоком, та специфічні для кожного з видів застосовуваної анестезії ускладнення. Розвиток ускладнень може змусити припинити подальше проведення операції.

Діагностика та лікування анестезіологічних ускладнень здійснюється лікарем анестезіологом-реаніматологом.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гінекологічна ендоскопія).
3. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
4. *Клиническая визуальная диагностика* / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затикян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
5. *Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів*-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
6. *Гинекологическая диагностика и лечение* // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
7. *Вовк И.Б., Корнацкая А.Г., Чайка В.К.* Опухолевидные поражения яичников. – Киев, 2007. – 32с.
8. *Лихачов В.К.* Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
9. *Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів*-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.

15.09.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.