

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

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від «__» _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Ендоскопічні діагностично-лікувальні методи в гінекології (лапароскопія) (код курсу 3.8)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

Лапароскопічна хірургія успішно замінює в деяких клінічних випадках відкриту хірургію, так як зображення набагато більше, чим те, що хірург бачить очима (сучасна лапароскопічна апаратура дає збільшення до 40 разів, тобто операція виконується як під мікроскопом), оптика, яка використовується допомагає подивитись на об'єкт під різними кутами (з різних сторін). Лапароскопія використовується як для постановки діагноза-діагностична лапароскопія, так і з лікувальною метою-оперативна (хірургічна) лапароскопія.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

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.

В результаті проведення заняття інтерн повинен уміти:

1. Визначити показання, протипоказання та умови до операції лапароскопії
2. Проведення внутрішнього піхвового дослідження.
3. Скласти план обстеження для хворої для проведення лапароскопії, гістероскопії
4. Які можуть бути ускладнення після даних операцій і як уникнути?

III. Базові знання

1. Будова зовнішніх і внутрішніх статевих органів.
2. Фізіологія зовнішніх і внутрішніх статевих органів.
3. Методи діагностики гінекологічних захворювань.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
I. Попередні:		
Фізіологія	Знати функцію статевих органів	Провести тести функціональної діагностики.
Анатомія	Клінічна анатомія та фізіологія яєчників	

Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
II. Наступні дисципліни		
Анестезіологія	Методи знеболення при лапароскопічних операціях	Догляд за хворими в післяопераційному періоді
III. Внутрішньопредметна інтеграція Діагностична та лікувальна лапароскопія	Анестезіологічна допомога при лапароскопічній операції. Особливості ведення післяопераційного періоду після лапароскопічної операції	Техніка виконання лапароскопії

V. Зміст теми семінарського 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 лапароскопії.

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 ендокхірургічного 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 кровотечі 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 – аа. 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 інфекції. 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.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	<i>Підготовчий етап</i> 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<i>Основний етап</i> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 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.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	<i>Заключний етап</i> 1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання. 3. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття

Місце проведення заняття- навчальна кімната, відділення гінекології

Оснащення - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики, історії хвороби

Рекомендована література (навчальна, наукова)

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.

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 лекції

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 скаржить 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, скаржить на болі внизу живота, які посилюються напередодні та під час менструацій. Із анамнезу: пологи – 1, штучних абортів - 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 слозові 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 піхви 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'єктивному обстеженні встановлено: слизова шийки матки і піхви ціанотичні, тіло матки м'якуватої консистенції, дещо збільшене в розмірах. Проведено УЗД – плідного міхура в порожнині матки не виявлено. Найбільш ймовірний діагноз? (Підозра на прогресуючу позаматкову вагітність, лапароскопія)

Методичну розробку семінарського заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська

12.01.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 7 від 16.01.2015 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____ 201__ р.