

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №5. Оперативна лапароскопія при невідкладних станах в гінекології

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

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

 **ЗАТВЕРДЖУЮ**
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«29» серпня 2024 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
до практичних занять
з навчальної дисципліни**

Факультет медичний, 6 курс

Навчальна дисципліна **«ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В
АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ»**

Практичне заняття №5. «Оперативна лапароскопія при невідкладних станах в гінекології».

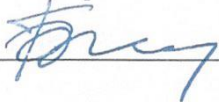
Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 6 курс, медичний факультет. Вибіркова дисципліна «Ендоскопічні технології в акушерстві та гінекології».

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №5. Оперативна лапароскопія при невідкладних станах в гінекології

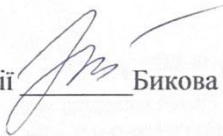
Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024 р.

Завідувач кафедри  (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробники:

к. мед. н., доцент кафедри акушерства та гінекології  Бикова Н.А.

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

Практичне заняття №5

Тема: «Оперативна лапароскопія при невідкладних станах в гінекології».

Мета: Систематизувати та поглибити знання за темою практичного заняття. Навчити проводити оцінку стану пацієнтки з невідкладними станами в гінекології. Засвоїти план обстеження пацієнтки з невідкладним станом. Сформувати чітке уявлення про обстеження перед ургентними оперативними втручаннями. Засвоїти методи діагностики, які використовуються для установлення причин “гострого” живота в гінекології. Ознайомитися з можливостями сучасного ендоскопічного обладнання в діагностиці і лікуванні невідкладних станів в гінекології. Оволодіти базовою технікою ендоскопічних втручань в ургентній гінекології. Визначити показання та протипоказання до оперативної лапароскопії невідкладних станів. Знати види оперативних лапароскопічних втручань при невідкладних станах. Вивчити основні етапи оперативної лапароскопії при невідкладних станах. Засвоїти план ведення пацієнток у післяопераційному періоді.

Основні поняття: Позаматкова вагітність, апоплексія яєчника. Клініка, діагностика, тактика ведення. Невідкладна допомога. Передопераційна підготовка та ведення післяопераційного періоду.

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

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

Клінічний досвід діяльності лікувально-профілактичних установ свідчить про те, що найбільш складними для лікаря є клінічні ситуації, які потребують невідкладної допомоги. Правильна й своєчасно надана, раціонально запланована і проведена бережливими методами екстрена допомога може не тільки врятувати життя хворої, але й зберегти її репродуктивну функцію.

Лапароскопія один з методів сучасної хірургії, при якому (без великого розтину черевної стінки живота), за допомогою спеціальних оптичних приладів (які вводяться в черевну порожнину через маленькі надрізи шкіри), проводиться огляд органів черевної порожнини. Лапароскопія також відноситься до сучасних методів діагностики безпліддя. Важко назвати яку-небудь із патологій органів малого таза, діагностику й лікування якої не можна провести методами лапароскопії.

Лапароскопічна гінекологія - новий метод ефективного лікування різних гінекологічних захворювань, що дозволяє скоротити строки одужання пацієнтів і не залишати косметичних дефектів на тілі після проведення

операції. Сучасний стан техніки дозволяє застосувати лапароскопію як для діагностичних цілей, так і для оперативного втручання.

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

— **Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять.**

Вимоги до знань:

- Навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Виконувати медичні маніпуляції
- Здатність вести медичну документацію

Перелік дидактичних одиниць:

- Позаматкова вагітність. Клініка, діагностика, тактика ведення
- Апоплексія яєчника. Клініка, діагностика, тактика ведення.
- Позаматкова вагітність. Невідкладна допомога.
- Апоплексія яєчника. Невідкладна допомога.
- Передопераційна підготовка.
- Ведення післяопераційного періоду.

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

Питання:

1. Захворювання, які призводять до невідкладних станів в гінекології
2. Методи діагностики, які використали для встановлення причин, які призвели до невідкладних станів в гінекології
3. Етіологія, класифікація, клінічні ознаки, методи обстеження, методи лікування апоплексії яєчника.
4. Позаматкова вагітність, етіологія, патогенез, методи діагностики, диференційна діагностика, клініка, лікування, профілактика.
5. Показання, протипоказання, умови та технічні особливості оперативної лапароскопії при апоплексії яєчника.
6. Показання, протипоказання, умови та технічні особливості оперативної лапароскопії при позаматковій вагітності.
7. Лікувально-діагностичні ендоскопічні методи в невідкладних станах в гінекології.
8. Підготовка та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних оперативних втручаннях.

Типові ситуаційні задачі:

Задача 1. Жінка 26 років доставлена до ЛШМД із скаргами на раптово виниклий біль внизу живота, який іррадіює у стегно та пряму кишку, нудоту, запаморочення, кров'яні темні виділення із статевих шляхів протягом тижня, затримку менструації протягом 4 тижнів. Шкіряні покриви бліді. Симптоми подразнення очеревини визначаються внизу живота, більше з права. При огляді в дзеркалах: ціаноз слизової піхви і шийки матки. Бімануальне дослідження: матка і її додатки чітко не визначаються через різку болісність. Визначається симптом “плаваючої матки”, заднє склепіння піхви випнуте і різко болісне. Тест на ХГЛ позитивний. В результаті попереднього клініко-лабораторного та інструментального обстеження було поставлено попередній діагноз: Правобічна порушена трубна вагітність за типом розриву труби. Внутрішньочеревна кровотеча.

1. Який об'єм операції передбачено провести в лікуванні цієї пацієнтки?

Еталони відповідей: 1. Лапароскопія, правобічна тубектомія, санація та дренування черевної порожнини.

Задача 2. Д. 26 років. Привезена в гінекологічне відділення машиною швидкої допомоги 20.05.22 р. о 10 год. Дві години тому була здоровою, але раптово з'явився різкий біль в животі і в надключичній ділянці, почалась блювота, нудота, втрата свідомості. Остання менструація була 6.05.22 року, перебіг її був нормальний. Об'єктивно: бліда, в'яла, пульс 116 уд/хв, АТ – 70/40мм. рт. ст. Живіт вздутий, в акті дихання участі не приймає. При пальпації різко болісний, особливо в нижніх ділянках. Тут же відмічається напруження м'язів живота. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Бімануально: заднє склепіння нависає, матка нормальної величини, рухома, болюча, через болі важко пальпується, додатки в зв'язку з різким напруженням стінки живота пропальпувати не вдалось. Аналіз крові: ШОЕ 10 мм/год, лейкоцити $9 \cdot 10^9/\text{л}$.

Діагноз? План ведення та лікування.

Еталон відповіді: Апоплексія яєчника, змішана форма. Внутрішньочеревна кровотеча. Анемія. Геморагічний шок II ст. Необхідна термінова лапароскопія. Резекція яєчника, одночасно проводиться гемотрансфузія, лікування шоку, анемії.

Типові тестові завдання:

1. Хвора П., 23 років, доставлена ургентно зі скаргами на біль внизу живота, більше справа, з іррадіацією в пряму кишку, запаморочення. Вищезазначені скарги з'явилися раптово вночі. Остання менструація 2 тижні тому. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, пульс – 92 уд/хв., t – 36,6 С, артеріальний тиск 100/60 мм рт. ст. Живіт дещо напружений, незначно болісний в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини слабопозитивні. Гемоглобін 98 г/л. Який метод лікування найбільш прийнятний для цієї пацієнтки?

А. Лапароскопія, овариєктомія.

- В. Консервативне лікування.
- С. Лапароскопія, резекція яєчника.
- Д. Лапаротомія, овариєктомія.
- Е. Лапароскопія, аднексектомія.

2. Хвора 28 років, доставлена зі скаргами на гострий біль в нижній частині живота. Було короткочасне запаморочення. Затримка менструації 2 місяці. Шкіра бліда, АТ-90/50 мм рт. ст., пульс-110 уд/на хв. Живіт різко болючий у нижніх відділах. При вагінальному дослідженні: матка збільшена. Позитивний симптом Промтова. Справа додатки збільшені, різко болючі. Заднє склепіння нависає. Був виставлений попередній діагноз: Правобічна порушена трубна вагітність за типом розриву труби. Гемоперитонеум. Геморагічний шок II ст. Анемія. Який оперативний доступ найбільш доцільно виконати в лікуванні даної пацієнтки?

- А. Абдомінальний.
- В. Ендоскопічний.
- С. Вагінальний.
- Д. Симультанний.

3. Жінку 17 років турбує гострий біль унизу живота. Відзначає затримку менструації на 2 тижні. Статеве життя протягом року. Охоронялася від вагітності перерваним статевим актом. Об'єктивно: бліда. Температура тіла 36,6°C, АТ 95/60 мм рт.ст., Пульс 90 уд/хв. При бімануальному дослідженні визначається злегка збільшена матка, екскурсії шийки болісні, придатки чітко не контуруються, заднє склепіння випнуте. Виділення зі статевих шляхів темно-кров'яністі, скудні. Найбільш інформативний метод:

- А. Ультразвукове дослідження органів малого таза.
- В. Загальний аналіз крові.
- С. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.
- Д. Кольпоскопія.
- Е. Лапароскопія.

Відповіді: 1 - С; 2 - В; 3 - Е.

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

— Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіків в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання:

Перша бригада-поставити попередній діагноз і скласти план обстеження пацієнтки.

Друга бригада- скласти алгоритм лікування
Третя бригада- оцінює правильність відповіді першої і другої бригади і вносить свої корективи

Нетипові ситуаційні задачі

Задача 1. Жінка 32 років доставлена до ЛШМД із скаргами на раптово виниклий біль внизу живота, який іррадіює у стегно та пряму кишку, нудоту, запаморочення, кров'яні темні виділення із статевих шляхів на протязі тижня, затримку менструації на протязі 5 тижнів. Шкіряні покриви бліді. Симптоми подразнення очеревини визначаються внизу живота, більше з права. В дзеркалах: ціаноз слизової піхви і шийки матки. Бімануальне дослідження: матка і її додатки чітко не визначаються через різку болісність. Визначається симптом “плаваючої матки”, заднє склепіння піхви випнуте і різко болісне.

1.Попередній діагноз?

2.План обстеження, план лікування?

Відповідь 1. Порушена позаматкова вагітність за типом розриву маткової труби. Внутрішньочеревна кровотеча.

2. УЗД органів малого таза, визначення ХГ в плазмі крові, розгорнутий аналіз крові, загальний аналіз сечі, лапароскопія. Оперативне лікування в екстреному порядку. Тубектомія або туботомія з енуклеацією плодового яйця.

Задача 2. В стаціонар поступила жінка, 18 років, зі скаргами на поступово наростаючий біль внизу живота на протязі 12 годин, слабкість, нудоту.

З анамнезу: менструації з 14 років по 3-4/26-28. Остання менструація 2 тижні тому. Статеве життя протягом року. Не вагітніла. Запобігала вагітності перерваним статевим актом.

Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки бліді, Т-36,6° С, АТ-95/60 мм рт. ст., пульс-90 уд./хв. Живіт напружений, болючий в нижніх відділах. Визначаються позитивні симптоми подразнення очеревини внизу живота.

В дзеркалах: слизова оболонка піхви і шийки матки синюшна.

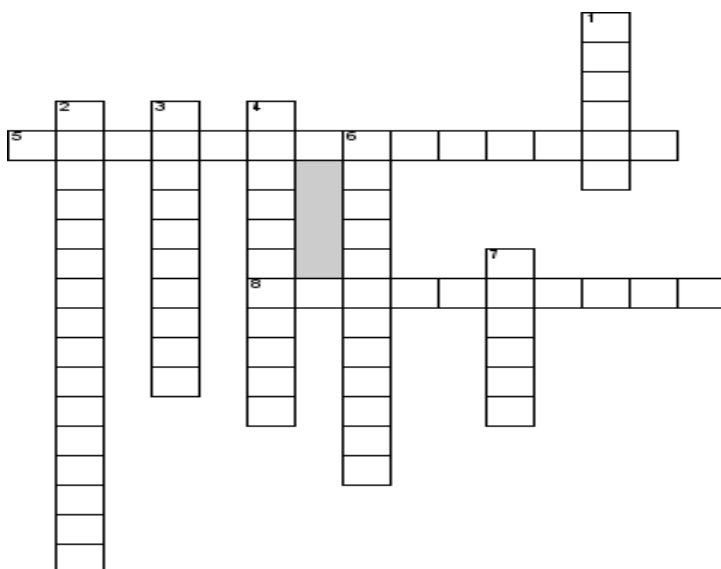
Бімануальне дослідження: Матка дещо збільшена, зміщення її болісні. Додатки чітко не контуруються з-за болючості дослідження, заднє склепіння вип'ячене. Виділення зі статевих шляхів темно-кров'яні, скудні.

Складіть алгоритм дій лікаря.

Еталон відповіді:

- 1.Термінова госпіталізація до гінекологічного відділення
- 2.Інтенсивна терапія
- 3.Лікувально-діагностична лапароскопія.

Нетипові тестові завдання:



По горизонталі

5. Характерні зміни ендометрію при позаматковій вагітності
8. Крововилив з порушенням цілості тканини яєчника, що супроводжується кровотечею в черевну порожнину, це?

По вертикалі

1. Настає при порушенні кровообігу в пухлині, вдруге виникає запальний процес?
2. Запалення очеревини малого таза
3. Різко хвороблива менструація
4. Симптом внутрішньочеревної кровотечі
6. Оперативний доступ при внутрішньочеревній кровотечі
7. Зміни у формулі крові при внутрішньочеревній кровотечі

Відповіді: 5- децидуалізація; 8- апоплексія; 1- некроз; 2 пельвіоперитоніт; 3- дисменорея; 4- Куленкампа; 6-лапароскопія; 7-анемія.

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

Таблиця. Діагностичні ознаки різноманітних форм трубної вагітності

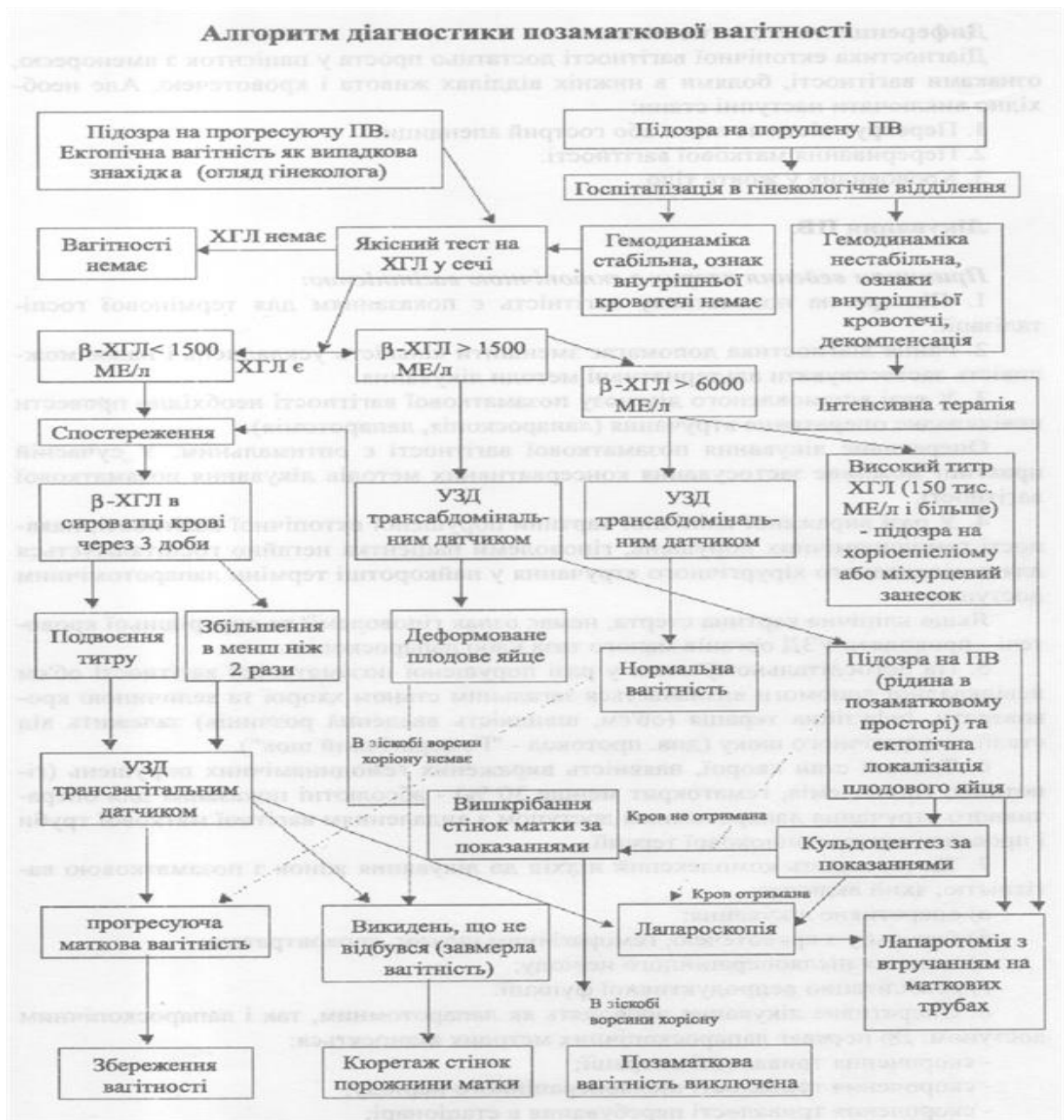
Клінічні ознаки	Прогресуюча позаматкова вагітність	Трубний викидень	Розрив маткової труби
Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні	Позитивні
Загальний стан хворої	Задовільний	Періодично погіршується, короточасні втрати	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати,

		свідомості, тривалі періоди задовільного стану	прогресивне погіршення стану
Біль	Відсутній	Характер нападів, що періодично повторюються	З'являється у вигляді гострого нападу
Виділення	Відсутні або незначні кров'яні	Кров'яні виділення темного кольору, з'являються після нападу болю	Відсутні або незначні кров'яні
Піхвове дослідження	Матка не відповідає терміну затримки місячних, поряд з маткою визначається утворення ретортоподібної форми, безболісне, склепіння вільні	Такі самі, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, заднє склепіння згладжене	Такі самі, симптоми «плаваючої матки», болючість матки і додатків з ураженого боку, нависання заднього склепіння
Додаткові методи обстеження	УЗД, визначення рівня β -ХГЛ, лапароскопія	Лапароскопія	Не проводяться

Алгоритм визначення групи крові.

Необхідний інструментарій	Біла емальована тарілочка, набір стандартних сироваток, скельце або 3 скляні палички.	
Послідовність дій	1. На білу емальовану тарілочку наносять по одній краплі стандартних сироваток двох серій у заглибини з відпо-відними позначками-0(I); A(II); B(III). 2. В окрему заглибину наносять кілька крапель крові хворої. 3. До кожної краплі сироватки додають по одній краплі крові хворої і перемішують окремою склянною паличкою або краєм скельця. 4. Читають результат. Якщо аглюцінації немає в жодній краплині, група крові хворої-перша; якщо аглюцінація відсутня в другій краплині-група крові- друга; якщо у третій-група крові хворої третя. При належності крові пацієнтки до четвертої групи аглюцінація з'являється в	При перемішуванні крові важливо для кожної краплі користуватись іншим краєм скельця.

усіх краплинах.



Апоплексія яєчника-це крововилив у паренхіму яєчника, який супроводжується кровотечею у черевну порожнину.

Сприятливі фактори

1. Запальні процеси
2. Ендокринні
3. Захворювання крові



Провокуючі чинники

1. Статевий акт
2. Травма живота
3. Оперативне втручання
4. Механічне стискання судин пухлиною таза



Класифікація

1. Анемічна форма
2. Больова форма
3. Змішана форма



Клінічна картина

1. Захворювання починається раптово
2. З'являється гострий біль, частіше в одній з здухвинних ділянок, який невдовзі поширюється на весь живіт та іррадіює у пряму кишку, пахову ділянку, крижі, ногу.
3. Можуть з'являтися симптоми внутрішньої кровотечі, шок і втрата свідомості.
4. При пальпації живота відмічають його здуття, болючість у нижній половині з одного або з обох боків.
5. Бімануальне дослідження: нависання (у випадках сильної кровотечі) і болючість піхвових склепінь. Зміщення шийки викликає сильний біль. Матка нормальних розмірів, а в ділянці додатків з одного боку визначається болючість, збільшений, нерідко кістознозмінений яєчник.

Діагностика

1. Ретельно зібраний анамнез, скарги.
2. Об'єктивне обстеження.
3. Піхове, бімануальне дослідження.
4. УЗД.
5. Лапароскопія.
6. Пункція черевної порожнини через заднє скленіння піхви.



Лікування

Залежить від ступеню внутрішньочеревної кровотечі:

1. При відсутності виразних ознак внутрішньої кровотечі (больова форма) – консервативне лікування- спокій, холод на низ живота, кровоспинні засоби.
2. При виразній внутрішній кровотечі- оперативне втручання, об'єм якого залежить від змін в яєчнику:
 - велика гематома (тканина яєчника вся зруйнована крововиливами)- яєчник видаляють;
 - невелика гематома- резекція яєчника;
 - лапароскопічний доступ, під час якого евакуюють кров з черевної порожнини і коагулюють ділянку яєчника, яка кровоточить.

Позаматкова вагітність-розвинення плідного яйця поза порожниною матки–одне із найбільш серйозних гінекологічних захворювань, оскільки переривання її супроводжується значною внутрішньочеревною кровотечею і вимагає надання невідкладної допомоги.



Етіологія і патогенез

Імплантація плідного яйця може відбуватися внаслідок:

Порушення транспортної функції маткових труб (запальні процеси, ендометріоз, оперативні втручання на трубах, порушення гормонального статусу організму).

Змінення властивостей саме плідного яйця (його надмірна біологічна активність).

Трубний аборт



Клінічні ознаки

- Переймоподібний біль, що локалізується в одній із здухвинних ділянок, та іррадіює у стегно, пряму кишку, крижі.
- Френікус-симптом.
- Виділення із зовнішніх статевих органів мають “мажучий” характер.
- Оскільки відшарування плідного яйця відбувається непостійно, загальний стан хворої значно не порушується.
- Велике значення має ретельно зібраний анамнез.
- Присутні сумнівні та вірогідні ознаки вагітності.
- Може відмічатися анемія та знижуватися артеріальний тиск, прискорюється пульс.
- Живіт здутий, участь його в акті дихання обмежена.
- У бокових відділах живота визначається притуплення перкуторного звуку, при пальпації–синдроми подразнення очеревини.
- При огляді дзеркалами виявляють ціаноз слизової піхви і шийки матки, кров’яні виділення.
- При бімануальному дослідженні матка збільшена, проте не відповідає терміну затримки менструації, ділянка перешийка розм’якшена, рухи шийкою болючі. У ділянці придатків з одного боку можна пальпувати утвір еластичної консистенції з нечіткими контурами. Задне склепіння згладжене або навіть відсутнє.



Діагностика

1. Ретельно зібраний анамнез.
2. Визначення хоріонічного гонадотропіну (ХГ) в крові і сечі.
3. Ультрозвукове дослідження (УЗД).
4. Лапароскопія.
5. Гінекологічне дослідження.

Розрив труби



Клінічна картина

Проявляється вираженою внутрішньою кровотечею, шоком, гострою анемією.

1. Захворювання починається після затримки менструації.
2. Раптово з'являється різкий біль внизу живота, локалізується у здухвинній ділянці чи внизу живота, іррадіює у пряму кишку, крижі.
3. Ознаки внутрішньої кровотечі—різька блідість, холодний піт; частий, слабкого наповнення, іноді ниткоподібний пульс, запаморочення.
4. Здуття живота, участь його в акті дихання різко обмежена.
5. У бокових відділах живота—притуплення перкуторного звуку.
6. Пальпація живота різько болюча, наявний симптом Щоткіна-Блумберга.
7. Під час огляду дзеркалами – цианоз слизової оболонки піхви і шийки матки, кров'яністі виділення бувають, але не завжди, мають темний колір, нерідко характеру кавової гущи.
8. При бімануальному дослідженні (дуже болісному) завжди різько болючі зміщення шийки матки, нависання і різька болючість заднього склепіння, тіло матки збільшено незначно, а збоку від неї можна пропальпувати болючий утвір з нечіткими контурами, іноді пульсуючий.

Діагностика

1. Ретельно зібраний анамнез.
 2. Гінекологічні дослідження.
 3. Ультразвукове дослідження (УЗД).
 4. Лапароскопія.
- 

Лікування позаматкової вагітності—хірургічне (лапароскопія).

Характер операції залежить від: локалізації плідного яйця; вираженості патологічних змін у трубі; ступенем крововтрати, загальним станом.

Погрозуючий життю стан хворої диктує необхідність проведення лапароскопії (зупинка кровотечі), одночасно—боротьба з крововтратою та шоком, об'єм операції полягає в видаленні труби.

Алгоритм виконання практичних навичок.

Бімануальне (піхвове) дослідження:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) першим та другим пальцями лівої (правої) руки розвести великі соромні губи, середній палець «домінантної» руки розташувати на рівні задньої спайки, обережно натиснути на неї, щоб відкрити вхід до піхви;
- 9) обережно та повільно ввести середній палець, потім вказівний палець у піхву по задній стінці до склепіння та шийки матки, четвертий та п'ятий пальці привести до долоні, великий палець відвести до верху;
- 10) визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах;
- 11) визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка);
- 12) визначити прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця);
- 13) оцінити болісність екскурсії шийки матки;
- 14) другу долоню обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки;
- 15) вивести тіло матки між двома руками та визначити:
 - положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio);
 - розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені);
 - консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена);
 - рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома);
 - чутливість при пальпації (болісна, безболісна);
- 16) розмістити пальці в дні правого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати праве вагінальне склепіння та праві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 17) розмістити пальці в дні лівого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати ліве вагінальне склепіння та ліві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 18) визначити ємкість піхвових склепінь;
- 19) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 20) подякувати пацієнтці;
- 21) зняти оглядові рукавички;
- 22) вимити руки.

Лапароскопія проводять по класичній методиці, яка включає наступні головні етапи:

- обробка операційного поля
- накладення маткової канюлі
- накладення пневмоперитонеума
- введення першого троакара і початок огляду органів черевної порожнини

(діагностичний етап лапароскопії)

- введення додаткових троакарів для маніпуляторів
- поглиблена ревізія органів черевної порожнини
- оперативний етап лапароскопії
- заключний етап лапароскопії – видалення макропрепарату, промивання

черевної порожнини, контроль гемостазу, виведення газу і інструментів

- накладення одиничних швів або дужок в місцях проколів на шкірі.

При виконанні лапароскопії дотримують загальні правила проведення оперативних маніпуляцій.

Для контролю гемостазу при лапароскопічних втручаннях використовують такі ж прийоми, як і у відкритій хірургії: електрокоагуляцію судин, кліпювання їх, прошивку і накладення вузлових швів, прошивку за допомогою зшиваючих апаратів.

В більшості випадків створення пневмоперитонеума виконують закритим способом за допомогою голки Вереша, яку вводять в черевну порожнину трохи нижче за пупкове кільце. Троакар вводять через розріз шкіри, з помірним тиском, під кутом 90° до очеревини і у цей момент повертають одним рухом вгору на 45°. Після введення основного троакара стилет його виймають і в черевну порожнину вводять лапароскоп. Хворого переводять в положення Тренделенбурга і обстежують черевну порожнину, у тому числі і верхній поверх.

Відкрита лапароскопія складається з наступних етапів: 1) міні-лапаротомії, 2) введення спеціального троакара через міні-лапаротомічний отвір в черевну порожнину, 3) фіксації гільзи троакара до передньої черевної стінки для її герметизації, 4) створення пневмоперитонеума через гільзу троакара.

Лапароскопічна тубектомія: Техніка операції: типово створюється пневмоперитонеум. Вводяться додаткові троакари в здухвинно-пахвинних областях. Після натягу щипцями, маткову трубу затискають браншами дисектора і подають на нього біполярний струм у режимі коагуляції. При цьому маткова труба відсікається по верхньому краю мезосальпінксу з одночасним гемостазом. З черевної порожнини маткову трубу витягують м'яким затискачем через розширену контрапертуру ліворуч або праворуч. Потім черевну порожнину та малий таз санують

ізотонічним розчином хлориду натрію, на шкіру накладають косметичні шви.

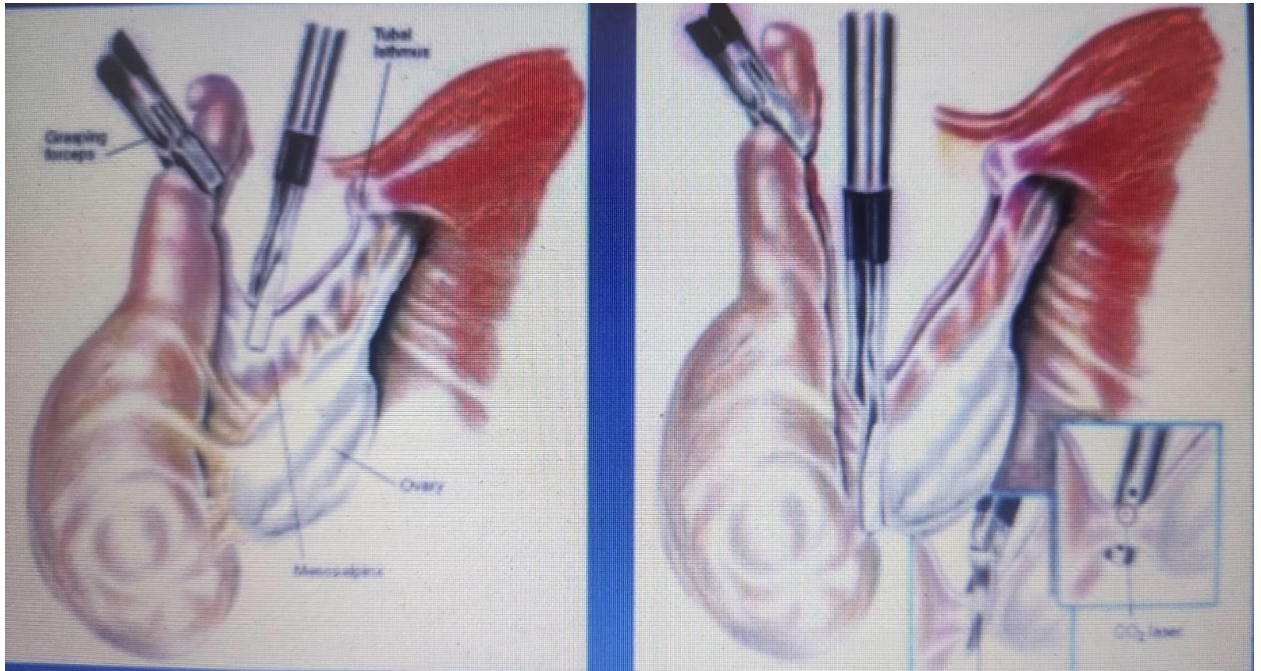


Рис. 1. Лапароскопічна тубектомія. Етапи операції.

Лапароскопічна туботомія з евакуацією плідного яйця

Виконується при ампулярній трубній вагітності у разі можливості збереження маткової труби (прогресуюча або переривається за типом трубного абортів позаматкова вагітність). Типово проводиться лапароскопія, вводяться 2 троакари та камера. Після евакуації гемоперитонеуму ампулярний відділ маткової труби фіксують атравматичним затискачем дистальніше плодового яйця. Маточну трубу витягують і в поперечному напрямку розкривають її просвіт гачком над плодовим яйцем.

Плідне яйце видаляють, маткову трубу промивають фізіологічним розчином натрію хлориду. Необхідність застосування електрокоагуляції з метою гемостазу визначається наявністю кровотечі із країв розрізу труби або місця імплантації плідного яйця.



Рис. 2. Лапароскопічна туботомія, евакуація плідного яйця. Етап операції.

Резекція яєчника

Проводиться при апоплексії яєчника, синдромі полікістозних яєчників з метою створення, доброякісних утвореннях яєчника. Проводиться висічення ділянки яєчника за допомогою голчастого монополярного електрода. Для наступного гемостазу застосовують біполярний чи аргонеплазмовий коагулятор.



Рис. 3. Лапароскопічна резекція яєчника. Етап операції.

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

1. Правильно зібрати анамнез у хворі з “гострим” животом.

2. Визначити скарги, які характеризують основи захворювання.
3. Визначити, виходячи з анамнезу захворювання, даних суб'єктивного і об'єктивного досліджень, ознаки і особливості, необхідні для виявлення причин, які призвели до "гострого" живота в гінекології.
4. Правильно трактувати дані лабораторних і інструментальних методів дослідження.
5. Скласти план обстеження хворої з апоплексією яєчника.
6. Скласти план обстеження хворої з позаматковою вагітністю.
7. Провести диференціальну діагностику "гострого" живота.
8. Встановити діагноз і скласти план лікувальних засобів у хворої з апоплексією яєчника.
9. Встановити діагноз і скласти план лікувальних засобів у хворої з позаматковою вагітністю.
10. Вміти підготувати пацієнтку та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних оперативних втручаннях.
11. Надати рекомендації щодо вибору методу хірургічного лікування та об'єму оперативного втручання у пацієнток із апоплексією яєчника.
12. Надати рекомендації щодо вибору методу хірургічного лікування та об'єму оперативного втручання у пацієнток із трубною позаматковою вагітністю.
13. Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

Задача 1 До гінекологічного відділення надійшла хвора Б., 21 рік, зі скаргами на різкий біль внизу живота, що іррадіює у задній прохід, запаморочення, які виникли раптово після coitus. Вдома була короткочасна втрата свідомості.

Анамнез: менструації з 13 років, установилися через 2 роки, по 7 днів, цикл 28–34 дні, безболісні, помірні, нерегулярні. Остання менструація 2 тиж. Тому.

Об'єктивне обстеження: загальний стан хворої середньої тяжкості. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді. Язик чистий, вологий. Температура тіла 37,1 °С. Пульс – 84 уд./хв, ритмічний, АТ – 100/65 мм рт. ст. Живіт помірно роздутий, при пальпації помірно болісний у гіпогастральній ділянці. Симптоми подразнення очеревини позитивні. При перкусії живота – притуплення звуку. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Гінекологічне дослідження. Шийка матки не змінена. Зовнішнє вічко закрите. Бімануальне обстеження: екскурсії шийки матки різко болісні, симптом Промптова позитивний. Тіло матки в положенні anteflexio, не збільшене, щільне, чутливе при пальпації, рухливе. У ділянці правих придатків матки пальпується тугоеластичне утворення розміром 5*6*5 см,

різко болісне, різко болісне. Придатки матки зліва не пальпуються. Заднє склепіння піхви нависає та різко болісне при пальпації. Виділення зі статевих шляхів кров'яністі, мізерні. Загальний аналіз крові: гемоглобін – 94 г/л, еритроцити – $2,9 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцити – $5,4 \cdot 10^{12}/л$.

Встановіть діагноз.

Додаткові методи обстеження?

План лікування?

Еталони відповідей. Апоплексія правого яєчника, геморагічна форма. Внутрішньочеревна кровотеча. Геморагічний шок I ст. Анемія I ст.

2. План обстеження: загальноклінічні та біохімічні лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, група крові та резус-фактор, біохімічне дослідження крові, коагулограма), електрокардіограма; УЗД органів малого таза; експрес-тест з сечею на ХГЛ, лапароскопія

3. Тактика лікування залежить від загального стану хворої, об'єму внутрішньочеревної кровотечі, показників гемодинаміки. Обсяг оперативного втручання у даної жінки – лапароскопія, резекція лівого яєчника. Санація та дренування черевної порожнини.

Задача 2. Дівчинка 13 років скаржиться на переймоподібний біль внизу живота, який з'явився раптово під час заняттям фізкультурою, нудоту, блювання.

З анамнезу: менструації з 12 років, не встановилися, рясні, болісні. У дитинстві хворіла дитячими інфекціями. Гінекологічні захворювання заперечує.

Об'єктивно: шкіра і слизові оболонки рожеві. Пульс – 82 уд в хв., АД – 100/60 мм рт ст. Температура тіла - 38°C. При пальпації живота – симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний в правій здухвинній ділянці.

Virgo! Черевностіночно-ректальне дослідження неможливо з-за його різкої болючості.

Які дослідження є найбільш інформативними для постанови діагнозу?

Відповідь

1. УЗД органів малого тазу.
2. Лапароскопія органів малого тазу та черевної порожнини.
3. Комп'ютерна томографія органів малого тазу.

Задача 3. Хвора 34 років надійшла в стаціонар зі скаргами на гострий біль внизу живота, нудоту, блювання. 6 місяців тому при огляді у гінеколога виникла підозра на наявність кісти правого яєчника, але хвора від обстеження відмовилась. Остання менструація 3 тижні тому, в строк. Вважає себе хворою 2 тижні, коли уперше з'явився переймоподібний біль внизу живота. Запаморочення не було, до лікаря не зверталась.

З анамнезу: лікувалась з приводу запалення додатків матки.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Температура 37,7°C, пульс 86 уд/хв. АТ-130/90мм рт. ст. Язик обкладений, живіт помірно здутий, симптом Щоткіна – Блюмберга позитивний внизу живота.

Бімануальне дослідження: звертає на себе увагу різка болісність при зміщенні шийки матки. Справа від матки пальпується утворення тугоеластичної консистенції розміром 4х5 см, болісне. Зліва додатки не визначаються. Склепіння глибокі, пальпація правого склепіння болісна. Виділення з піхви – білі, помірні. Попередній діагноз: Перекрут ніжки пухлини правого яєчника. Який об'єм операції має бути виконаний в лікуванні пацієнтки?

Еталон відповіді: В даному клінічному випадку лікування слід розпочати з лапароскопії. Об'єм операції залежить від стану додатків та структур, що потрапили у перекрут. Виконується деторсія і оцінюється стан додатків після деторсії. При відсутності ознак некрозу і появи позитивних живильних характеристик: рожевий колір слизової, вологість слизової, пульсація судин – на цьому етапі завершується оперативне втручання. При появі ознак некрозу – аднексектомія. Якщо у перекрут потрапили сальник або петлі кишок – оцінюється їх життєздатність і подальша тактика. У випадку некрозу – резекція сальнику, резекція кишківнику з накладанням анастомозу.

Тестові завдання КРОК-2:

1. (крок 2018)Швидкою допомогою доставлена жінка з виниклим після затримки менструації переймоподібним болем в правій здухвинній ділянці, що іррадіює в пряму кишку. кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. Об'єктивно: частота серцевих скорочень - 100/хв., артеріальний тиск - 90/60 мм рт.ст. Шкірні покриви бліді. Живіт болючий при пальпації, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. При гінекологічному дослідженні - зсуви шийки болісні, праві придатки збільшені, болючі, заднє склепіння нависає, виділення кров'яністі. Поставте попередній діагноз:

- A. Гострий правобічний аднексит
- B. Апендицит
- C. Аборт в ходу
- D. Апоплексія правого яєчника
- E. Позаматкова вагітність, що перервалася

2) Жінка скаржиться на раптово виниклий біль внизу живота, що іррадіює в задній прохід, нудоту, запаморочення, кров'яністі темні виділення зі статевих шляхів протягом тижня, затримку менструації на 4 тижні. Симптоми подразнення очеревини позитивні. У дзеркалах: синюшність слизової оболонки піхви і шийки матки. При бімануальному дослідженні відзначається симптом «матки, що плаває», випинання і болісність заднього і правого бічного склепіння піхви. Найбільш ймовірний діагноз?

- A. Гострий апендицит.
- B. Апоплексія яєчника.
- C. Гострий правобічний аднексит.

Д. Перекрути ніжки пухлини яєчника.

Е. Порушена позаматкова вагітність.

3) Жінку 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 4х4 см, придатки матки не змінені. Ультразвукове дослідження підтверджує наявність субсерозного міоматозного вузла. Який діагноз найбільш ймовірний?

А. Внутрішній ендометріоз.

В. Тубооваріальна пухлина.

С. Некроз міоматозного вузла.

Д. Гострий аднексит.

Е. Периметрит.

4) У гінекологічне відділення надійшла хвора 20 років зі скаргами на різкий біль внизу живота після фізичного навантаження. Остання менструація 2 тижні тому. При піхвовому дослідженні матка не збільшена, безболісна, ліворуч придатки різко болісні при пальпації, що утрудняє дослідження. Симптом Промтова позитивний. Заднє склепіння нависає, болісне. Пульс 96 уд/хв., АТ 100/60 мм рт.ст. Про яку патологію мова йде?

А. Гострий лівобічний сальпінгоофорит.

В. Апоплексія лівого яєчника.

С. Піосальпінкс ліворуч.

Д. Порушена лівобічна трубна вагітність.

Е. Пухлина лівого яєчника

5) (2019р)Хвора 39 років зі скаргами на гострий біль внизу живота, блювоту, прискорене сечовипускання. При огляді: живіт помірно роздутий, позитивний симптом Щоткина-Блюмберга. Пульс 88 за хв, температура тіла 37°C. При бімануальному дослідженні: тіло матки щільне, не збільшено, рухливе, безболісне, праворуч і попереду від матки пальпується утворення розмірами 6х6 см, тугоеластичної консистенції, різко болісне при зсуві; ліворуч придатки не визначаються; склепіння вільні; виділення слизові. Додатковий метод дослідження?

А. Рентгенотелевізійна гістеросальпінгографія.

В. Екскреторна урографія.

С. Трансвагінальна ехографія.

Д. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.

Е. Комп'ютерна томографія

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:

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

5.Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. – Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV р.а.) / за ред. В.І. Грищенко, М.О. Щербини - 3-є вид., випр., 2020. – 376 с
2. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.

3. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб. / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін.; за ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
4. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац.підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічереда В.Г., Волянська А.Г. .-К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
5. Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.

Додаткова:

1. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. poradnik / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
2. Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології : монографія / І. З. Гладчук, О. Я. Назаренко, Р. О. Ткаченко . – Одеса. : ОНМедУ, 2021. – 112 с.
3. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О. Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. – 174 с.
4. 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.
5. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
6. Безплідність та доброякісні захворювання молочної залози / НАМН України, МОЗ України, Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології, УМСА; за ред. А.Г. Корнацької, Т.Ф. Татарчук, О.Д. Дубенко. – К.; Полтава, 2017. – 271 с.
7. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник / Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко, В.П. Квашенко, О.В. Кравченко та ін. / Київ, 2016. – 444 с.
8. Планування сім'ї: універсальний посібник для постачальників послуг із планування сім'ї. Оновлене 3-тє видання 2018 р. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021.
9. Plu-Bureau G, Sabbagh E, Hugon-Rodin J. Hormonal contraception and vascular risk: CNGOF Contraception Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018 Dec;46(12):823-833.

- 10.Репродуктивна функція у жінок, хворих на міому матки та ендометріоз / Н.М. Рожковська, Д.М. Железов, Т.В. Косей // Здоров'я жінки – 2018. - №2. – С.5-7.
- 11.Оваріальний резерв при хірургічному лікуванні ендометріом яєчників / А.Г. Волянська, Л.М. Попова, Т.П. Тодорова, О.П. Рогачевський, О.І. Шевченко // Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Інноваційні технології в акушерстві та гінекології: від науки до практики» - м. Івано-Франківськ, 2019р. – С. 12-13.
- 12.Вплив хірургічних енергій на оваріальний резерв при ендоскопічному лікуванні ендометріозу яєчників / Т.П. Тодорова // Науково-практична конференція з міжнародною участю, присвячена 150-річчю з дня народження В.В. Воронова «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» - м. Одеса, 2020р. – с.118.
- 13.Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства та гінекології.

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/>
2. <https://www.ebcog.org/>
3. <https://www.acog.org/>
4. <https://www.uptodate.com>
5. <https://online.lexi.com/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. <https://www.thelancet.com/>
9. <https://www.rcog.org.uk/>
10. <https://www.npwh.org/>