

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття № 7. «Ендоскопія в акушерстві»

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

Факультет Медичний

Кафедра Акушерства та гінекології

З А Т В Е Р Д Ж У Ю
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«29» серпня 2024 року

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

Факультет, курс Медичний, VI

Навчальна дисципліна «Ендоскопічні технології в акушерстві та гінекології»

Практичне заняття №7. «Ендоскопія в акушерстві»

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

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття № 7. «Ендоскопія в акушерстві»

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від "29" серпня 2024 р.

Завідувач кафедри акушерства та гінекології

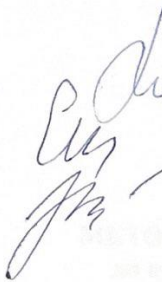
д.мед.н., професор



Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

к.мед.н., асистент



Лунько Т.А.

к.мед.н., доцент



Степановічус О.М.

к.мед.н., доцент



Бикова Н.А.

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

Практичне заняття №7

Тема: «Ендоскопія в акушерстві».

Мета. Засвоїти техніку проведення акушерських інвазивних методів діагностики шляхом виконання лапароскопії. Засвоїти план обстеження вагітної жінки перед виконанням лапароскопії. Ознайомитися з можливостями сучасного ендоскопічного обладнання в діагностиці фето-фетального трансфузійного синдрому, імуноконфлікту, ЗВУР, вадах розвитку плода. Оволодіти базовою технікою ендоскопічних втручань. Визначати показання та протипоказання до лапароскопії в діагностиці данної патології. Ознайомитися та визначити техніку виконання лапароскопії для фетоскопії, біопсії хоріона, амніоцентеза, плацентоцентеза, кордоцентеза і біопсія шкіри плода. Сформулювати чітке уявлення про обстеження пацієнток перед оперативною лапароскопією. Засвоїти план ведення пацієнток у післяопераційному періоді.

Основні поняття: Фетоскопія, біопсія хоріона, амніоцентез, плацентоцентез, кордоцентез і біопсія шкіри плода. Вагітність і пухлини яєчників.

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

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

Патологічний перебіг вагітності інколи зумовлює необхідність застосування оперативних втручань. Рішення про проведення тієї чи іншої операції приймає лікар чи консилиум лікарів, виходячи з акушерської ситуації і керуючись інтересами матері та плоду.

1. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

2. Вимоги до теоретичної готовності студентів 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
-

- Виконувати медичні маніпуляції
- Здатність вести медичну документацію
- Перелік дидактичних одиниць:
 - фето-фетальний трансфузійний синдром,
 - імуноконфлікт,
 - ЗВУР,
 - вади розвитку плода,
 - фетоскопія, біопсія хоріона, амніоцентез, плацентоцентез, кордоцентез і біопсія шкіри плода;
 - вагітність і пухлини яєчників,
 - показання та особливості техніки проведення оперативної лапароскопії під час операції.

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

Питання:

- 1.Ендоскопія в акушерстві.
- 2.Використання ендоскопічних технологій при фето-фетальному трансфузійному синдромі, імуноконфлікті, ЗВУР, вадах розвитку плода.
- 3.Фетоскопія, біопсія хоріона, амніоцентез, плацентоцентез, кордоцентез і біопсія шкіри плода.
- 4.Вагітність і пухлини яєчників.
- 5.Показання та особливості техніки проведення оперативної лапароскопії під час операції.

Ситуаційні задачі

1. Первістка має резус – негативний тип крові, ізоантитіл не виявлено. Чоловік резус – позитивний. При щомісячному контролі антитіла не виявлені. Яка повинна бути тактика лікаря?

Відповідь: Імунізувати вагітну у 28 тижнів вагітності та після пологів на протязі 72 годин.

2. Вагітна 26-ти років, вагітність II, 14-15 тижнів. Перша вагітність завершилася абортom у 11-12 тижнів. У жінки - $O(I)Rh^-$, у чоловіка - $O(I)Rh^+$ група крові. Які обстеження необхідно провести жінці?

Відповідь: Визначення антирезусних антитіл.

Тестові завдання

1. У жінки 30-ти років при других пологах народилася дитина з анемічно-жовтяничною формою гемолітичної хвороби. Група крові у жінки $A(II)Rh^-$, група крові в новонародженого $B(III)Rh^+$, у батька новонародженого також $B(III)Rh^+$. Яка найбільш вірогідна причина імуноконфлікту?

- A. Резус-конфлікт
 - B. Конфлікт по антигену А
 - C. Конфлікт по антигену В
 - D. Конфлікт по антигену АВ
 - E. Конфлікт по АВ0
2. У жінки 28-ми років при других пологах народилася дівчинка масою 3 400 г, довжиною 52 см з проявами анемії та наростаючої жовтяниці. Група крові у жінки В (III) Rh⁻, у батька новонародженої - А (II) Rh⁺, у новонародженої - В (III) Rh⁺. Яка причина анемії?
- A. Конфлікт по антигену
 - B. Резус-конфлікт
 - C. Конфлікт по антигену В
 - D. Конфлікт по антигену АВ
 - E. Внутрішньоутробне інфікування
3. Первістка має резус – негативний тип крові, ізоантитіл не виявлено. Чоловік резус – позитивний. При щомісячному контролі антитіла не виявлені. Яка повинна бути тактика лікаря?
- A. Провести імунізацію після пологів на протязі 72 годин.
 - B. Десенсибілізацію та імунізацію не проводити.
 - C. Імунізувати вагітну у 28 тижнів вагітності та після пологів на протязі 72 годин.
 - D. Проводити десенсибілізуючу терапію, імунізацію не проводити.
 - E. Проводити десенсибілізуючу терапію та імунізацію на протязі 72 годин після пологів.

Відповіді 1 - А, 2- В, 3 - С.

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

— Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Студентів групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої.

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

Клінічні задачі:

1. Повторна вагітна (34-35 тижнів), хворіє гіпертонічною хворобою II Б ст. протягом 10 років. З 24 тижня вагітності відмічається підвищення АТ до 150/90 мм.рт.ст., з'явилися набряки II ступеня, білок в сечі до 2г/д. При обстеженні плід відстає в гестаційному розвитку до 4 тижнів, не дивлячись на інтенсивне лікування.

Діагноз? Які слід використати методи діагностики для оцінки стану плода?

Відповідь:ЗВУР плода III ст. Слід застосувати тонографічну біометрію плода, оцінку біофізичного профілю плода, визначення естрадіолу в організмі матері та в навколоплідних водах, кардіомоніторне обстеження в динаміці та доплерометрію основних показників матково- плацентарно- плодового кровоплину.

2.У роділлі з анемією і гіпертонією IA ст., при повному відкритті шийки матки після вилиття навколоплідних вод, голівка опустилася в порожнину малого таза і одразу при вислуховуванні серцебиття плода з'явилась брадікардія до 100 уд/ хв. Діагноз? Які фактори сприяли розвитку даної патології?

Відповідь:Гострий дистрес плода. Можливо, випадіння петель пуповини.

3.Дитина у пологах перенесла гострий дистрес, який розвинувся в II періоді пологів, і його стан після пологів оцінено в 2 бали по шкалі Апгар (серцебиття – 2 бали, дихання – 0 балів). Які профілактичні засоби слід було провести у даному випадку?

Відповідь:Слід було накласти вихідні акушерські щипці для вкорочення II періоду та швидшого народження дитини.

4.Вагітна, термін гестації 38 тижнів, в анамнезі первинний гіпотиреоз та дисфункція плаценти. При ультразвуковому дослідженні плаценти виявлено III ступінь зрілості. При доплерометрії судин пуповини – підвищення судинного опору в пуповинній артерії плода. Діагноз? Тактика ведення

вагітності та пологів? Які можливі порушення у новонародженого слід очікувати в першу чергу після пологів?

Відповідь:Плацентарна недостатність. Дистрес плода. Слід госпіталізувати вагітну до стаціонару від ділення патології вагітних, призначити комплексне клініко- лабораторне обстеження та терапію, направлену на покращення матково- плацентарно- плодового кровоплину (актовегін, солкосеріл, есенціалє, вітамін Є, метіонін), проводити кардіомонітор не обстеження плода в динаміці. Пологи вести консервативно, враховуючи акушерську ситуацію, проводити постійний КТГ- моніторинг стану плода. Бути готовим до проведення реанімації новонародженого, оскільки в даному випадку можливе виникнення респіраторного дистрес-синдрому новонародженого.

5.Вагітна 30 тижнів, в анамнезі блювота вагітних. Скаржиться на порушення апетиту, млявість, головний біль. При огляді - шкіра та слизові оболонки бліді. В загальному аналізі крові гемоглобін 88 г/л, еритроцити $2,95 \cdot 10^{12}/л$. Який важкий стан потрібно попереджати в даному випадку? Тактика лікаря?

Відповідь:Розвиток хронічної плацентарної недостатності, враховуючи гемічний генез розвитку гіпоксії. Слід госпіталізувати вагітну до відділення патології вагітних, провести комплексне клініко- лабораторне обстеження та призначити антианемічну терапію та терапію, направлену на профілактику розвитку плацентарної недостатності.

Тестові завдання :

1. Хвора 32 років скаржиться на відсутність вагітності протягом 5 років подружнього життя. Базальна температура двофазна. Чоловік обстежений - здоровий. При метросальпінгографії - маткові труби наповнюються контрастом до ампулярного відділу, в черевній порожнині контрасту немає. Що з переліченого найбільш доцільно призначити для лікування цієї хворої?

- A. Лапароскопічну пластику маткових труб
- B. Курси гідротубацій
- C. Стимуляцію овуляції
- D. Екстракорпоральне запліднення
- E. Інсемінацію спермою донора

2.Під час візиту до гінеколога у жінки 30 років з неплідністю протягом 5 років в анамнезу за даними клінічного обстеження та УЗД органів малого таза було виявлено ендометріюїдну кісту лівого яєчника 5 см в діаметрі. Запропоновано оперативне лікування. Визначте передбачуваний об'єм операції.

- A. Лапаротомія. Вилущування капсули кісти.
 - B. Лапаротомія. Аднексектомія.
 - C. Лапароскопія. Аднексектомія.
 - D. Лапароскопія. Енуклеація капсули кісти яєчника.
-

Е. Лапароскопія. Тубектомія.

Вірні відповіді: 1 – А, 2 – D.

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

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 та використовується в діагностиці акушерської патології.

Синдром фето-фетальної трансфузії

Клінічні прояви	Варіанти комбінацій клінічних проявів, на основі яких лікар робить висновок про підозру на СФФТ					
	1	2	3	4	5	6
Підтверджена монохоріальна двійня Перш ніж припустити наявність СФФТ слід переконатися що двійня є дійсно монохоріальною, адже СФФТ притаманний лише монохоріальній двійні. Монохоріальна двійня - хоріальність підтверджена в терміні 10-13 тижнів (Т-ознака, два шари у міжплідній мембрані товщина міжплідної мембрани <2 мм)	так	так	НВ*	НВ	НВ	НВ
<u>Диспропорція МВК</u> - співвідношення 1:2 та більше, але не досягає граничних значень (≤ 2 см та ≥ 8 см)	так		так		НВ	НВ
Один з МВК досягає одного з порогових значень, а другий - ні		так		так	НВ	НВ
Одностатеві плоди У випадку, коли хоріальність чітко визначити неможливо, необхідною умовою діагностики СФФТ є наявність одностатевих плодів			так	так	так	НВ
Дискордантний ріст плодів (різниця у 20% та більше) та не візуалізується міжамніотична перетинка					так	

Дискордантний ріст плодів з тенденцією до багатоводдя у більшого плода та маловоддя у меншого плода

так

* НВ - неможливо визначити

Класифікація СФФТ за стадіями (Quintero)

Стадія	Ознаки
I	- Маловоддя у одного плода (МВК ≤ 2 см) ТА багатоводдя у другого (МВК ≥ 8 см) - Сечовий міхур донора візуалізується - Показники пуповидного кровоплину у нормі
II	- Маловоддя у одного плода (МВК ≤ 2 см) ТА багатоводдя у другого (МВК ≥ 8 см) - Сечовий міхур донора НЕ візуалізується - Кровоплин сповільнений, але не термінальний
III	- Маловоддя у одного плода (МВК ≤ 2 см) ТА багатоводдя у другого (МВК ≥ 8 см) - Сечовий міхур донора НЕ візуалізується - Кровоплин у судинах пуповини термінальний у будь якого плода. Наявність хоча б одного з переліченого: - Відсутній чи реверсивний діастолічний кровоплин у артерії пуповини - Реверсивний кровоплин у ductus venosus чи пульсуючий у вені пуповини
IV	Все перелічене, плюс асцит чи накопичення рідини у двох чи більше порожнинах (гідроперикард, гідроторакс) у будь кого з плодів (частіше у реципієнта)
V	Загибель одного чи обох плодів

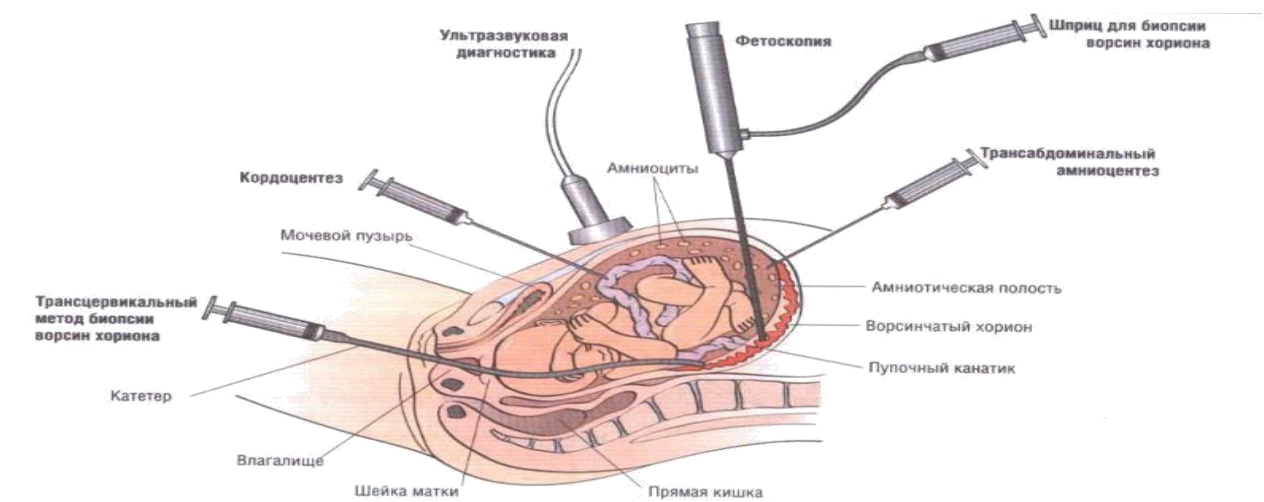
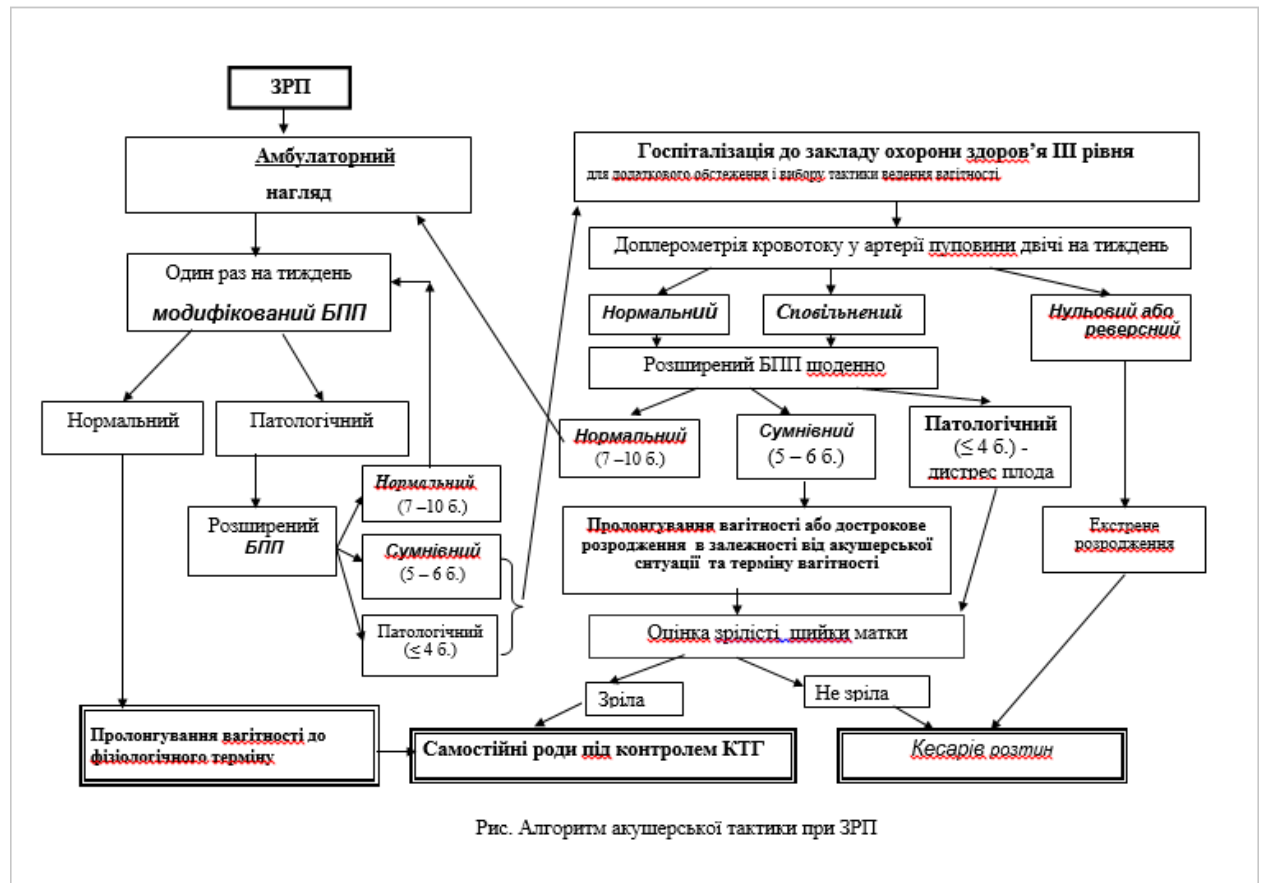
Для практичного застосування більш зручною є така форма:

Класифікація СФФТ за ступенем тяжкості

Ступінь тяжкості	Стадія	Маловоддя та багатоводдя	1. Сечовий міхур донора не візуалізується	3. Термінальний кровоплин	2. Набряки	Загибель одного чи обох плодів
Легка	I	+	-	-	-	-
Середня	II	+	+	-	-	-
	III	+	+	+	-	-
Важка	IV	+	+	+	+	-
	V	±	±	±	±	+

По завершенню цього етапу лікар встановлює ступінь тяжкості та стадію СФФТ.

Приклад діагнозу: "Багатоплідна вагітність. Двійня. Монохоріальна діамніотична. СФФТ важкого ступня (V стадія за Квінтеро). Внутрішньоутробна загибель одного з плодів.



Інвазивні методи діагностики (ІМД) – це збірна група досліджень, що дозволяють отримувати для аналізу біологічний матеріал плодового походження (навкоплодна рідина, ворсини хоріону або плаценти, ділянки шкіри та кров плода).

- **Хоріонобіопсія** - отримання клітин, що формують плаценту (термін вагітності 10-14 тижнів);
- **Плацентобіопсія (плацентоцентез)** – отримання клітин плаценти (термін вагітності 14-20 тижнів);
- **Амніоцентез** - пункція навколоплідного міхура з забором невеликої кількості навколоплідних вод (термін вагітності 15 -18 тижнів);
- **ранній (13-14 тижнів);**
- **звичайний (15-22 тижні);**
- **Фетоскопія** - введення зонда та огляд плоду (проводиться на 18-19-му тижні вагітності)
- **Кордоцентез** - забір крові з пуповини плода (термін вагітності з 20-го тижня);
- у поодиноких випадках проводять біопсію тканин плода.

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

1. Обстежити вагітну жінку.
2. Призначити обстеження вагітної при той чи іншій акушерській патології.
3. Оцінити дані клініко-лабораторного та інструментального обстеження вагітної жінки.

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

Тестові завдання Крок-2

1. (2020р.) Які ускладнення I триместру вагітності не призводять до розвитку дисфункції плаценти?

- A. Низька імплантація плідного яйця
- B. Розміри плода дещо перевищують термін вагітності*
- C. Відставання розмірів плода від термінц вагітності
- D. Відшарування хоріону

2. (2019р.) Які методи діагностики не використовують для виявлення затримки розвитку плода?

- A. Вимірювання висоти стояння дна матки
- B. Ультразвукове дослідження
- C. Кольпоскопія*
- D. Вимірювання обвіду животика плода

3.(2018р.) Які показники біометрії не свідчать про наявність ЗВУР плода?

- A. Висота стояння дна матки відповідає терміну вагітності*
- B. Відставання висоти стояння дна матки на 2 см відповідно до терміну
- C. Відсутність збільшення висоти стояння дна матки через 2-3 тижні

D. Відставання висоти стояння дна матки більше, ніж на 2 см відповідно до терміну

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

5.Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Клінічне акушерство та гінекологія: навч.посіб.: пер. 4-го англ.вид./БраянА. Магова, Філіп Оуен, Ендрю Томсон; наук ред.пер.Микола Щербина. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – Х, 454 с.
2. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб./В.М.Запорожан, В.В.Грубнік, Ю.В.Грубнік, А.В.Маліновський та ін.;за ред.В.М.Запорожана, В.В.Грубніка.- К.:ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
3. Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б.Венцківської, В.П.Лакатоша, В.М.Куща). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
4. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 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.
6. Dutta, Durlav Chandra. D. C. Dutta's Textbook of Gynecology including Contraception / D.C. Dutta; ed / Hiralal Konar. – 7th.ed. – New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2016. – XX, 574 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. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
3. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник / Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко, В.П. Квашенко, О.В. Кравченко та ін. / Київ, 2016. – 444 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.

Електронні інформаційні джерела

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/>