

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра акушерства та гінекології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«01» вересня 2025р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З ВИБІРКОВОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Спеціалізація: Акушерство та гінекологія

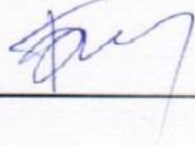
Освітньо-професійна програма: Медицина

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології

Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від 27.08.2025р.

Завідувач кафедри, професор _____  Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

К.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Олена СТЕПАНОВІЧУС

К.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Наталія БИКОВА

К.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Ганна ЛАВРИНЕНКО

К.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології Тетяна ЛУНЬКО

Рецензенти:

Доцент кафедри симуляційних медичних технологій, к.мед.н. Михайло ПЕРВАК

Доцент кафедри медицини катастроф і військової медицини, к.мед.н.

Андрій КОЛОТВІН

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №1.

ТЕМА: ГІСТЕРОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ.

Мета: Систематизувати та поглибити знання за темою практичного заняття. Сформувані чіткі уявлення про обстеження слизової порожнини матки, під час гістероскопії. Засвоїти план обстеження пацієнтки перед виконанням діагностичної гістероскопії. Ознайомитися з видами та можливостями сучасного гістероскопічного обладнання при обстеженні порожнини матки. Оволодіти базовою технікою гістероскопічного втручання в гінекології. Визначити показання та протипоказання до гістероскопії. Засвоїти план ведення пацієнток у післяопераційному періоді.

Основні поняття: Гіперпластичні процеси ендометрія. Субмукозна міома матки. Внутрішньоматкова перетинка. Внутрішньоматкові синехії.

План:

1. Контроль опорного рівня знань

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 визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- здатність виконувати медичні маніпуляції;
- здатність проводити консультування з питань передракових захворювань жіночих статевих органів
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- консультування пацієнток з питань АМК різного віку, безпліддя, невиношування, вади розвитку

- загальний огляд, методи обстеження з використанням гінекологічного огляду: в дзеркалах, бімануального огляду, ректовагінального огляду
- оцінка стану пацієнтки.
- необхідне обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення щодо використання додаткового методу обстеження та лікування

Типові ситуаційні задачі:

1. Хвора 32-х років скаржиться на тягнучі біль внизу живота, мажучі коричневі виділення перед менструацією та ясні виділення під час циклу. При бімануальному дослідженні матка дещо збільшена, більше в області перешийки, болюча при екскурсії, округлої форми. Придатки з обох сторін без особливостей. Попередній діагноз - внутрішній ендометріоз. При УЗД в порожнині ехопозитивна структура 1,5x1,0. Найбільш інформативна для діагностики та лікувальна тактика в цьому випадку.

1.Д-з Поліп ендометрія.

2.Алгоритм обстеження: Гістероскопія, поліпектомія. За результатами гістологічного дослідження призначається лікувальні заходи.

Типові тестові завдання:

1. Клінічна картина при гіперпластичних процесах ендометрію:

- A. Олігоменорея
- B. Аномальні маткові кровотечі *
- C. Больовий синдром
- D. Зрушення лейкоцитарної формули вліво
- E. Підвищення ШОЕ

2. Поліпоз ендометрію частіше виникає:

- A. У менопаузі
- B. Після пологів
- C. У клімактеричному періоді *
- D. Під час лікування прогестероном
- E. Після припинення прийому оральних контрацептивів

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Гіперпластичні процеси ендометрію: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, методи лікування, тактика лікаря загальної практики.
2. Профілактика передракових захворювань жіночих статевих органів
3. Поняття «гіперпластичні процеси ендометрія».
4. Етіологія, патогенез гіперпластичних процесів ендометрія.
5. Клінічні прояви гіперпластичних процесів ендометрія.
6. Гістологічна класифікація гіперпластичних процесів ендометрія ВООЗ. Додаткові методи діагностики гіперпластичних процесів ендометрія.
7. Лікувальна тактика при гіперпластичних процесах ендометрія в репродуктивному періоді.
8. Лікувальна тактика при гіперпластичних процесах ендометрія в пременопаузальному періоді.
9. Показання для оперативного лікування при гіперпластичних процесах ендометрію.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній.

Працюємо над консультуванням, з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання після огляду відеоматеріалу:

- 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.

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань.

- Навчити правильно зібрати анамнез, звернути увагу на скарги хворої, які дозволяють поставити попередній діагноз, намітити подальшу тактику в різні періоди життя от ювенільного до постменопаузального періоду жінки.

Обстеження проводиться в плановому чи ургентному порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу обстеження та лікування хворої.

- Оволодіти умінням правильно скласти план обстеження, враховуючи інвазивність методів, необхідність у цих дослідженнях. Провести сучасні методи дослідження, які дозволяють виявити і врахувати всі найдрібніші подробиці, які сприяють розпізнаванню захворювання і дозволяють правильно встановити діагноз для подальшого призначення адекватної терапії.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Хвора 35-ти років, звернулася в гінекологічний стаціонар зі скаргами на періодичні болі в нижніх відділах живота, які посилюються під час менструації, темно-коричневі мажучі виділення зі статевих шляхів в після менструальному періоді. При бімануальному дослідженні: тіло матки кілька збільшено кулясте, придатки не визначаються, при огляді шийки матки без особливостей.

1. Який діагноз найбільш вірогідний? Аденоміоз.

2. Алгоритм обстеження: мазок на цитоморфологію та мікроскопію, гістероскопія. Біопсія ендометрія.

2. У пацієнтки 48-ми років, яка скаржиться на рясні та тривалі менструації, лікар на підставі даних ультразвукового дослідження (УЗД) припускає гіперплазію ендометрія. Які методи дослідження найбільш раціонально застосувати для уточнення діагнозу?

1. Гістероскопія, фракційне вишкрібання матки з наступним патогістологічним дослідженням.

2. Гормональна терапія прогестінами або використання ВМС с левоноргестрелом.

Нетипові тестові завдання:

Хвора 60 р. скаржиться на появу кров'янистих виділень зі статевих шляхів. Менопауза 8 років. В анамнезі: пологів – 2, штучних абортів – 3. При вагінальному дослідженні: зовнішні статеві органи з ознаками вікової інволюції, шийка матки циліндрична, без видимих патологічних змін. З цервікального каналу – незначні кров'яністі виділення. Тіло матки звичайних розмірів, щільне,

безболісне при пальпації. Придатки без особливостей. Піхвові склепіння глибокі, вільні.

Які додаткові методи обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- A. УЗД органів малого тазу.
- B. Пайпель-біопсія ендометрія.
- C. Гістероскопія.
- D. ФДВ слизової матки.
- E. Лапароскопія

До факторів ризику виникнення раку ендометрія не стосується:

- A. Ожиріння
- B. Ановуляторних менструальні цикли
- C. Пухлина яєчників
- D. Ендогенні естрогени
- E. Високий рівень прогестерону

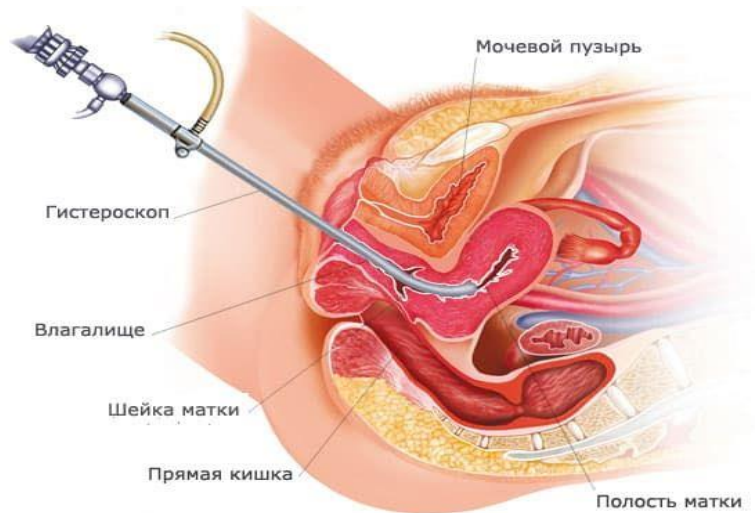
3.2. Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

- Навчити правильно зібрати анамнез, звернути увагу на скарги хворої, які дозволяють поставити попередній діагноз, намітити подальшу тактику в різні періоди життя от ювенільного до постменопаузального періоду жінки. Обстеження проводиться в плановому чи ургентному порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу обстеження та лікування хворої.
- Оволодіти умінням правильно скласти план обстеження, враховуючи інвазивність методів, необхідність у цих дослідженнях. Провести сучасні методи дослідження, які дозволяють виявити і врахувати всі найдрібніші подробиці, які сприяють розпізнаванню захворювання і дозволяють правильно встановити діагноз для подальшого призначення адекватної терапії.

Гістероскопія – це візуальний огляд стінок порожнини матки і цервікального каналу за допомогою тонкого оптичного приладу.

Суть процедури полягає в тому, що ендоскопічний прилад, який називається гістероскоп, вводять через цервікальний канал у порожнину матки. Завдяки цьому гінеколог у режимі реального часу може оцінити стан порожнини матки, трубних кутів та шийки матки.

Цей метод дозволяє виконувати як діагностичні, так і лікувальні процедури, з мінімальною травматизацією, без додаткових розрізів і абсолютно безболісно, так як процедура відбувається під внутрішньовенним наркозом.



Показання до гістероскопії:

- порушення менструального циклу і маткові кровотечі
- аденоміоз
- гіперплазія ендометрію
- поліпи ендометрію
- поліпи цервікального каналу (шийці матки)
- синехії (спайки)
- невеликі фібріоми
- безпліддя

Протипоказання до проведення гістероскопії:

- профузна маткова кровотеча;
- вагітність;
- гострі запальні процеси жіночих статевих органів;
- інфекційні захворювання (грип, ангіна, пневмонія, пієлонефрит та ін.);
- рак шийки матки, інфільтративний рак ендометрію;

- цервікальний стеноз.

Гіперплазія ендометрія	Нефізіологічна проліферація ендометрія, що супроводжується структурною перебудовою його залозистого і в меншій мірі стромального компонентів
Атипова гіперплазія ендометрія	Проліферація ендометріальних залоз з ознаками цитологічної атипії: має ознаки клітинного і ядерного поліморфізму поряд з дезорганізацією епітелію ендометріальних залоз. Доброякісне новоутворення, що піднімається над поверхнею ендометрію у вигляді вузлуватої форми, що складається з залоз ендометрію і стромы.
Поліп ендометрія	Доброякісне новоутворення, що піднімається над поверхнею ендометрію у вигляді вузлуватої форми, що складається з залоз ендометрію і стромы.
Аденоміоз	Внутрішній ендометріоз тіла матки
Міома матки. Субмукозний варіант	Доброякісне новоутворення тіла матки деформуюча порожнину

Методика виконання діагностичної гістероскопії:

Діагностичні операції можуть бути виконані без застосування знеболювання. Традиційно використовується анестезія під час хірургічних гістероскопій – внутрішньовенний (загальний) наркоз. Попередньо пацієнтку просять не пити та не їсти, а також пройти стандартний набір лабораторних досліджень. Зазвичай проводять гістероскопічні операції на 7-10 день після початку менструації. В цей час шар ендометрію найменший, що забезпечує максимальну видимість.

Зовнішні статеві органи, промежену і пихву обраблюють антисептичними розчинами. Вагінальне дзеркало - Сімса, вводять у заднє склепіння піхви відтягнуть вниз. Виводять шийку матки. Фіксують передню губу кульовими щипцями. Після ділятації цервікального каналу, в порожнину матки вводять ендоскопа. Вона дозволяє проводити ряд ефективних оперативних втручань при

внутрішньоматковій патології одночасно з її діагностуванням. Гістероскопію проводять як планово, так і при невідкладних станах. Виділяють: газову, промивну та контрастну гістероскопію.

Етапи проведення гістероскопії:

1. Обробка операційного поля.
2. Оголення шийки матки в дзеркалах.
3. Фіксація шийки матки за передню губу.
4. Обробка шийки матки та піхви розчином антисептика.
5. Зондування порожнини матки.
6. Дилатація цервікального каналу розширювачами Гегара до №8-11.
7. Введення тубуса гістероскопа в порожнину матки та її огляд.
8. При необхідності маніпуляція в порожнини матки.
9. Біопсія. Виведення інструмента.

Огляд порожнини матки повинен бути повним. Після введення тубуса гістероскопа в порожнину матки спочатку проводять панорамну гістероскопію. При цьому тубус інструмента знаходиться за внутрішнім вічком цервікального каналу так, щоб поле зору охопило всю маткову порожнину. Слід визначити її форму, розміри, наявність чи відсутність деформацій її стінок, патологічних утворень, висоту і колір слизової оболонки, провести детальний огляд ендометрія. Тубус гістероскопа наближають до центра дна матки. При цьому головними орієнтирами є вічка маткових труб. Оглянувши ендометрій дна матки, приступають до огляду трубних вічок. Слід звернути увагу на їх наявність, форму, розміри, характер та висоту ендометрія в ділянці трубних кутів, наявність чи відсутність патологічних утворень. Наближаючи кінець гістероскопа до стінок матки, детально оглядають ендометрій та судинний малюнок поверхні передньої, задньої та бокових стінок матки. При виявленні патологічних утворень в порожнині матки, визначають їх консистенцію за допомогою гістероскопічних інструментів, за необхідності – проводять інтраопераційну корекцію патології. Кінцевим етапом є прицільна біопсія ділянок ендометрія та остаточний огляд порожнини матки. Після закінчення дослідження гістероскоп виводять з порожнини матки.

ГІСТЕРОСКОПІЯ

Таблиця 1

В асептичних умовах шийка матки взята на кульові щипці.

Довжина порожнини матки по зонду.....см.

Цервікальний канал розширено розширниками Гегара до №

У порожнину матки введено гістероскоп.....мм

ВИЯВЛЕНО:

Порожнина матки: нормальних / зменшених / збільшених розмірів,
не деформована, деформована

за рахунок міоматозного вузла розташованого субмукозно /
інтерстиціально, на широкій / вузькій ніжці, який виходить з передньої /
лівої / задньої / бокової стінки / дна, діаметром см,

аномалії розвитку.....

внутрішньоматкові сінехії.....

ендометріюїдних ходів в стінці матки

Устя маткових труб: справа вільно / звужене / закрито,

зліва вільно / звужене / закрито.

Слизова: блідо-рожева / яскраво рожева / нерівномірно забарвлена,

атрофічна / тонка / складчата / гіпертрофована / нерівномірної товщини

поліпівідне розростання / поліпи поодинокі / поліпи множинні

Судинний малюнок: не виражений / виражений

Крововиливи: поодинокі / масивні поодинокі / множинні

Ендоцервікс.....

Інша

патологія.....

ВИКОНАНО:.....

.....

.....

МАКРОПРЕПАРАТ:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Алгоритм виконання практичних навичок.

Бімануальне (піхове) 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.

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

- Провести консультування жінок з питань порушення менструального циклу
- Оцінити пацієнтку.

- Підібрати метод лікування у підлітків, у жінок репродуктивного віку, у Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.
- Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

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

Інтерактивне завдання:

Здобувачів ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіка 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;

Ситуаційна задача:

Жінка 41-го року поступила у стаціонар зі скаргою на переймоподібні болі внизу живота та кров'янисті виділення із вагіни. В анамнезі 1 пологи, 2 медаборта. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді; при вагінальному дослідженні виявлена міома матки до 8 тижнів в вагітності. При УЗД виявлена деформація порожнини матки субмукозним вузлом, який знаходиться в її дні.

Клінічний діагноз? Методи обстеження. Яке лікування треба провести?

1. Міома матки. Вузлової форми. Субмукозний варіант.

2. Гістероскопія. Резекція субмукозного вузла.

Тестові завдання КРОК-2

1. (2025) Пацієнтка віком 42 роки скаржиться на рясні та тривалі менструації упродовж останніх 6-ти місяців. В анамнезі: пологи - 1, штучний аборт - 1. За результатами гінекологічного обстеження виявлено: шийка матки без дефектів епітелію, виділення слизові помірні, тіло матки та придатки нормальних розмірів, безболісні. За результатами УЗД виявлено: товщина ендометрія - 17 мм.

Який метод дослідження найінформативніший для встановлення діагнозу в цьому разі?

- A. Визначення онкомаркерів
- B. Цитологічне дослідження пайпель-аспірату з порожнини матки
- C. Гістологічне дослідження пайпель-аспірату з порожнини матки
- D. Гістероскопія
- E. Діагностичне вишкрібання порожнини матки

2. Пацієнтка віком 59 років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Із анамнезу відомо, що постменопауза 12 років. Під час піхвового обстеження виявлено: зовнішні статеві органи з ознаками вікової інволюції, шийка матки не ерозована, з цервікального каналу незначні геморагічні виділення. Матка звичайних розмірів, придатки не пальпуються. Склепіння глибокі, безболісні. Які додаткові методи дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу?

- A. Розширена кольпоскопія
- B. Кульдоскопія
- C. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння
- D. Роздільне діагностичне вишкрібання
- E. Лапароскопія

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №2.

ТЕМА: «ГІСТЕРОСКОПІЯ ОПЕРАТИВНА».

Мета. Навчити проводити оцінку стану пацієнтки, яка звернулася за допомогою

у зв'язку з проблемами репродуктивного стану: аномальними матковими кровотечами, безпліддям, зростанням частоти невиношуваної вагітності, що нерідко пов'язано з внутрішньоматковою патологією. Ознайомити з планом обстеження з використанням сучасних методів діагностики та лікування, аналізувати дані лабораторних та інструментальних методів обстежень при передракових та злоякісних захворюваннях жіночої статеві системи, безплідді, та визначати тактику ведення (принципи оперативних втручань та консервативного лікування, реабілітаційні заходи) у пацієток з безпліддям при внутріматкової патології, передракових та злоякісних захворюваннях жіночої статеві системи визначити попередній діагноз;

Основні поняття: Показання та техніка проведення. Поліпектомія. Міомектомія. Резекція ендометрія. Сінехіолізіс.

План:

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

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 визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- здатність виконувати медичні маніпуляції;
- здатність проводити консультування з питань передракових захворювань жіночих статевих органів
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- консультування з питань безпліддя, невиношування, передракових захворювання захворювання шийки матки, зовнішніх статевих органів, та

консультування пацієнок з АМК різного віку

- загальний огляд методи обстеження з використанням гінекологічного огляду: в дзеркалах, бімануального огляду, ректовагінального огляду
- оцінка стану пацієнтки.
- необхідне обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення щодо використання додаткового методу обстеження та лікування

Типові ситуаційні задачі:

1. Хвора 32-х років скаржиться на тягнучі біль внизу живота, мажучі коричневі виділення перед менструацією та рясні виділення під час циклу. При бімануальне дослідженні матка дещо збільшена, більше в області перешийка, болюча при екскурсії, округлої форми. Придатки з обох сторін без особливостей. Попередній діагноз - внутрішній ендометріоз. При УЗД в порожнині ехопозитивна структура 1,5х1,0. Найбільш інформативна для діагностики та лікувальна тактика в цьому випадку.

1.Д-з: Поліп ендометрія.

2.Алгоритм обстеження: Гістероскопія, поліпектомія. За результатами гістологічного дослідження призначається лікувальні заходи.

Типові тестові завдання:

1. Клінічна картина при гіперпластичних процесах ендометрію:

- А. Олігоменорея
- В. Аномальні маткові кровотечі *
- С. Больовий синдром
- Д. Зрушення лейкоцитарної формули вліво
- Е. Підвищення ШОЕ

2. Поліпоз ендометрію частіше виникає:

- А. У менопаузі
- В. Після пологів
- С. У клімактеричному періоді *
- Д. Під час лікування прогестероном
- Е. Після припинення прийому оральних контрацептивів

Проблеми аномальних маткових кровотеч, безпліддя та невиношування, на сьогоднішній день займають лідируюче місце серед гінекологічних проблем з якими звертаються жінки.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Гіперпластичні процеси ендометрію: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, методи лікування, тактика лікаря загальної практики.
2. Профілактика передракових захворювань жіночих статевих органів
3. Поняття «гіперпластичні процеси ендометрія».
4. Етіологія, патогенез гіперпластичних процесів ендометрія.
5. Клінічні прояви гіперпластичних процесів ендометрія.
6. Гістологічна класифікація гіперпластичних процесів ендометрія ВООЗ. Додаткові методи діагностики гіперпластичних процесів ендометрія.
7. Лікувальна тактика при гіперпластичних процесах ендометрія в репродуктивному періоді.
8. Лікувальна тактика при гіперпластичних процесах ендометрія в перименопаузальному періоді.
9. Показання для оперативного лікування при гіперпластичних процесах ендометрію.

2. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

Інтерактивне завдання:

- Здобувачів 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.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. * Хвора 35-ти років, звернулася в гінекологічний стаціонар зі скаргами на періодичні болі в нижніх відділах живота, які посилюються під час менструації, темно-коричневі мажучі виділення зі статевих шляхів в після менструальному періоді. При бімануальному дослідженні: тіло матки кілька збільшено кулясте, придатки не визначаються, при огляді шийки матки без особливостей.

- Який діагноз найбільш вірогідний? Аденоміоз.
- Алгоритм обстеження: мазок на цитоморфологію та мікроскопію, гістероскопія. Біопсія ендометрія

2. У пацієнтки 48-ми років, яка скаржиться на рясні та тривалі менструації, лікар на підставі даних ультразвукового дослідження (УЗД) припускає гіперплазію ендометрія.

Які методи дослідження найбільш раціонально застосувати для уточнення діагнозу?

- Гістероскопія, фракційне вишкрібання матки з наступним патогістологічним дослідженням.
- Гормональна терапія прогестінами або використання ВМС с левоноргестрелом.

Нетипові тестові завдання:

Хвора 60 р. скаржиться на появу кров'янистих виділень зі статевих шляхів. Менопауза 8 років. В анамнезі: пологів – 2, штучних абортів – 3. При вагінальному дослідженні: зовнішні статеві органи з ознаками вікової інволюції, шийка матки циліндрична, без видимих патологічних змін. З цервікального каналу – незначні кров'яністі виділення. Тіло матки звичайних розмірів, щільне, безболісне при пальпації. Придатки без особливостей. Піхвові склепіння глибокі, вільні.

Які додаткові методи обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- A. УЗД органів малого тазу.
- B. Пайпель-біопсія ендометрія.
- C. Гістероскопія.
- D. ФДВ слизової матки.
- E. Лапароскопія

До факторів ризику виникнення раку ендометрія не стосується:

- A. Ожиріння
- B. Ановуляторних менструальні цикли
- C. Пухлина яєчників
- D. Ендогенні естрогени
- E. Високий рівень прогестерону

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

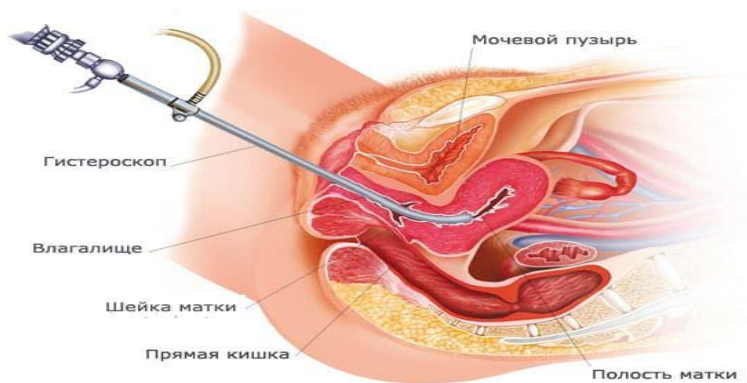
- Навчити правильно зібрати анамнез, звернути увагу на скарги хворої, які дозволяють поставити попередній діагноз, намітити подальшу тактику в різні періоди життя от ювенільного до постменопаузального періоду жінки. Обстеження проводиться в плановому чи ургентному порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу обстеження та лікування хворої.
- Оволодіти умінням правильно скласти план обстеження, враховуючи інвазивність методів, необхідність у цих дослідженнях. Провести сучасні методи дослідження, які дозволяють виявити і врахувати всі найдрібніші подробиці, які сприяють розпізнаванню захворювання і дозволяють правильно встановити діагноз для подальшого призначення адекватної терапії.

Передракові захворювання ЖСО (жіночих статевих органів) вважаються актуальною та багатоплановою проблемою сучасної медицини. У структурі онкологічної захворюваності пухлини жіночих статевих органів складають 20-30%. Комітетом по раку Міжнародної федерації акушерів-гінекологів, свідчать, що серед нововиявлених хворих 1 стадія визначається лише у 20%, інші 80% хворих звертаються до лікаря при більш розповсюджених стадіях процесу, радикальне лікування загрожує великою кількістю рецидивів і метастазів або взагалі нездійсненню. При раку початковій стадії лікування призводить до одужання в 98-100 % випадків, у частини хворих дозволяє зберегти генеративну функцію. Тому профілактика передракових станів є найважливішою актуальним завданням охорони здоров'я.

Гістероскопія – трансцервікальне дослідження порожнини матки за допомогою ендоскопа (тонкого оптичного приладу), це візуальний огляд стінок порожнини матки і цервікального каналу. Завдяки цьому гінеколог у режимі реального часу може оцінити стан порожнини матки, трубних кутів та шийки матки.

Цей метод дозволяє виконувати як діагностичні, так і лікувальні процедури, з мінімальною травматизацією, без додаткових розрізів і абсолютно безболісно, так як процедура відбувається під внутрішньовенним наркозом.

Гістероскопії проводять як планово, так і при невідкладних станах. Виділяють: газову, промивну та контрастну гістероскопію. На сьогоднішній день метод гістероскопії, належить до процедури з низьким хірургічним ризиком і базується на природному доступі до порожнини матки. Метод який надає можливість з'ясувати та усунути наявність деяких внутрішньоматкових проблем.



Показання до гістероскопії:

- порушення менструального циклу і маткові кровотечі
- аденоміоз
- гіперплазія ендометрію
- поліпи ендометрію
- поліпи цервікального каналу (шийці матки)
- синехії (спайки)
- невеликі фібриоми
- безпліддя

Протипоказання до проведення гістероскопії:

- профузна маткова кровотеча;

- вагітність;
- гострі запальні процеси жіночих статевих органів;
- інфекційні захворювання (грип, ангіна, пневмонія, пієлонефрит та ін.);
- рак шийки матки, інфільтративний рак ендометрію;
- цервікальний стеноз.

Гіперплазія ендометрія	Нефізіологічна проліферація ендометрія, що супроводжується структурною перебудовою його залозистого і в меншій мірі стромального компонентів
Атипова гіперплазія ендометрія	Проліферація ендометріальних залоз з ознаками цитологічної атипії: має ознаки клітинного і ядерного поліморфізму поряд з дезорганізацією епітелію ендометріальних залоз. Доброякісне новоутворення, що піднімається над поверхнею ендометрію у вигляді вузлуватої форми, що складається з залоз ендометрію і стромі.
Поліп ендометрія	Доброякісне новоутворення, що піднімається над поверхнею ендометрію у вигляді вузлуватої форми, що складається з залоз ендометрію і стромі.
Аденоміоз	Внутрішній ендометріоз тіла матки
Міома матки. Субмукозний варіант	Доброякісне новоутворення тіла матки деформуюча порожнину

ГІСТЕРОСКОПІЯ

Таблиця 1

В асептичних умовах шийка матки взята на кульові щипці.

Довжина порожнини матки по зонду.....см.

Цервікальний канал розширено розширниками Гегара до №

У порожнину матки введено гістероскоп.....мм

ВИЯВЛЕНО:

Порожнина матки: нормальних / зменшених / збільшених розмірів,

не деформована, деформована

за рахунок міоматозного вузла розташованого субмукозно /

інтерстиціально, на широкій / вузькій ніжці, який виходить з передньої /

лівої / задньої / бокової стінки / дна, діаметром см,

аномалії розвитку.....

внутрішньоматкові сінехії.....

ендометріюїдних ходів в стінці матки

Устя маткових труб: справа вільно / звужене / закрито,

зліва вільно / звужене / закрито.

Слизова: блідо-рожева / яскраво рожева / нерівномірно забарвлена,

атрофічна / тонка / складчата / гіпертрофована / нерівномірної товщини

поліпівідне розростання / поліпи поодинокі / поліпи множинні

Судинний малюнок: не виражений / виражений

Крововиливи: поодинокі / масивні поодинокі / множинні

Ендоцервікс.....

Інша

патологія.....

ВИКОНАНО:

МАКРОПРЕПАРАТ:

ЗАКЛЮЧНИЙ

ДІАГНОЗ:.....

ХІРУРГ.....

АСИСТЕНТИ 1).....2).....

АНЕСТЕЗИОЛОГ.....ОПЕР. СЕСТРА.....

Методика виконання оперативної гістероскопії:

Діагностичні операції можуть бути виконані без застосування знеболювання.

Традиційно використовується анестезія під час хірургічних гістероскопій – внутрішньовенний (загальний) наркоз. Попередньо пацієнтку просять не пити та не їсти, а також пройти стандартний набір лабораторних досліджень. Зазвичай проводять гістероскопічні операції на 7-10 день після початку менструації. В цей час шар ендометрію найменший, що забезпечує максимальну видимість.

Зовнішні статеві органи, промежену і пихву обраблюють антисептичними розчинами. Вагінальне дзеркало - Сімса, вводять у заднє склепіння піхви відтягнуть вниз. Виводять шийку матки. Фіксують передню губу кульовими щипцями. Після ділятації цервікального каналу, в порожнину матки вводять

ендоскопа. Вона дозволяє проводити ряд ефективних оперативних втручань при внутрішньоматковій патології одночасно з її діагностуванням. Гістероскопію проводять як планово, так і при невідкладних станах. Виділяють: газову, промивну та контрастну гістероскопію.

Етапи проведення гістероскопії:

10. Обробка операційного поля.
11. Оголення шийки матки в дзеркалах.
12. Фіксація шийки матки за передню губу.
13. Обробка шийки матки та піхви розчином антисептика.
14. Зондування порожнини матки.
15. Дилатація цервікального каналу розширювачами Гегара до №8-11.
16. Введення тубуса гістероскопа в порожнину матки та її огляд.
17. При необхідності маніпуляція в порожнини матки.
18. Біопсія. Виведення інструмента.

Огляд порожнини матки повинен бути повним. Після введення тубуса гістероскопа в порожнину матки спочатку проводять панорамну гістероскопію. При цьому тубус інструмента знаходиться за внутрішнім вічком цервікального каналу так, щоб поле зору охопило всю маткову порожнину. Слід визначити її форму, розміри, наявність чи відсутність деформацій її стінок, патологічних утворень, висоту і колір слизової оболонки, провести детальний огляд ендометрія. Тубус гістероскопа наближають до центра дна матки. При цьому головними орієнтирами є вічка маткових труб. Оглянувши ендометрій дна матки, приступають до огляду трубних вічок. Слід звернути увагу на їх наявність, форму, розміри, характер та висоту ендометрія в ділянці трубних кутів, наявність чи відсутність патологічних утворень. Наближаючи кінець гістероскопа до стінок матки, детально оглядають ендометрій та судинний малюнок поверхні передньої, задньої та бокових стінок матки. При виявленні патологічних утворень в порожнині матки, визначають їх консистенцію за допомогою гістероскопічних інструментів, за необхідності – проводять інтраопераційну корекцію патології. Кінцевим етапом є прицільна біопсія

ділянок ендометрія та остаточний огляд порожнини матки. Після закінчення дослідження гістероскоп виводять з порожнини матки.

Особливості оперативної гістероскопії.

Для виконання гістероскопічних операцій необхідний наступний інструментарій:

- жорсткий панорамний гістероскоп із діагностичним і операційним корпусами;
- оптичні операційні інструменти (ножиці, щипці-резектор);
- гнучкі та напівгнучкі допоміжні інструменти – ножиці, біопсійні щипці;
- резектоскоп з набором електродів;
- ендомат;
- відеомонітор;
- джерело ВЧ струму;
- джерело світла (галогеновий або ксеноновий).

Оперативні втручання за своєю складністю бувають простими, які не потребують лапароскопічного контролю, ендотрахеального знеболення, складної апаратури і можуть бути виконані в умовах стаціонару одного дня, і складними, які потребують особливих умов виконання.

Прості гістероскопічні операції:

- видалення невеликих слизових поліпів;
- роз'єднання тонких синехій;
- видалення сторонніх тіл, які вільно знаходяться в порожнині матки;
- видалення невеликих субмукозних вузлів на ніжці;
- видалення ділянок гіперплазованої слизової;
- видалення залишків плацентарної тканини та плодового яйця.

Складні гістероскопічних операції:

- видалення великих пристінкових фіброзних поліпів ендометрія;
- розсічення щільних фіброзних і фіброзно-м'язових синехій;
- гістероскопічну метропластику;
- міомектомію;

- абляція ендометрія;
- видалення сторонніх тіл, що занурені в стінку матки;
- фалопоскопію;
- гістероскопічну стерилізацію.

Проведення внутрішньоматкових хірургічних втручань зазвичай застосовують рідинну гістероскопію.

При електрохірургії варто використовувати рідини, що не проводять електричний струм. Для цього переважно використовують низькомолекулярні розчини (1,5% гліцин, 5% декстрозу, 3% сорбітол, 5% глюкозу, реополіглюкан, поліглюкін).

При операціях, проведених механічними інструментами, використовують прості рідини для розширення порожнини матки (фізіологічний розчин, розчини Гартмана, Рінгера і т.д.).

При використанні лазера застосовують прості фізіологічні рідини: фізіологічний розчин, розчин Гартмана і т.д.

Підготовка до оперативної гістероскопії не відрізняється від такої перед діагностичною гістероскопією.

Знеболювання. При проведенні простих гістероскопічних операцій застосовуються ті ж вид знеболення, що і для діагностичної гістероскопії. Ці операції можна проводити під місцевою анестезією (парацервікально розчин новокаїну і лідокаїну), але пам'ятати про можливі алергічні реакції на препарати.

Краще використовувати внутрішньовенну анестезію (діпріван, тіопентал), якщо не передбачається тривала операція (більш 30 хв). Для тривалих операцій можна застосовувати епідуральну анестезію, ендотрахеальний наркоз. При поєднанні з лапароскопією краще застосовувати ендотрахеальний наркоз.

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

- Провести консультування жінок з питань порушення менструального циклу
- Оцінити пацієнтку.
- Підібрати метод лікування у підлітків, у жінок репродуктивного віку, у

Усна доповідь про тематичну пацієнтку.

- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.
- Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

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

Інтерактивне завдання:

Здобувачів ділимо на 3 бригади в кількості по 3-4 чоловіка 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;

Ситуаційна задача:

Жінка 41-го року поступила у стаціонар зі скаргою на переймоподібні болі внизу живота та кров'яністі виділення із вагіни. В анамнезі 1 пологи, 2 медичних абортів. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді; при вагінальному дослідженні виявлена міома матки до 8 тижнів в вагітності. При УЗД виявлена деформація порожнини матки субмукозним вузлом, який знаходиться в її дні.

Клінічний діагноз? Методи обстеження. Яке лікування треба провести?

1. Міома матки. Вузлової форми. Субмукозний варіант.
2. Гістероскопія. Резекція субмукозного вузла.

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2025) Пацієнтка віком 42 роки скаржиться на рясні та тривалі менструації упродовж останніх 6-ти місяців. В анамнезі: пологи - 1, штучний аборт - 1. За результатами гінекологічного обстеження виявлено: шийка матки без дефектів епітелію, виділення слизові помірні, тіло матки та придатки нормальних розмірів, безболісні. За результатами УЗД виявлено: товщина ендометрія - 17 мм. Який метод дослідження найінформативніший для встановлення діагнозу в цьому разі?

- A. Визначення онкомаркерів
- B. Цитологічне дослідження пайпель-аспірату з порожнини матки
- C. Гістологічне дослідження пайпель-аспірату з порожнини матки
- D. Гістероскопія
- E. Діагностичне вишкрібання порожнини матки

2. Хвора 29-ти років надійшла до гінекологічного відділення зі скаргами на болі внизу живота, мажучі кров'яністі виділення до та після менструації впродовж 5-ти днів. Захворювання пов'язує з перенесеним абортom 2 роки тому. Протизапальне лікування ефекту не дало. При бімануальному дослідженні: матка збільшена, щільна, болісна, гладенька. При гістероскопії в ділянці дна матки видно темно-червоні отвори, з яких виділяється темна кров. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Внутрішній ендометріоз
- B. Поліменорея
- C. Гіперменорея
- D. Субмукозний фіброматозний вузол
- E. Дисфункціональна маткова кровотеча

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №3.

ТЕМА: «ДІАГНОСТИЧНА ЛАПАРОСКОПІЯ».

Мета: Систематизувати та поглибити знання за темою практичного заняття. Навчити проводити оцінку стану органів малого тазу пацієнтки. Засвоїти план обстеження пацієнтки перед виконанням діагностичної лапароскопії. Сформувати чітке уявлення про обстеження перед виконанням оперативного втручання. Засвоїти методи діагностики, які використовуються під час виконання лапароскопії в гінекології. Ознайомитися з можливостями сучасного ендоскопічного обладнання. Оволодіти базовою технікою лапароскопічного втручання в гінекології. Визначити показання та протипоказання до оперативної лапароскопії. Вивчити основні етапи оперативної лапароскопії. Засвоїти план ведення пацієнток у післяопераційному періоді.

Основні поняття: Діагностична лапароскопія. Показання. Техніка проведення, ускладнення. Ендоскопічна клінічна анатомія органів малого тазу.

План:

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- Ознайомлення з можливостями сучасного ендоскопічного обладнання в діагностиці захворювань жіночих статевих органів
- Оволодіння базовою технікою ендоскопічних втручань.
- Визначення показань та протипоказань до ендоскопічних втручань.

Перелік дидактичних одиниць:

- Діагностична лапароскопія.
- Показання, техніка проведення, ускладнення.
- Ендоскопічна клінічна анатомія органів малого тазу.

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.

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. Вагінально: 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.

Тестові завдання:

1. Хвора П., 23 років, була прооперована з приводу ендометріозу 6 місяців тому. Приймала гормональну терапію протягом цього часу. Скарг не має. Остання менструація 10 днів тому. Об'єктивно: шкіряні покрови не змінені, пульс – 78 уд/хв., t - 36,6 С, артеріальний тиск 120/80 мм рт. ст. Живіт дещо безболісний. Який метод обстеження найбільш прийнятний для цієї пацієнтки?

- А. Діагностична лапароскопія.
- В. Ультразвукове обстеження органів малого тазу.
- С. Гістероскопія.
- Д. Лапаротомія.
- Е. Клініко-лабораторне обстеження.

2. Які показання для проведення діагностичної лапароскопії ви знаєте?

- А. Позаматкова вагітність.
- В. Хірургічна стерилізація.
- С. Апоплексія яєчника.
- Д. Розрив кісти яєчника.

3. Які відносні показання для проведення діагностичної лапароскопії ви знаєте?

- А. Захворювання серцево-судинної та дихальної системи в стадії декомпенсації.
- В. Гостра та хронічна печінкова та ниркова недостатність.
- С. Шокові та коматозні стани.
- Д. Ожиріння III-IV ст.

Відповіді: 1 - А; 2 – В; 3 – Д.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

- 1. Що таке лапароскопія?
- 2. Показання, протипоказання, умови та технічні особливості діагностичної лапароскопії.
- 3. Ускладнення, які можуть виникати під час проведення діагностичної лапароскопії.

4. Оцінювання стану органів малого тазу під час виконання діагностичної лапароскопії.
5. Підготовка та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при оперативному втручанні.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

3.1. 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 тазу, 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. Отання 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.

Бімануальное 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.

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

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.

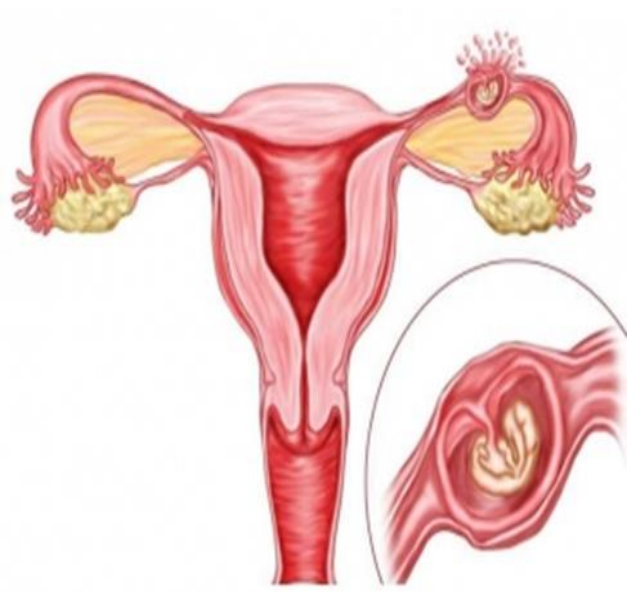
Лапароскопія один з методів сучасної хірургії, при якому (без великого розтину черевної стінки живота), за допомогою спеціальних оптичних приладів (які вводяться в черевну порожнину через маленькі надрізи шкіри), проводиться огляд органів черевної порожнини. **Лапароскопія** також відноситься до сучасних 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 застосовувати **лапароскопію** як для **діагностичних цілей**, так і для **оперативного втручання**.

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, піосальпікс, 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



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 раку яєчників).
- 9.Вибір доступу та визначення обсягу оперативного втручання при неуточнених пухлинах органів малого тазу.

Протипоказання до проведення лапароскопії:

<i>Абсолютні:</i>	<i>Відносні:</i>
Захворювання серцево-судинної та дихальної системи в стадії декомпенсації	Ожиріння III-IV ст.
Гостра та хронічна печінкова та ниркова недостатність Шоківі та коматозні стани	Тяжкий спайковий процес органів черевної порожнини Великі розміри пухлин геніталій
Розлитий перитоніт	Грижа передньої черевної стінки і / чи діафрагми великих чи гігантських розмірів.
	Інфекційні захворювання (грип, ангіна, пневмонія, пієлонефрит та ін.).

Обладнання для лапароскопічної хірургії

Більшість апаратури, що входить в ендохірургічний комплекс, монтується на мобільному візку (стійкі), який має ряд полиць для розміщення апаратури.

Комплекс зазвичай складається із стандартного набору обладнання, до якого входять:

- а) відеокамера;
- б) відеомонітор;
- в) джерело світла;
- г) інсуфлятор;
- д) система аспірації – іригації;
- е) електрохірургічний апарат.

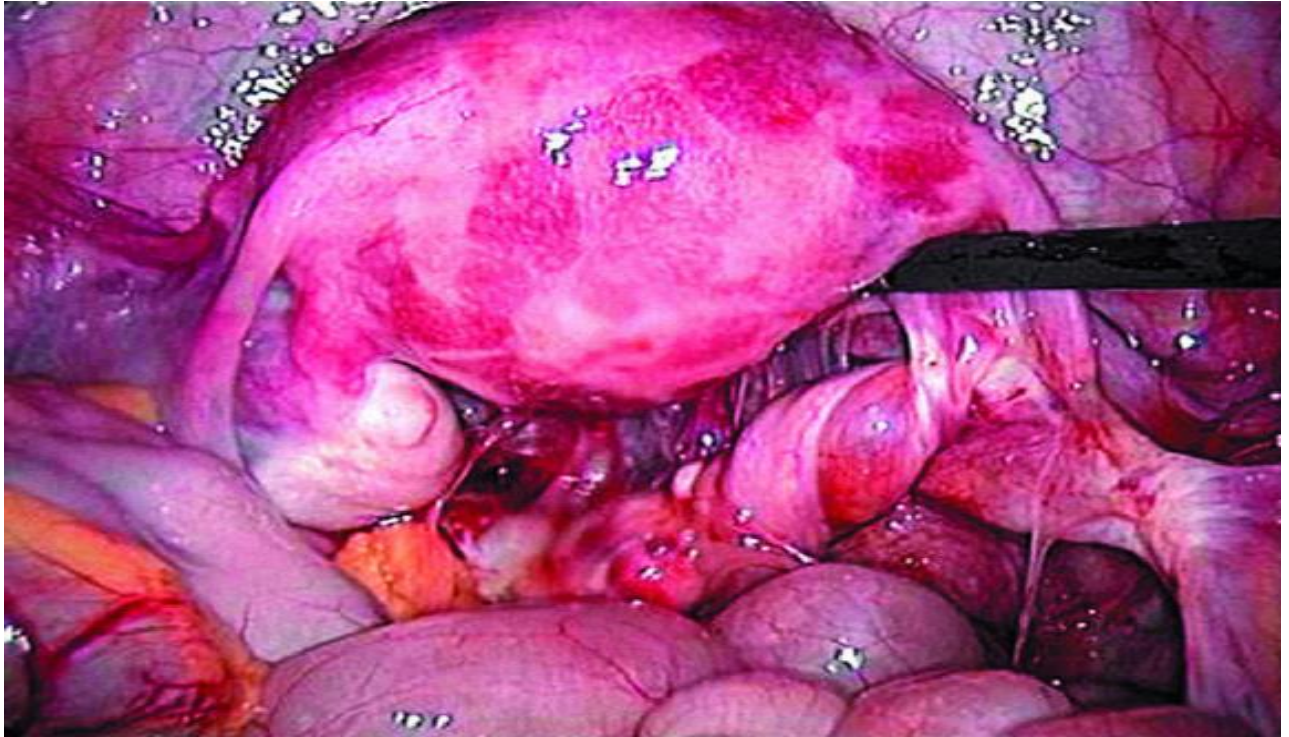
Інструменти для лапароскопічної хірургії

Ендохірургічні інструменти можуть бути поділені на інструменти багаторазового (металеві) та одноразового (пластикові) використання.

Найбільш доступні та дешеві в експлуатації – багаторазово використовуються розбірні металеві інструменти. Вони виконані з нержавіючих сталей та сплавів.



Під час огляду органів малого тазу необхідно використовувати маніпулятори. Дослідження здійснюють послідовно, починаючи з матки та передиматочного простору, потім оглядаючи праві придатки, позадиматочний простір та ліві придатки.



Алгоритм виконання практичних навичок.

Бімануальне (піхвове) дослідження:

- 23) привітатись з пацієнткою;
- 24) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 25) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 26) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 27) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 28) вимити руки;
- 29) вдягнути оглядові рукавички;
- 30) 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;
- 31) 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;
- 32) визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах;
- 33) визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка);
- 34) визначити прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця);

- 35) оцінити болісність екскурсії шийки матки;
- 36) другу долоню обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки;
- 37) 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);
- 38) 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;
- 39) 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;
- 40) визначити ємкість піхвових склепінь;
- 41) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 42) подякувати пацієнтці;
- 43) зняти оглядові рукавички;
- 44) 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.

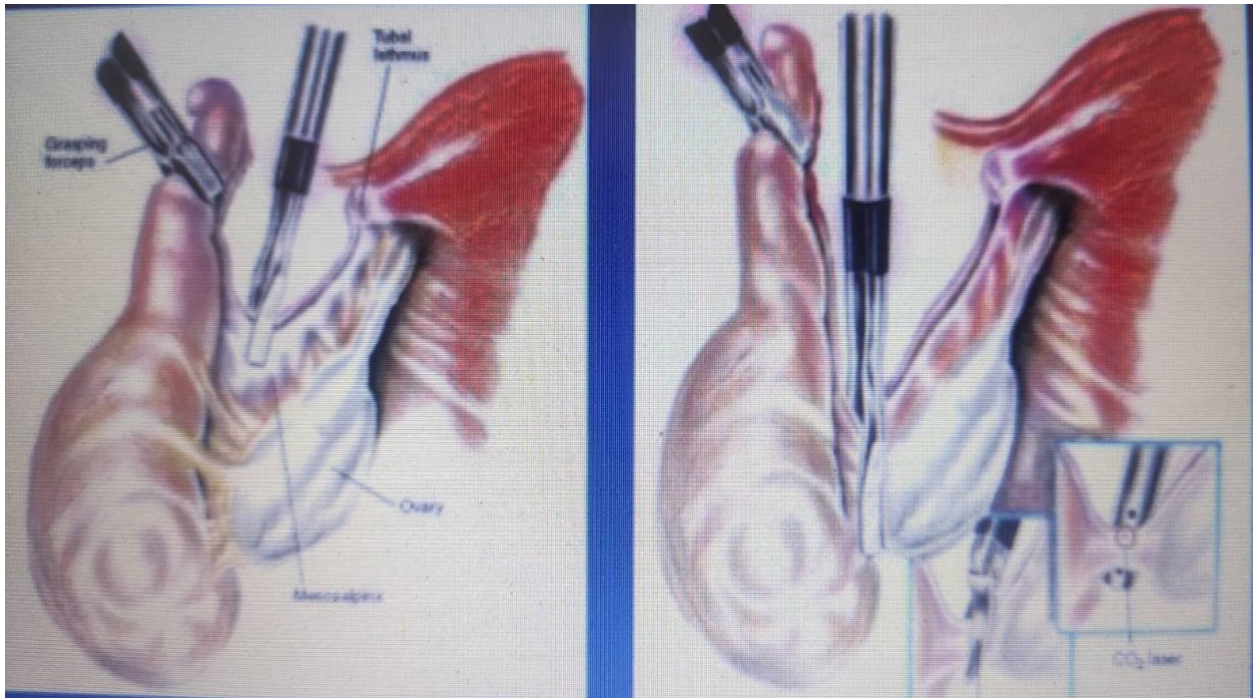


Рис. 1. Лапароскопічна тубектомія. Етапи операції.

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

- Правильно зібрати анамнез у хворої.
- Визначити скарги, які характеризують основи захворювання.
- 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.
- Правильно трактувати дані лабораторних і інструментальних методів дослідження.
- Скласти план обстеження хворої з апоплексією яєчника.
- Скласти план обстеження хворої з позаматковою вагітністю.
- Провести диференціальну діагностику “гострого” живота.
- Встановити діагноз і скласти план лікувальних засобів у хворої з апоплексією яєчника.
- Встановити діагноз і скласти план лікувальних засобів у хворої з позаматковою вагітністю.
- Вміти підготувати пацієнтку та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних оперативних втручаннях.
- Надати рекомендації щодо вибору методу хірургічного лікування та об'єму

оперативного втручання у пацієнок із апоплексією яєчника.

- Надати рекомендації щодо вибору методу хірургічного лікування та об'єму оперативного втручання у пацієнок із трубною позаматковою вагітністю.
- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.

3.4. 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! Ректо-абдомінальне 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. (2025) Пацієнтка віком 35 років скаржиться на появу різкого болю в правій здухвинній ділянці, затримку менструації на 5 тижнів. Об'єктивно спостерігається: шкіра та слизові оболонки бліді, пульс - 104/хв, АТ - 80/60 мм рт. ст., симптоми подразнення очеревини різко позитивні. За результатами гінекологічного обстеження слизова оболонка піхви та шийки матки ціанотична, зовнішній зів закритий, заднє склепіння нависає. Симптом Промптова різко позитивний. Під час пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви отримано рідку кров, що не згортається. Який найімовірніший діагноз ?

- A. Рак ендометрія
- B. Порушена позаматкова вагітність правобічна*
- C. Перекрут ніжки пухлини яєчника
- D. Апоплексія правого яєчника

Е. Загострення хронічного аднекситу

2. (2025) У пацієнтки віком 28 років на 14-й день 28-денного менструального циклу з'явився різкий біль унизу живота праворуч, із запамороченням. Об'єктивно спостерігається: шкіра та слизові оболонки бліді, пульс - 100/хв, АТ — 100/70 мм рт. ст. Під час бімануального дослідження виявлено: склепіння нависають, правий яєчник збільшений до 3×5 см, пастозний, болісний під час пальпації. Який найімовірніший діагноз? А. Гострий правобічний аднексит

А. Апоплексія правого яєчника*

В. Гострий апендицит

С. Аномальна маткова кровотеча

Д. Порушена правостороння трубна вагітність

Е. Перекрут ніжки кісти правого яєчника

2) Жінка скаржиться на раптово виниклий біль внизу живота, що іррадіює в задній прохід, нудоту, запаморочення, кров'янисті 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 склепін'я піхви. Найбільш ймовірний діагноз?

А. Гострий апендицит.

В. Апоплексія яєчника.

С. 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?

- A. Внутрішній ендометріоз.
- B. Тубооваріальна пухлина.
- C. Некроз міоматозного вузла.
- D. Гострий аднексит.
- E. 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?

- A. Гострий лівобічний сальпінгоофорит.
- B. Апоплексія лівого яєчника.
- C. Піосальпінкс ліворуч.
- D. Порушена лівобічна трубна вагітність.
- E. 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?

- A. Рентгенотелевізійна гістеросальпінгографія.
- B. Екскреторна урографія.
- C. Трансвагінальна ехографія.
- D. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.
- E. Комп'ютерна томографія

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №4

ТЕМА: «ОПЕРАТИВНА ЛАПАРОСКОПІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ЖІНОЧОЇ НЕПЛІДНОСТІ ТА СХТБ».

Мета. Засвоїти причини жіночої неплідності. Засвоїти план обстеження подружньої пари при неплідності. Ознайомитися з можливостями сучасного ендоскопічного обладнання в діагностиці і лікуванні неплідності та СХТБ. Оволодіти базовою технікою ендоскопічних втручань. Визначати показання та протипоказання до лапароскопії в діагностиці і лікуванні СХТБ та неплідності. Ознайомитися та визначити основні етапи лапароскопічної сальпінгостомії, сальпінгооваріолізу, ексцизії ендометріюїдних гетеротопій, хромогідротубації. Сформуванати чітке уявлення про обстеження пацієнток перед оперативною лапароскопією. Засвоїти план ведення пацієнток у післяопераційному періоді.

Основні поняття: Причини жіночої неплідності та СХТБ. Сальпінгооваріолізіс. Сальпінгостомія. Ексцизія ендометріюїдних гетеротопій. Хромогідротубація. Передопераційна підготовка та ведення післяопераційного періоду.

План:

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

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:

- Причини жіночої неплідності та СХТБ.
- Сальпінгооваріолізіс.

- Сальпінгостомія.
- Ексцизія ендометріюїдних гетеротопій.
- Хромогідротубація.
- Передопераційна підготовка та ведення післяопераційного періоду.

Типові ситуаційні задачі:

1. До гінеколога звернулася хвора 29 років зі скаргами на безплідність. Статевим життям живе в шлюбі 4 роки, від вагітностей не оберігається. Вагітностей не було. При обстеженні жінки встановлено: розвиток статевих органів без відхилень від норми. Маткові труби не прохідні в дистальних відділах. Базальна температура протягом трьох менструальних циклів двофазна. Найвірогідніша причина безплідності? Лікування.

Відповідь: Трубно-перітонеальна форма неплідності. Показано проведення лапароскопії, сальпінгостомії, хромогідротубації.

2. Жінка 25 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на відсутність наступання вагітності. В шлюбі 2 роки, живе регулярним статевим життям, контрацептивами не користується. З анамнезу відомо, що неодноразово лікувалася в гінекологічному відділенні з приводу загострень хронічного аднекситу. Який метод діагностики найбільш доцільно рекомендувати пацієнтці?

Відповідь: Діагностична лапароскопія. Хромогідротубація.

Типові тестові завдання

1. Хвора 35 років скаржиться на відсутність вагітності протягом 7 років подружнього життя. Під час гінекологічного огляду лікар запідозрив зовнішній генітальний ендометріоз. Який метод є золотим стандартом діагностики зовнішнього генітального ендометріозу?

- A. Кульдоскопія.
- B. Лапароскопія.
- C. Гістероскопія.
- D. Кольпоскопія.
- E. УЗД.

2. Жінка Т, 27 років, звернулася до гінеколога з приводу ненастання вагітності в шлюбі 3 роки. Чоловік обстежений, патології не виявлено. Під час попередніх обстежень жінки було виявлено синдром полікістозних яєчників. Проведено консервативне лікування (гормональне, стимуляція овуляції) – без ефекту. Що найбільш доцільно запропонувати пацієнтці в даному випадку?

- А. Протизапальна терапія.
- В. Лапароскопія. Дрилінг яєчників.
- С. Лапаротомія. Кліновидна резекція яєчників.
- Д. Лапароскопія. Сальпінгооваріолізис.
- Е. Лапароскопія. Оваріектомія.

Відповіді: 1 - В, 2 - В.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Класифікація неплідності в шлюбі.
2. Методи діагностики жіночої неплідності, показання.
3. Сучасні методи консервативного лікування хворих з неплідністю.
4. Ендоскопічні методи лікування хворих на неплідність.
5. Оперативна лапароскопія як метод діагностики та лікування хворих на зовнішній генітальний ендометріоз.
6. Оперативна лапароскопія як метод діагностики та лікування хворих на СХТБ.
7. Хірургічні методи реконструктивно-пластичних операцій на маткових трубах.
8. Хромогідротубація як метод діагностики трубно-перитонеальної форми неплідності.
9. Операції ВЧ-каутеризації яєчників, резекції яєчників при ановуляторній формі неплідності.

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

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів 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.

Нетипові ситуаційні задачі:

Задача 1.

Жінка 26 років звернулася до гінеколога зі скаргами на неплідність, СХТБ протягом 3 років. Менструації з 14 років, безболісні, помірні. Цикл 4-5/28, регулярний. У віці 16 років перенесла апендектомію, ускладнену перитонитом. Посткоїтальна проба і аналіз сперми чоловіка - в межах норми. За даними вимірювання базальної температури цикли овуляторні, лютеїнова фаза складає 12-14 днів. За даними УЗД органів малого таза – в області правої маткової труби утворення 4х6 см. Визначте подальший план ведення.

Відповідь: Лапароскопія лікувально-діагностична, хромогідротубація. Адгезіолізис. Сальпінгонеостомія.

Задача 2.

При гінекологічному дослідженні хворої 29 років, яка страждає на хронічні тазові болі, виявлено: матка в фіксованому retroflexio-versio, хворобливі та бугристі крижово-маткові зв'язки. Із анамнезу відомо, що у шлюбі 5 років, вагітності не наступають. Попередній діагноз? Тактика ведення

Відповідь: Зовнішній генітальний ендометріоз? Для визначення остаточного діагнозу ЗГЕ пацієнтці показано проведення лапароскопії, ексцизія вогнищ ендометріоза з подальшим гістологічним дослідженням.

Нетипові 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 ендометріїдну кісту лівого яєчника 5 см в діаметрі. Запропоновано оперативне лікування. Визначте передбачуваний обсяг операції.

- A. Лапаротомія. Вилучення капсули кісти.
- B. Лапаротомія. Аднексектомія.
- C. Лапароскопія. Аднексектомія.
- D. Лапароскопія. Енуклеація капсули кісти яєчника.
- E. Лапароскопія. Тубектомія.

Вірні відповіді: 1 – A, 2 – D.

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

За даними вітчизняних та закордонних авторів 10-15% усіх шлюбів є неплідними. Звідси випливає актуальність цієї проблеми не тільки в медичному аспекті, але й у соціальному. Соціальна значимість проблеми безплідності шлюбу полягає в значному зниженні народжуваності по країні та більш частих розлучень у родині, що не мають дітей. Своєчасна діагностика та правильно розроблений алгоритм лікування неплідності є запорукою стабілізації демографічної ситуації в Україні.

Жіноча неплідність

<u>Класифікація:</u>	
I. Ендокринного генезу (безпліддя, пов'язане з порушенням овуляції) – 35-40%:	• гіпоталамо-гіпофізарна недостатність (ГГН); • гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція (ГГД) (яєчникова та надниркова форми); • первинна недостатність яєчників; • порушення функції статевих органів; • гіперпролактинемія.
II. Трубно–перитонеального генезу – 20 – 30%.	
III. Маткового генезу – 2 – 3%:	• відсутність матки; • аномалії розвитку матки; • синехії у порожнині матки (синдром Ашермана).
IV. Шийкового генезу – 5%.	
V. Імунологічного генезу – 20%:	• наявністю антиспермових АТ тільки у цервікальному слизі; • з наявністю антиспермових АТ у крові жінки, яйцеклітині, фолікулярній рідині. • жіноче безпліддя, обумовлене урогенітальною інфекцією;
VI. Інші форми жіночого безпліддя:	• ендометріоз та безпліддя; • міома матки та безпліддя.

Чоловіча безплідність

<u>Класифікація:</u> Екскреторна безплідність Секреторна безплідність Змішана безплідність Імунологічна безплідність.	недостатність секреторної функції статевих залоз, яка обумовлена вродженою та набутою патологією. обумовлена порушенням транспорту сперматозоїдів по сім'явивідним шляхам. коли секреторна недостатність статевих залоз поєднується з обструктивним, імунологічним та запальним процесом.
---	--

<u>Обстеження</u> <u>жінок:</u>	• Збір соматичного анамнезу. • Збір гінекологічного анамнезу. • Збір репродуктивного анамнезу. • Загальний та гінекологічний огляд. • RW, ВІЛ. • Графік базальної температури за 2 – 3 місяці. • Кольпоскопія. • Обстеження на уrogenітальну інфекцію, цитологічне обстеження. • УЗД органів малого тазу. • Гістеросальпінгографія (7 – 11 день менстр. циклу). • Гормональне обстеження. • Імунологічні тести: • ПКТ (посткоїтальний тест) – дозволяє оцінити біологічну сумісність сперматозоїдів та цервікального слизу жінки. • МАР-тест – визначення антиспермальних антитіл в еякуляті (в нормі < 30%). • Гістероскопія, лапароскопія. <u>Додаткові дослідження за ознаками:</u>
---	---

	• Гормональне обстеження (кортизол, ДГЕА-с, інсулін, Т₃, Т₄, ТТГ, СТГ, антитіла до тиреоглобуліну та ін.); проби. • Обстеження мамолога, мамографія (7 – 10 день менстр. циклу). • R-графія турецького сідла (за показами). • КТ, МРТ (за показами). • УЗД щитовидної залози (за показами).
<u>Обстеження чоловіків:</u>	<u>(проводиться спільно і одночасно з обстеженням жінки)</u> • Загальноклінічні методи обстеження. • Обстеження на урогенітальну інфекцію. • Обстеження еякуляту за класифікацією ВООЗ (3 – 4 дністатевого покою). • Консультація терапевта, генетика, сексопатолога (за ознаками). • <i>При наявності патології у спермограмі додатково проводиться:</i> • Бак. посев сперми на стерильність. • Гормональне обстеження (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон). • Пробна капацитація. • УЗД передміхурової залози та мошонки.

Алгоритм лікування різних форм безпліддя

<u>Алгоритм лікування безпліддя трубного генезу.</u>	Оперативна лапароскопія – для відновлення прохідності маткових труб. Немає ефекту (протягом 6-12 міс.) – ЕКО з ПЕ (перенесення ембріона). Відсутність маткових труб, неможливість відновлення їх прохідності – ЕКО з ПЕ.
---	---

<u>Алгоритм лікування жіночого безпліддя маткового генезу</u>	(відсутність матки; аномалії розвитку матки; синдром Ашермана). Сурогатне материнство. За умови наявних можливостей – оперативне реконструктивне лікування.
<u>Алгоритм лікування жіночого безпліддя шийкового генезу.</u>	Інсемінація спермою чоловіка (ІСЧ) у фізіологічному або індукованому циклі. Відсутність ефекту – ЕКО з ПЕ.
<u>Алгоритм лікування імунологічного безпліддя.</u>	<u>З наявністю антиспермальних антитіл тільки у цервікальному слизі-</u> внутрішньоматкова інсемінація спермою чоловіка. <u>З наявністю антиспермальних антитіл крові жінки, яйцеклітині, фолікулярній рідині</u> - внутрішньоматкова інсемінація спермою донора на фоні стимуляції овуляції.
<u>Алгоритм лікування безпліддя, зумовленого чоловічим фактором.</u>	Олігоастеноспермія 1-2 ступеня – лікування у андролога та ІСЧ. Олігоастеноспермія 3 ступеня та азооспермія – інсемінація спермою донора (ІСД) або ICSI. Відсутність ефекту – ЕКО з ПЕ з донорською спермою.

Хромогідротубація (рис. 1)

Виконання будь-якої операції з приводу трубного або перитонеального безпліддя вимагає застосування інтраопераційної висхідної хромогідротубації. Для цього перед операцією обробляють зовнішні статеві органи та піхву розчином антисептиків. Шийку матки захоплюють кульовими щипцями. Через зовнішній матковий зів вводять маточну канюлю. Кульові щипці та канюлю

фіксують один до одного. Хромогідротубацію проводять на початку операції визначення рівня обструкції маткової труби.

Після закінчення лапароскопічного втручання на маткових трубах хромогідротубація підтверджує ефективність виконаної операції. Рівень обструкції маткової труби можна визначити із заповнення її рідиною. Відсутність заповнення маткової труби рідиною, що вводиться, свідчить про її непрохідності у істмічній частині. Для проведення хромогідротубації використовують ізотонічний розчин натрію хлориду, пофарбований метиленовим синім.



Рис. 1. Хромогідротубація. Етап процедури. Вилиття метиленового синього у черевну порожнину.

Сальпінгонеостомія (рис. 2)

Виконується за наявності гідросальпінксу. Після хромопертубації з застосуванням барвника метиленового синього (для кращої візуалізації маткової труби) проводиться хрестоподібний розріз по рубцевій тканині на дистальному полюсі гідросальпінксу з формування чотирьох клаптів. Надрізані краї труби обережно захоплюють атравматичним затискачем та виробляють коагуляцію серозної оболонки маткової труби для їхнього вивертання.

При правильно проведеній операції заново формується фімбріальний відділ маткової труби, що також зветься сальпінгостомією по Брюа.

Згідно з альтернативною методикою застосовуються два атравматичні затискачі, за допомогою яких проводять вивертання дистального відділу труби протягом 2-3 см. Деякі хірурги віддають перевагу при цьому накласти 1-2 шви підтримки труби в заданому положенні.

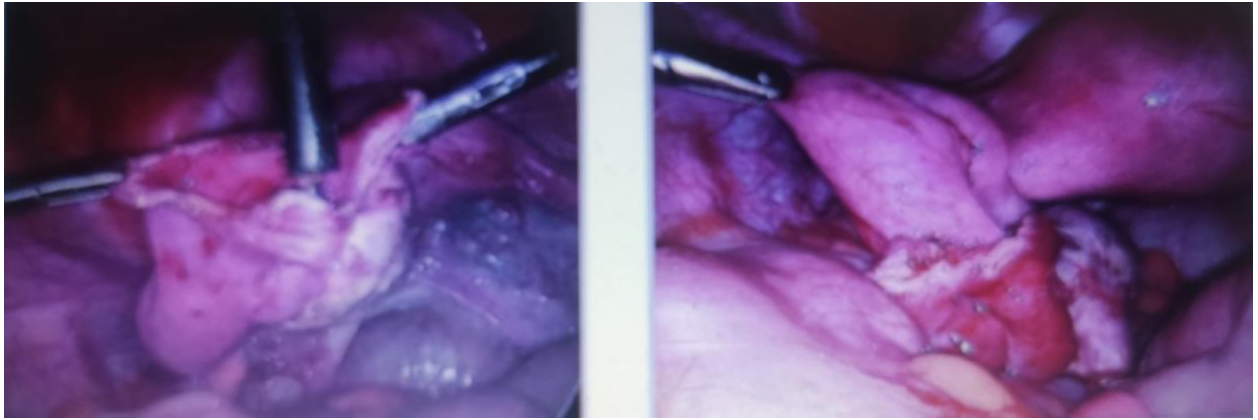


Рис. 2. Сальпінгонеостомія. Етапи операції.

Діатермокаутеризація яєчників (дрилінг) (рис. 3)

Проводиться як хірургічна стимуляція овуляції при синдромі полікістозних яєчників і є більш щадним методом порівняно з резекцією яєчника. Методика полягає у створенні перфораційних отворів на поверхні одного або обох яєчників за допомогою термокоагуляції. При необхідності виконується додатковий гемостаз.



Рис. 3. Вид яєчників після діатермокаутеризації монополярним коагулятором.

Хірургічне лікування ендометріозу.

Етапи операції ексцизії вогнищ ендометріоза на очеревині малого тазу

(рис. 4)

1. Детальний огляд очеревини міхурово-маткового, прямокишково-маткового заглиблень, яєчників, маткових труб, широких зв'язок, матки, дистального відділу прямої кишки, сигмовидної кишки;
2. Оцінка розмірів виявлених вогнищ, ступеня інвазії в оточуючі тканини, дослідження їх поверхні за допомогою атравматичних затискачів (Піднімаючи і зміщуючи очеревину, що оточує вогнище поразки); при роростанні в підлягаючі тканини патологічні ділянки на зміщуються щодо підочеревинної клітковини;
3. створення оптимальних умов ліквідації патологічних вогнищ (відведення петель кишечника, сальника у верхні поверхи черевної порожнини, розсічення спайок і т.д.);
4. висічення або локальна деструкція вогнищ ендометріозу на очеревині малого таза (електорокоагуляція)

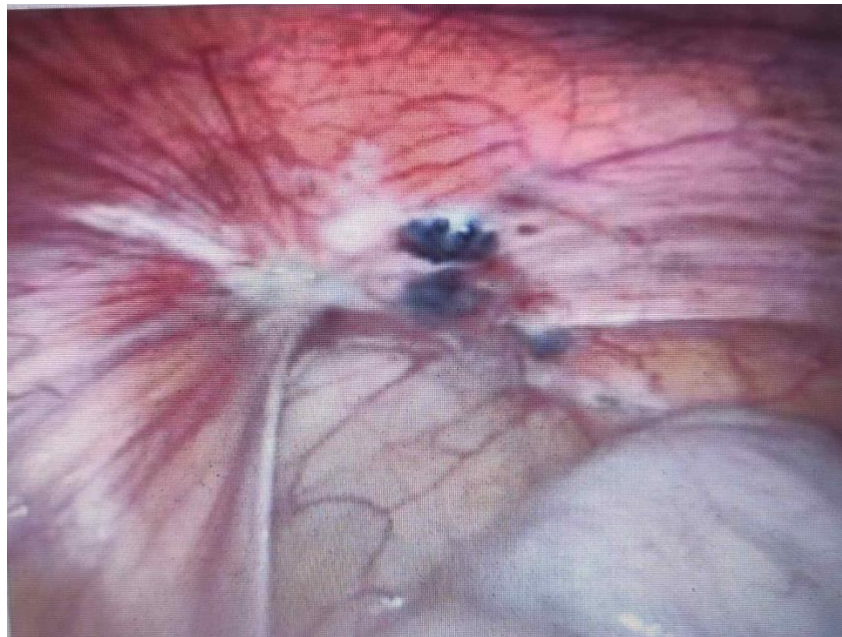


Рис. 4. Вогнища ендометріоза на парієтальній очеревині.

Ендоскопічне лікування спайкового процесу органів малого таза.

Для диссекції спайок застосовують ножиці, аквадиссекцію, електрохірургію, лазерну хірургію, ультразвуковий скальпель. При вираженому ступені спайкового процесу існує небезпека пошкодження внутрішніх органів (рис. 5). Монополярні електроди не слід застосовувати при маніпуляціях на кишечнику, оскільки можливе виникнення іскри та пошкодження кишечника, що знаходиться поза видимості. При поділі спайок на кишечнику частіше всього використовують ножиці та при необхідності біполярну коагуляцію.

Для профілактики рецидиву спайкової хвороби використовують протиспайкові бар'єри та рідини.



Рис. 5. Спайковий процес органів малого таза.

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

1. Обстежити пацієнтку з безплідністю.
2. Призначити обстеження пацієнток з неплідністю.
3. Оцінити дані клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих з безплідністю.
4. Визначити стадії ендометріозу під час діагностичної лапароскопії.
5. Визначити об'єм оперативного втручання при лікуванні зовнішнього генітального ендометріозу у пацієнток з неплідністю.
5. Призначити найбільш прийнятне лікування пацієнтки з ЗГЕ.
6. Призначити найбільш прийнятне лікування пацієнтки з СХТБ, гідросальпінксом.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Під час діагностичної лапароскопії у хворої 34 років, що звернулася до клініки з приводу безпліддя, виявлено: геморагічний випіт в черевну порожнину,

синюшні «глазки», зірчато-рубцеві пошкодження очеревини. Маткові труби прохідні з обох сторін. Яєчники візуально не змінені. Здійснена біопсія вказаних утворень. Попередній діагноз? Об'єм оперативного втручання.

Відповідь. Зовнішній генітальний ендометріоз. Лапароскопія. Ексцизія вогнищ ендометріоза з подальшим гістологічним дослідженням.

2. У гінекологічне відділення поступила хвора 28 років зі скаргами на безпліддя протягом 4 років, СХТБ. З анамнезу: 1 пологи, 1 штучний аборт, менструальний цикл без особливостей, базальна температура – двофазна. Спермограма чоловіка в нормі. Неодноразово лікувалася з приводу запальних процесів органів малого таза. 2 роки тому перенесла правобічну тубектомію з приводу порушеної трубної вагітності.

Яка тактика ведення?

Відповідь: Лапароскопія. Хромогідротубація. Розсіднання спайок

Тестові завдання Крок-2

1. **(2025 р)** Пацієнтка віком 28 років скаржиться на безпліддя впродовж 3-х років. В анамнезі: гонорея. Об'єктивно спостерігається: розвиток статевих органів без відхилень від норми. Базальна температура протягом трьох циклів двофазна. Яка найімовірніша причина безпліддя?

- A. Ендокринний чинник
- B. Аномалія будови статевих органів
- C. Ендометріоз
- D. Порушення прохідності маткових труб
- E. Імунологічне безпліддя

2. **(2020р.)** Хвора 26-ти років перебуває в шлюбі 5 років. За відсутності контрацепції та наявності регулярного статевого життя вагітність відсутня, чоловік обстежений, фертильний. З анамнезу: в 19 років оперована з приводу явищ розлитого перитоніту. Які дослідження необхідно провести для з'ясування причин безпліддя?

- A. Гістеросальпінгографія або лапароскопія*
- B. Дослідження статевих стероїдів, гонадотропінів, фолікулометрія

С. Тести функціональної діагностики

Д. Гістероскопія з оцінкою функціонального стану ендометрію

Е. Кімографічна пертубація маткових труб.

3. **(2019р.)** Жінка 32-х років звернулась до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності впродовж 4-х років. У анамнезі: 5 років тому перша вагітність закінчилась штучним абортom. За даними вагінального дослідження та ультразвукового дослідження (УЗД) встановлено діагноз: ендометріюїдна кіста правого яєчника. Який оптимальний метод лікування?

А. Протизапальна терапія

В. Терапія андрогенами

С. Консервативна терапія естроген-гестагенними препаратами

Д. Санаторно-курортне лікування

Е. Оперативна лапароскопія*

3. **(2018р.)** Хвора 25-ти років скаржиться на неплідність та вторинну аменорею. Об'єктивно: надмірного харчування, явища гірсутизму. Бімануально: матка нормальних розмірів, яєчники з обох боків дещо збільшені, неболючі. Рівень ЛГ та тестостерону підвищений, проба з АКТГ - негативна. Поставте діагноз:

А. Синдром полікістозних яєчників*

В. Адреногенітальний синдром

С. Двобічний хронічний сальпінгоофорит

Д. Вірилізуючі пухлини яєчників

Е. Синдром резистентних яєчників

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.

План:

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

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
- 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.

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.

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 покрови бліді, пульс – 92 уд/хв., $t - 36,6\text{ }^{\circ}\text{C}$, 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?

- A. Лапароскопія, оваріектомія.
- B. Консервативне лікування.
- C. Лапароскопія, резекція яєчника.
- D. Лапаротомія, оваріектомія.
- E. 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?

- A. Абдомінальний.
- B. Ендоскопічний.
- C. Вагінальний.
- D. 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 36,6⁰C, 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:

- A. Ультразвукове дослідження органів малого таза.
- B. Загальний аналіз крові.
- C. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.
- D. Кольпоскопія.
- E. Лапароскопія.

Відповіді: 1 - C; 2 – B; 3 – E.

2. Обговорення теоретичних питань 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.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

3.1. 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.

Бімануальное дослідження: Матка дещо збільшена, зміщення її болісні. Додатки чітко не контуруються з-за болючості дослідження, заднє склепіння вип'ячене.

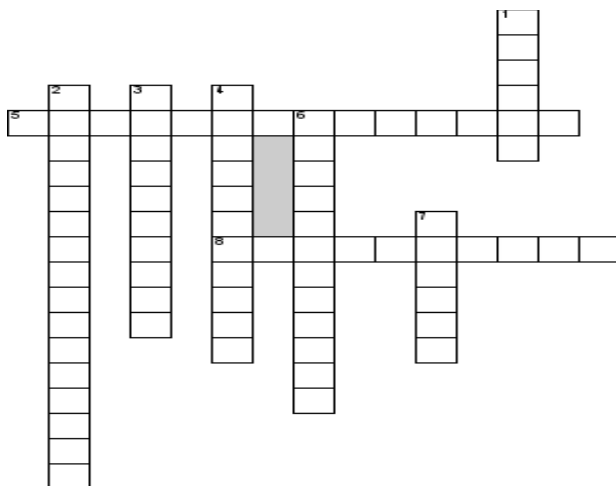
Виділення зі статевих шляхів темно-кров'яні, скудні.

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 позаматкової 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.

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

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.

Таблиця. Діагностичні ознаки різноманітних форм трубної вагітності

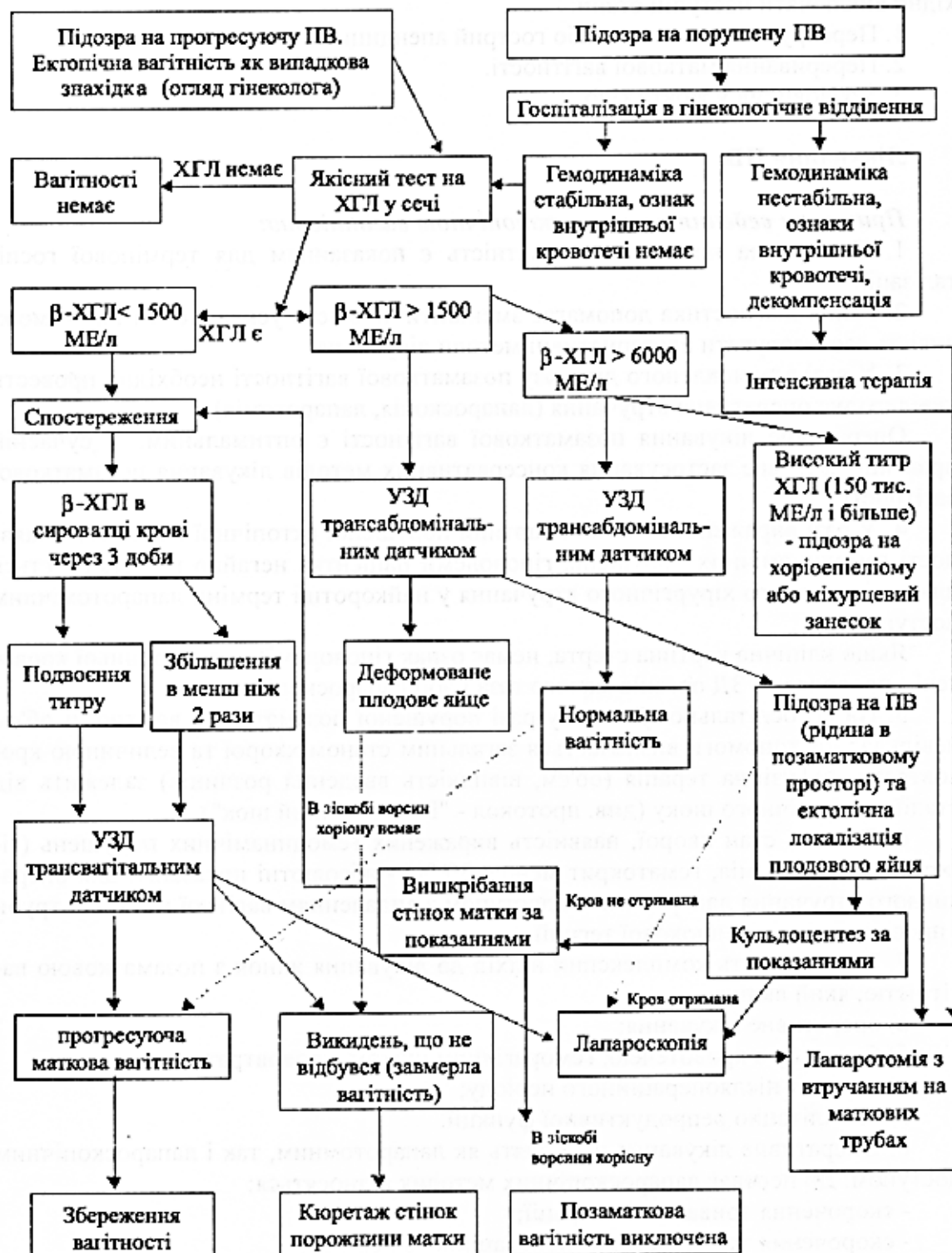
Клінічні ознаки	Прогресуюча позаматкова вагітність	Трубний викидень	Розрив маткової труби
Ознаки вагітності	Позитивні	Позитивні	Позитивні
Загальний стан хворої	Задовільний	Періодично погіршується, короткочасні втрати свідомості, тривалі періоди задовільного стану	Колаптоїдний стан, клініка масивної крововтрати, 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	Такі самі, болючість при зміщенні матки, утворення без чітких контурів, задне склепіння	Такі самі, симптоми «плаваючої матки», болючість матки і додатків з ураженого

	визначається утворення ретортоподібної форми, безболісне, склепіння вільні	згладжене	боку, нависання заднього склепіння
Додаткові методи обстеження	УЗД, визначення рівня β -ХГЛ, лапароскопія	Лапароскопія	Не проводяться

Алгоритм визначення групи крові.

Необхідний інструмен- тарій	Біла емальована тарілочка, набір стандартних сироваток, скельце або 3 скляні палички.	
Послідов- ність 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 скляною 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 усіх краплинах.	При перемішуванні крові важливо для кожної краплі користуватись іншим краєм скельця.

Алгоритм діагностики позаматкової вагітності



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

Апоплексія може розвиватись у будь-який день менструального циклу, чи після затримки менструації, але частіше в середині або у другу фазу циклу.

Провокуючи чинники

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

Сприятливі фактори

1. Запальні процеси
2. Ендокринні
3. Захворювання крові

Класифікація

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

Клінічна картина

- Захворювання починається раптово.
- 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.
- Можуть з'являтися симптоми внутрішньої кровотечі, шок і втрата свідомості.
- При пальпації живота відмічають його здуття, болючість у нижній половині з одного або з обох боків.
- 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.

Лікування

Залежить від ступеню внутрішньочеревної кровотечі:

При відсутності виразних ознак внутрішньої кровотечі (больова форма) –консервативне лікування- спокій, холод на низ живота, кровоспинні засоби.

При виразній внутрішньої 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.

Діагностика

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

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.

Трубна вагітність
(переважна кількість випадків)

Яєчникова
вагітність

Черевна
вагітність

Вагітність у
рудиментарному розі
матки

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).

За клінічним перебігом розрізняють:

- прогресуючу позаматкову вагітність;
- порушену за типом трубного аборт;
- порушену за типом розриву труби.

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

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

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.

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); визначити прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця);
12. оцінити болісність екскурсії шийки матки;
13. другу долоню обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки;
14. 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);
15. 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;
16. 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;
17. визначити ємкість піхвових склепінь;
18. проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
19. подякувати пацієнтці;
20. зняти оглядові рукавички;
21. вимити руки.

Лапароскопію 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 гемостаза, 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 гемостаза 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.

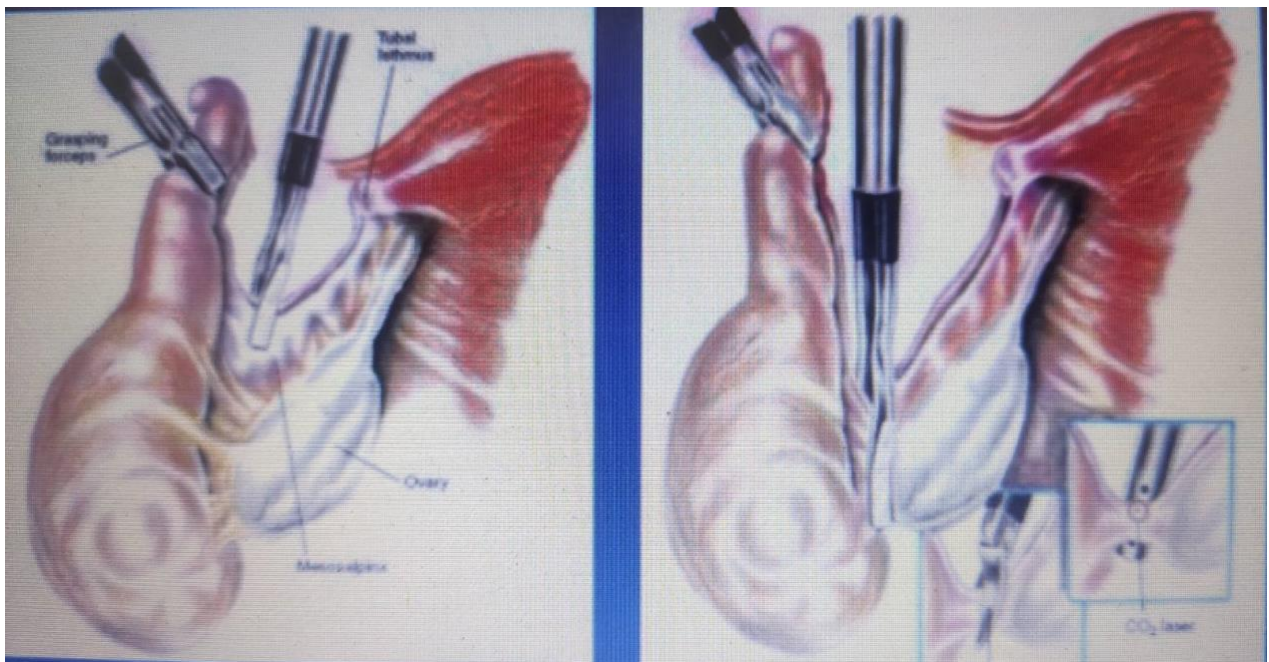


Рис. 1. Лапароскопічна тубектомія. Етапи операції.

Лапароскопічна туботомія з евакуацією плідного яйця

Виконується при ампулярній трубній вагітності у разі можливості збереження маткової труби (прогресуюча або переривається за типом трубного аборт 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 аргонплазмовий коагулятор.



Рис. 3. Лапароскопічна резекція яєчника. Етап операції.

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

1. Правильно зібрати анамнез у хворої 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.

3.4. 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 °C. 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. АД-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. (2025) Пацієнтка віком 35 років скаржиться на появу різкого болю в правій здухвинній ділянці, затримку менструації на 5 тижнів. Об'єктивно спостерігається: шкіра та слизові оболонки бліді, пульс - 104/хв, АТ - 80/60 мм рт. ст., симптоми подразнення очеревини різко позитивні. За результатами гінекологічного обстеження слизова оболонка піхви та шийки матки ціанотична, зовнішній зів закритий, заднє склепіння нависає. Симптом Промптова різко позитивний. Під час пункції черевної порожнини через заднє склепіння піхви отримано рідку кров, що не згортається. Який найімовірніший діагноз?

А. Рак ендометрія

В. Порушена позаматкова вагітність правобічна

С. Перекрут ніжки пухлини чечника

Д. Апоплексія правого яєчника

Е. Загострення хронічного аднекситу

2. (2025) У пацієнтки віком 28 років на 14-й день 28-денного менструального циклу з'явився різкий біль унизу живота праворуч, із запамороченням. Об'єктивно спостерігається: шкіра та слизові оболонки бліді, пульс - 100/хв, АТ — 100/70 мм рт. ст. Під час бімануального дослідження виявлено: склепіння нависають, правий яєчник збільшений до 3×5 см, пастозний, болісний під час пальпації. Який найімовірніший діагноз?

А. Апоплексія правого яєчника

- В. Гострий апендицит
- С. Аномальна маткова кровотеча
- Д. Порущена правостороння трубна вагітність
- Е. Перекрут ніжки кісти правого яєчника

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. Порущена лівобічна трубна вагітність.
- Е. Пухлина лівого яєчника

5) (2019р) Хвора 39 років зі скаргами на гострий біль внизу живота, блювоту, прискорене сечовивипускання. 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?

- A. Рентгенотелевізійна гістросальпінгографія.
- B. Екскреторна урографія.
- C. Трансвагінальна ехографія.
- D. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.
- E. Комп'ютерна томографія

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №6
ТЕМА: «ОПЕРАТИВНА ЛАПАРОСКОПІЯ ПРИ ДОБРОЯКІСНИХ
ПУХЛИНАХ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ».

Мета: Здобувачам необхідно засвоїти основні етіологічні та патогенетичні фактори пухлинних захворювань жіночих статевих органів. Навчитися складати план комплексного обстеження пацієнток з доброякісними пухлинами жіночих статевих органів. Навчитися аналізувати дані лабораторних та інструментальних методів обстеження пацієнток з доброякісними процесами геніталій, обирати правильну тактику ведення даних пацієнток. Знати види та основні етапи оперативних лапароскопічних втручань та вміти визначати об'єм оперативного втручання при лікуванні пацієнток із доброякісними пухлинами жіночих статевих органів.

Основні поняття: Пухлини і пухлиноподібні утворення додатків матки. Оваріоектомія. Резекція яєчника. Тубектомія. Аднексектомія. Міома матки. Консервативна міомектомія. Гістеректомія. Основні етапи операції. Техніка виконання. Передопераційна підготовка та ведення післяопераційного періоду.

План:

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- володіння навичками комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- здатність оцінювати інформацію щодо діагнозу застосовуючи стандартну процедуру, на підставі результатів лабораторних та інструментальних досліджень.
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінка їх результатів.
- здатність виділяти провідний клінічний симптом або синдром: аменорея, анемічний синдром, біль в животі, блідість, геморагічний синдром, дисменорея, маткова кровотеча.

- здатність встановлювати попередній діагноз, здійснювати диференціальну діагностику та визначати клінічний діагноз захворювання: аномальні маткові кровотечі, доброякісні та передракові новоутворення жіночих статевих органів.

- здатність в умовах закладу охорони здоров'я або його підрозділу вести медичну документацію за стандартними вимогами (історія хвороби гінекологічної пацієнтки).

Перелік дидактичних одиниць:

- Пухлини і пухлиноподібні утворення додатків матки.
- Оваріоектомія. Резекція яєчника. Тубектомія. Аднексектомія.
- Міома матки. Консервативна міомектомія. Гістеректомія.
- Основні етапи операції. Техніка виконання.
- Передопераційна підготовка та ведення післяопераційного періоду.

Типові ситуаційні задачі:

Задача 1.

Жінка 40 років звернулася до гінеколога. Скарги на періодичний біль внизу живота, прискорене сечовипускання. Менструації з 13 років, по 5 днів, через 28 днів, безболісні, регулярні, помірні. Остання менструація 3 тижні тому. Вагітностей – 2, пологи – 2, аборти - 0. При бімануальному обстеженні виявлено: тіло матки нормальних розмірів, щільне, горбисте, по передній стінці пальпується щільне округле утворення на ніжці до 5 см, безболісне. Додатки матки з обох боків не збільшені, безболісні. Виділення зі статевих шляхів слизові, помірні. За даними УЗД - субсерозна міома матки. Який метод лікування доцільно запропонувати жінці?

Еталон відповіді: Лапароскопія. Консервативна міомектомія.

Задача 2.

Жінка 34-х років звернулася до лікаря зі скаргами на періодичний тягнущий біль внизу живота, більше зліва. З анамнезу відомо, що жінка зверталась до гінеколога востаннє 2 роки тому, коли була діагностована пухлина лівого яєчника. Було запропоноване хірургічне лікування від якого пацієнтка відмовилась. Менструації з 12 років, помірні, по 5-6 днів, через 30 днів,

безболісні. Вагітності – 2, пологи 1, аборт – 1.

При гінекологічному обстеженні в дзеркалах: шийка матки циліндричної форми, матковий зів – щілеподібний. Бімануальне дослідження: тіло матки не збільшене, безболісне, щільне, рухоме. Додатки зліва – пальпується пухлиноподібне утворення 6 см в діаметрі, чутливе при пальпації, рухоме. Додатки справа без особливостей. Виділення зі статевих шляхів – слизові.

В ході дообстеження було встановлено попередній діагноз: Пухлина лівого яєчника. Результати додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження вказували на доброякісний перебіг процесу. Який метод лікування Ви запропонуєте жінці?

Еталон відповіді: Хірургічне лікування в об'ємі – Лапароскопія. Енуклеація пухлини лівого яєчника.

Типові тестові завдання:

1. Аднексектомія - це:

- A. видалення маткової труби;
- B. видалення яєчника;
- C. видалення матки;
- D. видалення яєчника і маткової труби;
- E. видалення шийки матки.

2. До ендоскопічних методів відноситься:

- A. кольпоцитологія.
- B. метросальпінгографія
- C. лапароскопія.
- D. гістерографія.
- E. зондування порожнини матки.

3. У жінки 28-х років при бімануальному обстеженні виявлено: тіло матки нормальних розмірів, на передній стінці - щільне округле утворення на ніжці, пов'язане з маткою, розмірами в діаметрі до 5-ти см, неболюче, додатки без особливостей. За допомогою УЗД підтверджено діагноз субсерозної міоми матки. Який метод лікування слід запропонувати?

- A. Лапароскопія, міомектомія

- B. Лапароскопічна асистенція вагінальної гістеректомії
- C. Лапароскопія, супрацервікальна гістеректомія
- D. Вагінальна гістеректомія
- E. Лапаротомія, міомектомія.

- **Вірні відповіді:** 1 – Г, 2 – В, 3 – А.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Лікувально-діагностичні ендоскопічні методи лікування у гінекології.
2. Лапароскопія. Показання та умови проведення в діагностиці та лікуванні доброякісних патологій жіночих статевих органів, техніка проведення, ускладнення.
3. Протипоказання і ускладнення лапароскопічних операцій на жіночих статевих органах.
4. Пухлини і пухлиноподібні утворення додатків матки. Види оперативних втручань на додатках матки.
5. Оваріоектомія. Основні етапи операції. Техніка виконання.
6. Резекція яєчника. Основні етапи операції. Техніка виконання.
7. Тубектомія. Основні етапи операції. Техніка виконання.
8. Аднексектомія. Основні етапи операції. Техніка виконання.
9. Міома матки. Методи діагностики та види оперативних втручань при лікуванні доброякісної патології матки.
10. Консервативна міомектомія. Основні етапи операції. Техніка виконання.
11. Гістеректомія. Основні етапи операції. Техніка виконання. Передопераційна підготовка та ведення післяопераційного періоду.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній.
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.

Нетипові ситуаційні задачі:

Задача 1.

Пацієнтка О, 45 років звернулася до гінеколога з приводу рясних менструацій, що переходять у аномальну маткову кровотечу, тягнучого болю внизу живота протягом останніх 2 років. З анамнезу відомо, що жінка на диспансерному обліку у гінеколога з приводу міоми матки. Менструації з 13 років, рясні, безболісні, нерегулярні останні 2 роки. Остання менструація 10 днів тому. Вагітностей 3, 1 пологи, 2 медаборти. При бімануальному дослідженні виявлено: тіло матки неправильної форми, збільшене до 10 тижнів вагітності, щільне, горбисте за рахунок множинних вузлів, рухоме. Додатки матки з обох сторін не збільшені, безболісні. Виділення зі статевих шляхів слизові. За даними УЗД – множинна міома матки.

ЗАК – гемоглобін 92 г/л, еритроцити – $3,2 \times 10^{12}/л$.

Встановіть попередній. Визначте подальшу тактику обстеження та лікування.

Еталон відповіді: Множинна міома матки. ХАМК. Анемія легкого ступеню.

Необхідно провести додатково біопсію ендометрія.

Лікування: хірургічне в об'ємі лапароскопія, гістеректомія без додатків.

Задача 2.

До гінеколога ЖК звернулася жінка 65 років зі скаргами на тягнучий біль внизу живота, більше справа. Менопауза 12 років. Вагітностей - 4, 2 пологи, 2 медаборти. В ході обстеження було діагностовано пухлину правого яєчника. Онкомаркери СА-125, HE4, індекс ROMA – в межах норми. ФГС, колоноскопія, мамографія – без патології. В біоптаті ендометрія – ендометрій атрофічний. Пацієнтці було запропоновано хірургічне лікування. Визначте об'єм оперативного втручання:

Еталон відповіді: Лапароскопія. Правобічна аднексектомія.

Нетипові тестові завдання:

1. При одиночному субсерозному вузлі на ніжці переважно:

- А. консервативне лікування КОК, спостереження;
- В. видалення вузла лапароскопічним доступом за допомогою біполярної електричної енергії;
- С. лапароскопічним доступом з накладенням дворядних вікріловимі швів;
- Д. лапаротомного доступом з накладенням дворядних вікріловимі швів;
- Е. лапаротомного доступом з накладенням однорядного вікріловимі шва.

2. Міомектомію при інтерстиціальному розташуванні вузлів

переважно виконувати:

- А. лапароскопічним доступом з використанням біполярної коагуляції ложа;
- В. лапароскопічним доступом із застосуванням накладення танталових скоб;
- С. лапароскопічним доступом з накладенням однорядного вікріловимі шва;
- Д. лапаротомного доступом з накладенням дворядних вікріловимі швів;
- Е. лапаротомного доступом з накладенням однорядного вікріловимі шва.

3. Вибір хірургічного доступу залежить від:

- А. величини матки;
- В. локалізації міоматозних вузлів;
- С. передопераційної гормональної підготовки;
- Д. оснащення ендоскопічним обладнанням та досвіду хірурга;
- Е. всі відповіді вірні.

4. При доброякісних пухлинах яєчників не проводиться:

- А. сальпінголізіс.
- В. оваріоектомія.
- С. резекція яєчника.
- Д. вилущування пухлини.
- Е. аднексектомія.

5. До жіночої консультації звернулася жінка 40-ка років зі скаргами на порушення менструального циклу за типом аномальної маткової кровотечі протягом півроку, тягнучі болі в нижніх відділах живота, слабкість. В ході

гінекологічного обстеження виявлено: тіло матки збільшене до 12 тижнів вагітності, щільне, рухоме, безболісне. В крові: Нв - 90 г/л. Яке дослідження необхідно провести обов'язково перед вибором тактики лікування?

- A. Гістероскопія с біопсією ендометрія.
- B. Кульдоскопія
- C. Метросальпінгографія
- D. МРТ гіпофіза
- E. Фіброгастроскопія.

Вірні відповіді: 1 – Б, 2 – С, 3 – D, 4 – А, 5 – А.

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

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. Лапароскопічна операція дозволяє провести лікування безпечно, точно та ефективно. При цьому суттєво скорочується період реабілітації та ризик ускладнень, характерних для традиційної порожнинної хірургії.

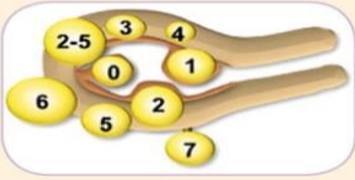
Сучасний стан техніки дозволяє застосувати лапароскопію як для діагностичних цілей (діагностична лапароскопія), так і для оперативного втручання (оперативна лапароскопія) або поєднуватися (діагностично-лікувальна лапароскопія).

Лапароскопія – малоінвазивна оперативна методика лікування та діагностики органів малого тазу. Втручання проводиться без розтину передньої черевної стінки через невеликі проколи.

Оперативна лапароскопія дає змогу діагностувати і лікувати безпліддя, ендометріоз, пухлиноподібні утворення додатків матки, міому матки, позаматкову вагітність й ін. Застосування лапароскопії в гінекології відкрило новий ефективний етап в лікуванні доброякісних пухлин яєчників – дозволяє проводити органозберігаючі операції (резекція яєчника, енуклеація кісти

(пухлини) яєчника) з мінімальною травматизацією тканини та фолікулярного апарату яєчника, що дозволяє максимально зберегти оваріальний резерв.

Класифікація міом матки (FIGO, 2011)

	Суб-мукозная	0	Узел на ножке полностью в полости матки
	Другие	1	<50% узла расположено интрамурально
		2	≥50% узла расположено интрамурально
		3	100% интрамурально, но контактирует с эндометрием
		4	Интрамуральный узел
		5	Субсерозный ≥50% интрамуральный
		6	Субсерозный <50% интрамуральный
		7	Субсерозный на ножке
		8	Другие (например, шейчный узел, паразитарные образования и др.).
Гибридная лейомиома (включает эндометрий и серозную оболочку)	В этом случае две цифры указываются через дефис. При этом первая цифра соответствует отношению узла к эндометрию, вторая — отношению узла к серозной оболочке.		
	2–5	Узел расположен субмукозно и субсерозно. Субмукозно выступает менее половины диаметра узла и субсерозно выступает менее половины диаметра узла.	

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

Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового ендокірургічного втручання (згідно наказу МОЗ України № 620 від 29.12.2003р.)

1. Загальне фізикальне обстеження
2. Визначення групи крові та резус-фактору
3. Аналіз крові на РВ, ВІЛ, Hbs –a/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. Онкоцитологічне дослідження мазків з шийки матки і цервікального каналу або результат патогістологічного дослідження

10. Електрокардіограма

11. ФГ або рентгенографія органів грудної клітини

12. Огляд терапевта

13. Огляд профільними спеціалістами за показаннями

14. Ультразвукове дослідження органів малого таза

15. Кольпоскопія

Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням ургентного оперативного втручання (згідно наказу МОЗ України № 620 від 29.12.2003р.)

1. Загальне фізикальне обстеження

2. Група крові і резус-фактор

Антибіотикопрофілактику проводять під час ввідного наркозу шляхом внутрішньовенного капельного введення антибіотиків. За показаннями проводять повторне введення антибіотиків в післяопераційному періоді через 6-12 годин, а при інфікованих операціях проводиться антибіотикотерапія.

Алгоритм проведення лапароскопії

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 гемостаза, 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, кліпінювання 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.

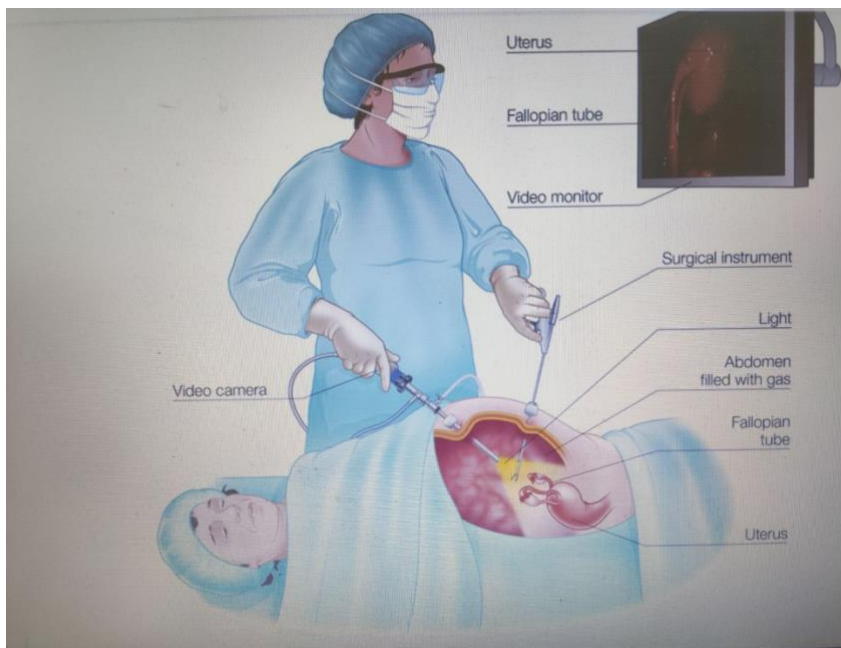


Рис. 1. Оперативна лапароскопія

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 міомектомія

включає 4 основні етапи:

1. гідропрепарування та виділення капсули (рис. 2)
2. енуклеація (вилущування) міоматозного вузла (рис. 3)
3. гемостаз судинного ложа
4. накладання швів для відновлення нормальної анатомії матки (рис. 4)
5. видалення пухлини з черевної порожнини

Гідропрепарування та виділення капсули. Для полегшення виділення міоматозного вузла застосовується гідропрепарування з використанням пункційної голки та 0,25% розчину адреналіну. Даний прийом також дозволяє зменшити обсяг крововтрати при розсіченні тканин.

Для розсічення використовують різні види енергії: електрокоагулятор, лазер, гармонічний скальпель, аргонівий промінь та висічення за допомогою ножиць. Електроніж слід повільно занурювати у тіло матки до тих пір, поки не з'явиться білувата поверхня вузла і не визначиться капсула, як на рисунку 2.

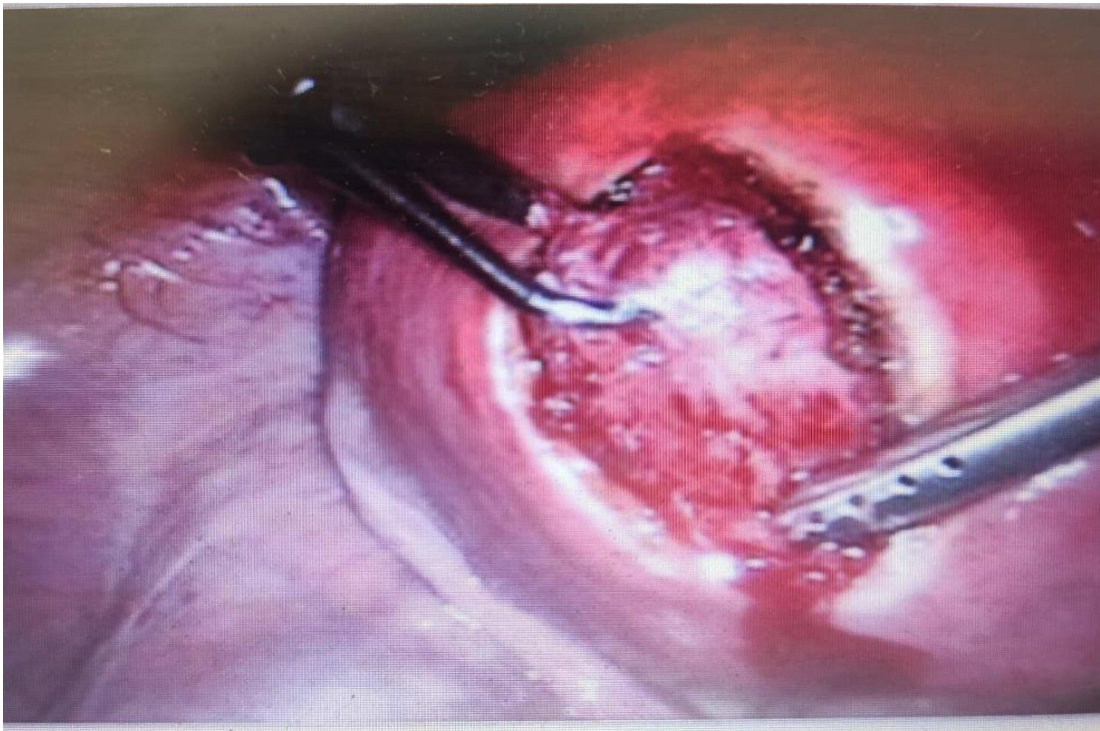


Рис. 2. Виділення капсули міоматозного вузла.



Рис. 3. Вилущування міоматозного вузла.



Рис. 4. Ушивання ложа міоматозного вузла.

Лапароскопічна гістеректомія

Етапи операції:

- 1) Перетин круглих зв'язок матки (рис. 5)
- 2) перетин верхньої частини зв'язкового апарату (рис. 6)
- 3) дисекція сечового міхура (рис. 7)
- 4) перетин попереково-маткових зв'язок
- 5) гемостаз маткових судин (рис. 8)
- 6) відсікання матки від стінок піхви
- 7) вилучення макропрепарату

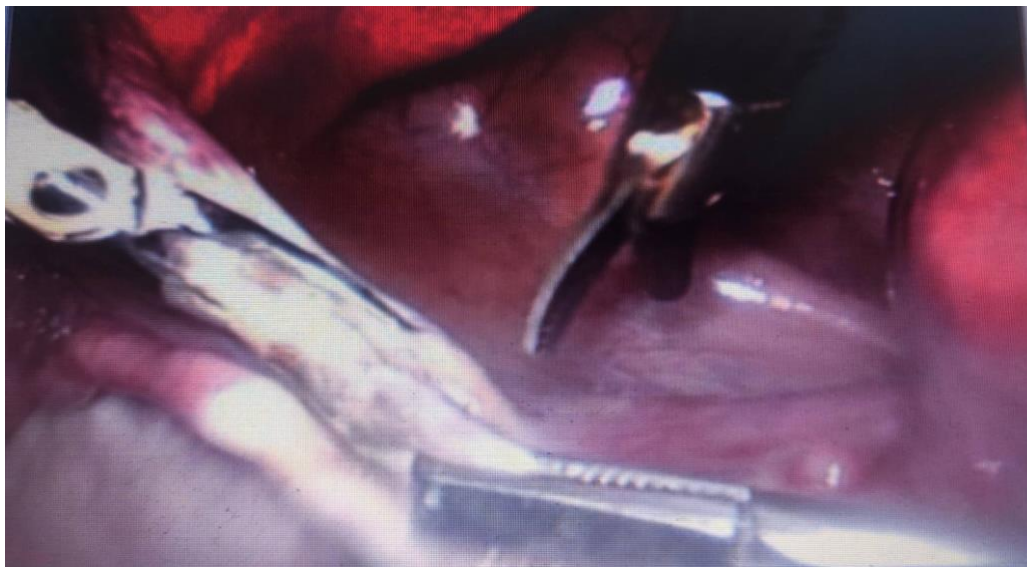


Рис. 5. Перетин круглих зв'язок матки.



Рис. 6. Формування вікна в широкій зв'язці матки.



Рис. 7. Дисекція сечового міхура.



Рис. 8. Коагуляція маткових артерій.

Енуклеація (вилущування) капсули пухлини яєчника (рис. 9)

Виконується за наявності новоутворень яєчника і полягає у його видаленні зі збереженням здорової тканини яєчника.

Тканина яєчника над капсулою пухлини розсікається ножицями, бранші яких розводять, тим самим розширюючи простір між капсулою пухлини та яєчником. Тканина яєчника розсікають на потрібній відстані для подальших маніпуляцій. Пухлину вилущують тупим шляхом і, помістивши в спеціальний контейнер, евакуюють із черевної порожнини. Розтин капсули здійснюється при знаходженні її в контейнері для запобігання розповсюдженню пухлинного вмісту по черевній порожнині. Гемостаз ложа пухлини здійснюється за допомогою електрокоагуляції.



Рис. 9. Енуклеація капсули пухлини яєчника. Етап операції.

Аднексектомія (рис. 10)

Мобілізуються яєчник і маточна труба, коагулюються і перетинаються власна зв'язка яєчника, воронкотазова зв'язка, мезосальпінкс, мезоваріум та матковий кінець труби. Завершальним етапом є ревізія кукс додатковим гемостазом.

Вилучення утворення проводиться або через передню черевну стінку, або через кольпотомний розріз з максимальним дотриманням принципів абластики (за допомогою контейнерів).

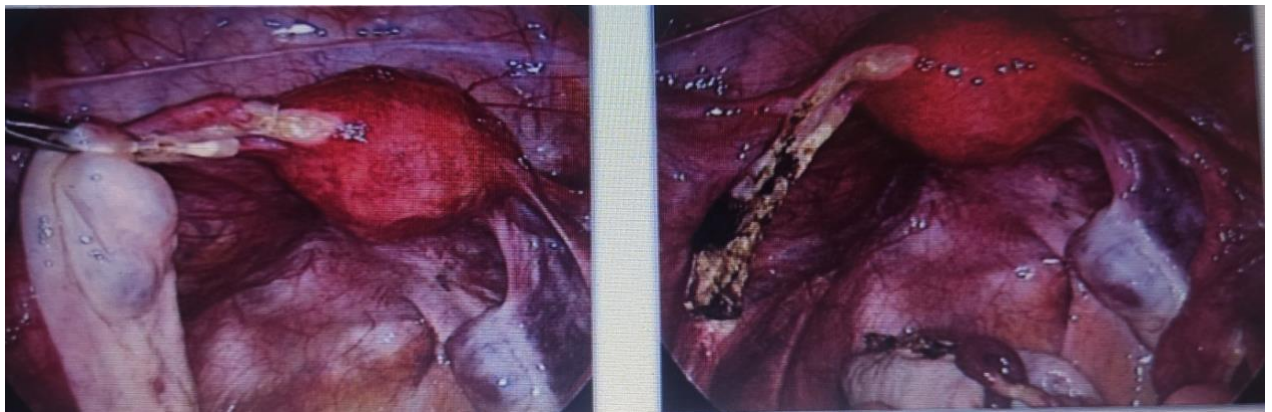


Рис. 10. Аднексектомія. Етапи операції.

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.

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

- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ендоскопічних, МРТ, КТ).
- Виконувати гінекологічне обстеження в симуляційних класах із використанням високотехнологічних тренажерів
- Вміти обґрунтувати діагноз пацієнтки з доброякісними пухлинними утвореннями жіночих статевих органів на підставі скарг, анамнезу, клініки,

проведеної диференціальної діагностики у тематичної хворої (стандартизований пацієнт).

- Вміти надати рекомендації щодо вибору методу хірургічного лікування
- Вміти обґрунтувати необхідний обсяг операції при різних видах міоми матки
- Вміти обґрунтувати необхідний обсяг операції при різних варіантах пухлин яєчників в залежності від характеру пухлини та віку хворої.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

Задача 1.

Хвора 48 років, звернулася з приводу того, що в останні 8–9 місяців менструації дуже рясні, спричиняють анемізацію, порушена працездатність. 2 роки перебуває під наглядом гінеколога з приводу міоми матки. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, чиста, вічко закрите. Тіло матки в нормальному положенні, збільшене до 9–10 тижнів вагітності, з нерівною поверхнею, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не визначаються. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Виділення слизові. Попередній діагноз. Тактика ведення пацієнтки.

Еталон відповіді: Міома матки. Хронічна аномальна маткова кровотеча. Анемія.

Хірургічне лікування в об'ємі Лапароскопічна асистенція вагінальної гістеректомії без придатків.

Задача 2.

Хвора 24 років скаржиться на болі внизу живота, які різко підсилюються перед і під час менструації. Хворіє біля року. До цього часу місячні були нормальними. Статеве життя з 20 років. Два роки тому народила дитину, роди та післяродовий період без ускладнень. Загальний стан не порушений. Т — 36,6°C, Рс — 86 уд./хвилину, АТ-120/70 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. При огляді в дзеркалах: шийка циліндрична, чиста, вічко закрите. Бімануально: матка нормальних розмірів, малорухома. Справа від матки визначається

пухлиноподібне утворення 4 x 6 см, зпаяне з маткою, болісне при пальпації. Зліва придатки без патології. Параметрії вільні. За даними УЗД органів малого таза: пухлиноподібне утворення 4x6 см. Заключення – ендометріюїдна кіста правого яєчника. Пацієнтці запропоновано хірургічне лікування. Визначте який об'єм оперативного втручання показаний пацієнтці

Еталон відповіді: Лапароскопія. Енуклеація капсули кісти правого яєчника.

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2025) Пацієнтка віком 60 років скаржиться на незначні кров'яністі виділення зі статевих шляхів, що з'явилися після 4-х років менопаузи. Під час бімануального дослідження виявлено: шийка матки циліндричної форми, епітелій цілий. Матка в антефлексію, дещо збільшена в розмірах, рухома. Додатки матки не паьпуються, виділення геморагічні. Під час діагностичного вишкрібання порожнини матки отримано мозкоподібний зішкріб. Який найімовірніший діагноз?

- A. Дисфункціональна маткова кровотеча
- B. Аденоміоз матки
- C. Клімактерична кровотеча
- D. Рак тіла матки
- E. Лейоміома матки

2. Пацієнтка віком 15 років скаржиться на періодичний біль внизу живота, зокрема праворуч. Із анамнезу відомо, що менструальна функція не порушена, статевим життям не живе. Під час ректоабдомінального дослідження виявлено: матка не змінена, зліва додатки не визначаються, з правого боку пальпується утворення овоїдної форми, розміром 10x11см з гладкою поверхнею, тугоеластичної консистенції, рухоме, не болюче. Який найімовірніший діагноз?

- A. Апоплексія яєчника
- B. Позаматкова вагітність
- C. Хронічний сальпінгофорит
- D. Пухлина правого яєчника
- E. Гострий апендицит

3. (2020) В ході профогляду встановлено: у жінки 23-х років вагітностей не було. При бімануальному обстеженні виявлено: тіло матки нормальних розмірів, на передній стінці - щільне округле утворення на ніжці, пов'язане з маткою, розмірами в діаметрі до 6-ти см, неболоче, додатки без особливостей. За допомогою УЗД підтверджено діагноз субсерозної міоми матки. Який метод лікування слід запропонувати?

А. Консервативна міомектомія*

Б. Ампутація матки

В. Дефундація матки

Г. Екстирпація матки

Д. Висока надпівхвова ампутація матки

4. (2019) Жінка 32-х років звернулась до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності впродовж 4-х років. У анамнезі: 5 років тому перша вагітність закінчилась штучним абортom. За даними вагінального дослідження та ультразвукового дослідження (УЗД) встановлено діагноз:* ендометріоїдна кіста правого яєчника. Який оптимальний метод лікування?

А. Протизапальна терапія

Б. Терапія андрогенами

В. Консервативна терапія естроген-гестагенними препаратами

Г. Санаторно-курортне лікування

Д. Оперативна лапароскопія*

5. (2019) До жіночої консультації звернулася жінка 40-ка років зі скаргами на порушення менструального циклу за типом гіперполіменореї протягом півроку, тягнучі болі в нижніх відділах живота, слабкість. В ході гінекологічного обстеження тіло матки збільшене до 12 тижнів вагітності, щільне, рухоме, безболісне. В крові: Нb - 90 г/л. Яка патологія є найбільш імовірною?

А. Кістома яєчника

Б. Вагітність

В. Міома матки*

Г. Аномальна маткова кровотеча

Д. Рак тіла матки

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. Сформувати 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.

План:

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

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.

Типові ситуаційні задачі:

1. Первістка має резус – негативний тип крові, ізоантител 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.

Типові 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 $B(III)Rh^-$, у батька новонародженої - $A(II)Rh^+$, у новонародженої - $B(III)Rh^+$. Яка причина анемії?

- A. Конфлікт по антигену
- B. Резус-конфлікт
- C. Конфлікт по антигену B
- D. Конфлікт по антигену АВ
- E. Внутрішньоутробне інфікування

3. Первістка має резус – негативний тип крові, ізоантител 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 - A, 2- B, 3 - C.

2. Обговорення теоретичних питань 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.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів 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.

Нетипові ситуаційні 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: ЗРП 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 кровообігу.

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: Потрібно було накладати 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 дисфункція. 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.

Нетипові тестові задачі:

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?

- А. Лапароскопічну пластику маткових труб
- В. Курси гідротубацій
- С. Стимуляцію овуляції
- Д. Екстракорпоральне запліднення
- Е. 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.

- А. Лапаротомія. Вилучування капсули кісти.
- В. Лапаротомія. Аднексектомія.
- С. Лапароскопія. Аднексектомія.
- Д. Лапароскопія. Енуклеація капсули кісти яєчника.
- Е. Лапароскопія. Тубектомія.

Вірні відповіді: 1 – А, 2 – Д.

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

Лапароскопія 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

Диспропорція МВК - 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 с плодів (частіше у реципієнта)
- V**
- Загибель одного чи обох плодів

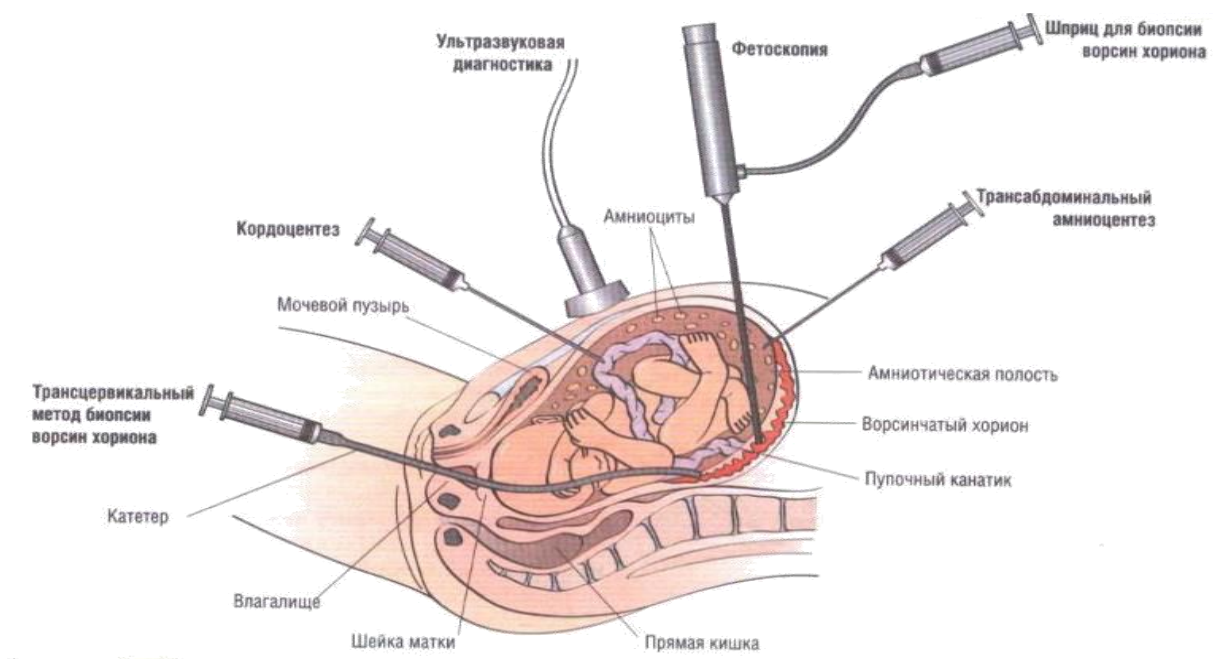
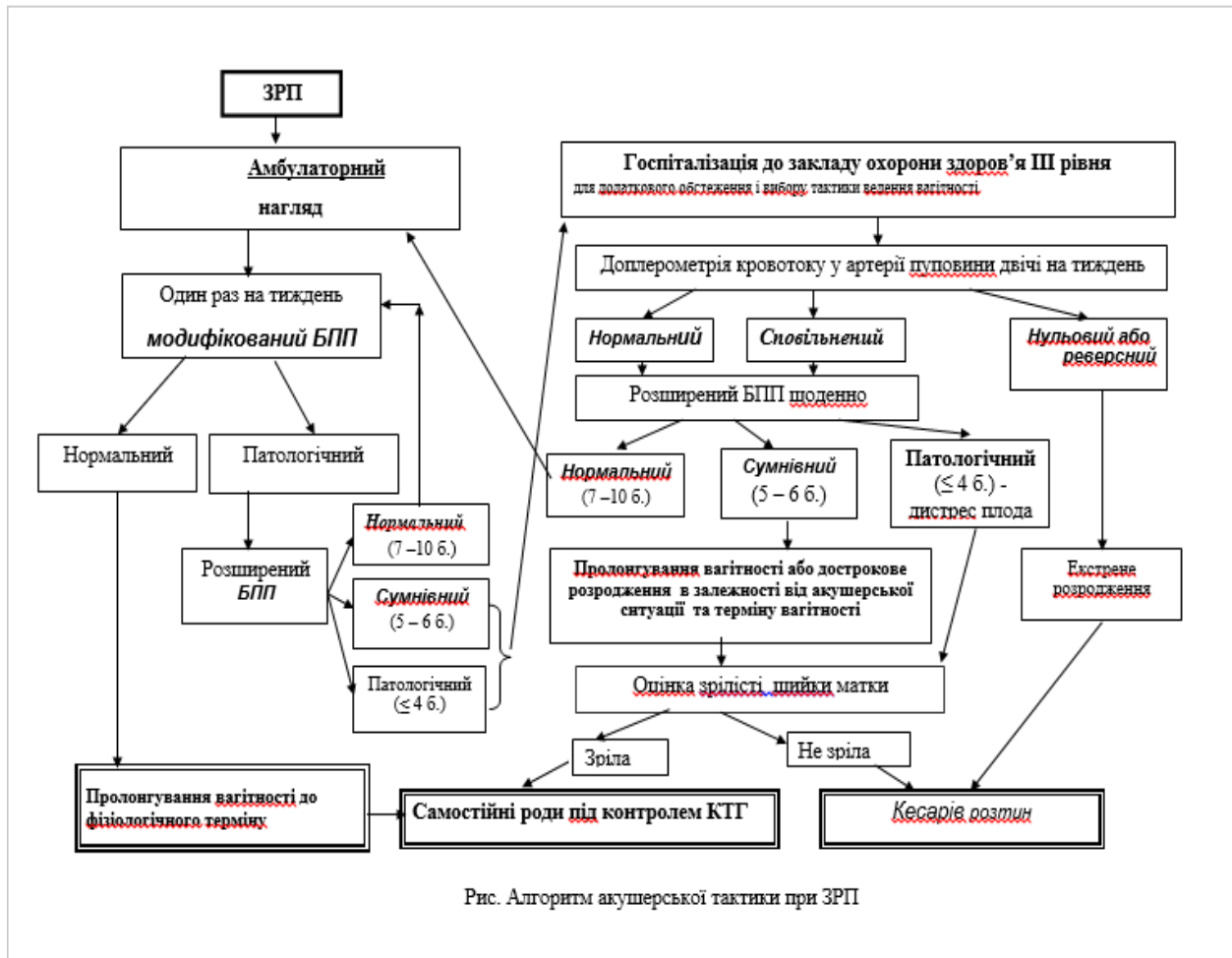
Для практичного застосування більш зручною є така форма:

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	+	-	-	-	-
	II	+	+	-	-	-
Середня	III	+	+	+	-	-
	IV	+	+	+	+	-
Важка	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.

3.3. 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.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

На прийом звернулась жінка 24-х років у терміні вагітності 16 тижнів у зв'язку з репродуктивними втратами в анамнезі (мертвородження, рання дитяча смерть). Дослідження в зв'язку з обтяженим анамнезом не проводилось. В фенотипі вагітної звертають увагу: високий зріст, розвинені молочні залози. При

цитогенетичному дослідженні каріотип жінки - 45,X/46,XX/47,XXX. При ультразвуковому дослідженні плоду виявлені маркерні ознаки хромосомної патології. Яка тактика ведення вагітної?

- A. Проведення інвазивних методів пренатальної діагностики (амніоцентез)
- B. Проведення ультразвукового соматогенетичного дослідження плоду з синдромологічним аналізом
- C. Проведення цитогенетичного дослідження чоловіка
- D. Проведення молекулярно-цитогенетичного дослідження
- E. Переривання вагітності

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 животику 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

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №8

ТЕМА: КОЛЬПОСКОПІЯ В ДІАГНОСТИЦІ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ.

Мета: Ознайомлення з можливостями сучасного ендоскопічного обладнання (кольпоскоп) в діагностиці захворювань жіночих статевих органів (вульви, стінок піхви та шийки матки). Оволодіння базовою технікою кольпоскопії (проста та поширена). Визначення показань та протипоказань до проведення кольпоскопії. Навчити проводити оцінку стану пацієнтки, звернувшись за допомогою, скласти план обстеження з використанням сучасних методів діагностики, аналізувати дані лабораторних та інструментальних методів обстежень при, передракових та злоякісних захворюваннях жіночої статеві системи та визначити попередній діагноз:

Основні поняття: Передракові захворювання шийки матки: класифікація. Проста та розширена кольпоскопія. Принципи проведення. Кольпоскопія під час вагітності. Особливості стану шийки матки при вагітності. Диференційна кольпоскопічна діагностика: децидуоз шийки матки, рак шийки матки.

План:

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

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 визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- здатність виконувати медичні маніпуляції;
- здатність проводити консультування з питань передракових захворювань жіночих статевих органів
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

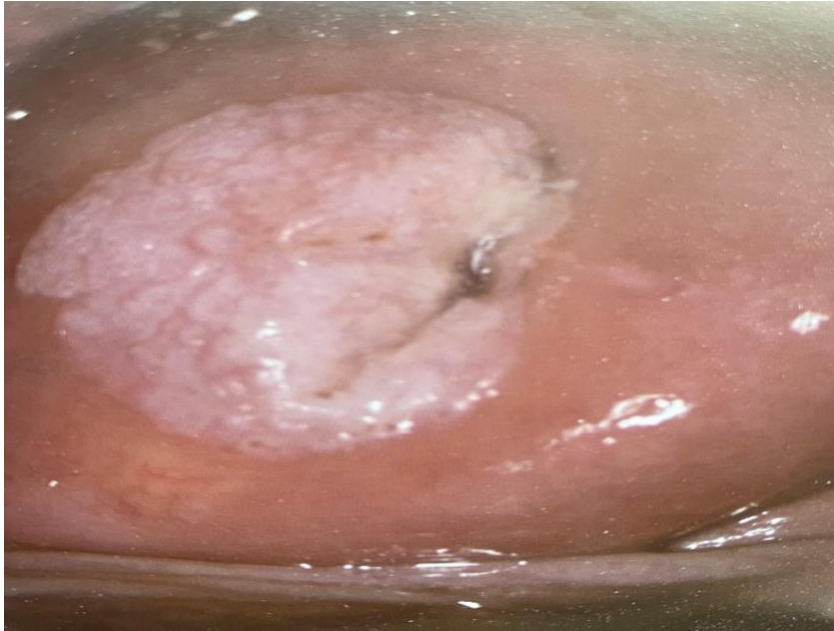
- консультування з питань проєдракові захворювання захворювання шийки матки, зовняшних статевих органів,
- загальний огляд методи обстеження з використанням гінекологічного огляду: в дзеркалах, бімануального огляду, ректовагінального огляду
- оцінка стану слизової шийки матки пацієнтки.
- необхідне обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення щодо використання додаткового методу обстеження та лікування

Типові ситуаційні задачі:

1.Хвора 45 років має скарги на виділення з піхви водянистого характеру та контактні кров'яністі. Останній онкоогляд 5 років тому, виявлена ерозія шийки матки, проведено лікування жировими тампонами. У дзеркалах: шийка матки гіпертрофірована, на обох губах шийки матки відмічаються розростання, які кровоточать при дотику. Вагінально: тіло матки дещо збільшене, рухоме, неболюче, додатки не визначаються. Склепіння піхви, параметрії – вільні. Який з методів є найбільш цінним для підтвердження діагнозу?

Д-з: Кольпоскопія з прицельною біопсією. Мазок на цитоморфологічне дослідження. Біопсія прицільна шийки матки.

Виконана проба з 5% розчином оцтової кислоти, протягом 30-40 секунд Адекватна кольпоскопічна картина. Лінія стику візуалізується повністю у цервікальному каналі. Зона трансформації 2 типу. Локалізація ураження в межах зони трансформації у 4 квадрантах, 50% шийки матки. Аномальна кольпоскопічна картина II ступеня та неспецифічна ознака: Грубий кератоз, груба лейкоплакія, щільний оцтово-білий епітелій.



Кольпоскопічна картина відповідає: Дисплазія епітелія шийки матки важкого ступеня внутрішньоепітеліальна карцинома(HSIL,CIN 3),лейкоплакія

Рекомендовано: Прицільна біопсія шийки матки.



Адекватна кольпоскопічна картина. Лінія стику візуалізується повністю на рівні зовнішнього вічка. Зона трансформації 1 типу. Нормальна кольпоскопічна картина шийки матк, вкрита БПЕ, циркулярно візуалізується метаплазія, поодинокі островці циліндричного епітелію.

Кольпоскопічна картина віжповідає: Варіант норми.

Типові тестові завдання:

1. Дівчина 22-х років прийшла до лікаря на планове обстеження. Вона викурює 1 пачку цигарок у день протягом 5-ти років. Має одного постійного статевого партнера, користуються презервативами. Дідусь по татовій лінії помер від серцевого нападу у 60 років. При фізикальному обстеженні пульс - 78/хв., частота дихання 14/хв., артеріальний тиск - 110/70 мм рт.ст. При аускультації серця вислуховується голосистолічний шум у II 2міжребер'ї зліва від грудини. Яка рекомендація лікаря цій пацієнтці буде найбільш доречною?

- A. Кольпоскопія з біопсією
- B. Пройти ПАП-тест
- C. Скринінг гіперліпідемії
- D. Пройти ПАП-тест та здати аналіз на ВПЛ
- E. Навчитися самообстеженню молочних залоз

2. У пацієнтки 30-ти років на черговому профілактичному огляді у гінеколога на вагінальній частині шийки матки виявлені дрібноточкові утворення у вигляді «глазків» темно-синюшного кольору. Лікар припускає ендометріоз вагінальної частини шийки матки. Який метод дослідження є найбільш інформативним для підтвердження діагнозу?

- A. Кольпоскопія, прицільна біопсія шийки матки
- B. Гормональне обстеження
- C. УЗД органів малого тазу
- D. Вишкрібання слизової стінок порожнини матки
- E. Гістероскопія

Відповіді: 1- B, 2 – A.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

- Класифікація передракових захворювань шийки матки.
- Етіопатогенетичне фактори, що зумовлюють розвиток патології шийки матки. Папіломавірусна інфекція.
- Передракові захворювання шийки матки: етіологія, клініка, діагностика,

лікування

- Методи діагностики передракових захворювань шийки матки. Кольпоскопія. Проба Шиллера.
- Лікувальна тактика при передракових захворюваннях шийки матки, показання до радикальних методів лікування.
- Вакцинація проти ВПЛ-інфекції

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

- Здобувачів групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінеті патології шийки матки, консультуємо за даними кольпофотограм із архиву, даємо завдання:
- I підгрупа – поставити попередній діагноз, при проведенні кольпоскопії
- II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої після проведення кольпоскопії.
- III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. * Хвора 35-ти років, звернулася в гінекологічний стаціонар зі скаргами на періодичні болі в нижніх відділах живота, які посилюються під час менструації, темно-коричневі мажучі виділення зі статевих шляхів. При бімануальному дослідженні: тіло матки декілька збільшено, придатки не визначаються, при огляді шийки матки в дзеркалах виявлені синюшні «глазки».

1) Який діагноз найбільш вірогідний?

Зовнішній ендометріоз шийки матки

2) Алгоритм обстеження: огляд шийки в дзеркалах, мазок на мікроскопію та цитоморфологію, кольпоскопія розширена. Біопсія шийки матки.

Нетипові тестові задачі:

1. До якої гістологічної класифікації відноситься проста лейкоплакія шийки матки?

А. Передракові захворювання

В. Фонові захворювання

С. Рак шийки матки

Д. Аденоматоз

Е. Аденоміоз

2. Виберіть вірну лікувальну тактику при доброякісних і поліповидних утвореннях шийки матки

А. Поліпектомія

В. Роздільне діагностичне вишкрібання

С. Спостереження

Д. Кольпоскопія, цитологія, бактеріоскопія

Е. Місцева терапія, антибактеріальна терапія

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

Захворювання статевих органів діляться на неопластичні (пухлинні) і ненеопластичні(фонові, або передпухлинні). Ненеопластичні поразки зовнішніх статевих органів називаються також дистрофією вульви.

Предракові захворювання ЖСО (жіночих статевих органів) вважаються актуальною та багатоплановою проблемою сучасної медицини. У структурі онкологічної захворюваності пухлини жіночих статевих органів складають 20-30%. Комітетом по раку Міжнародної федерації акушерів-гінекологів, свідчать, що серед нововиявлених хворих 1 стадія визначається лише у 20%, інші 80% хворих звертаються до лікаря при більш розповсюджених стадіях процесу, радикальне лікування загрожує великою кількістю рецидивів і метастазів або взагалі нездійснено. При раку шийки матки, початковій стадії лікування призводить до одужання в 98-100 % випадків, у частини хворих дозволяє зберегти генеративну функцію. Тому профілактика предракових станів є найважливішою актуальним завданням охорони здоров'я.

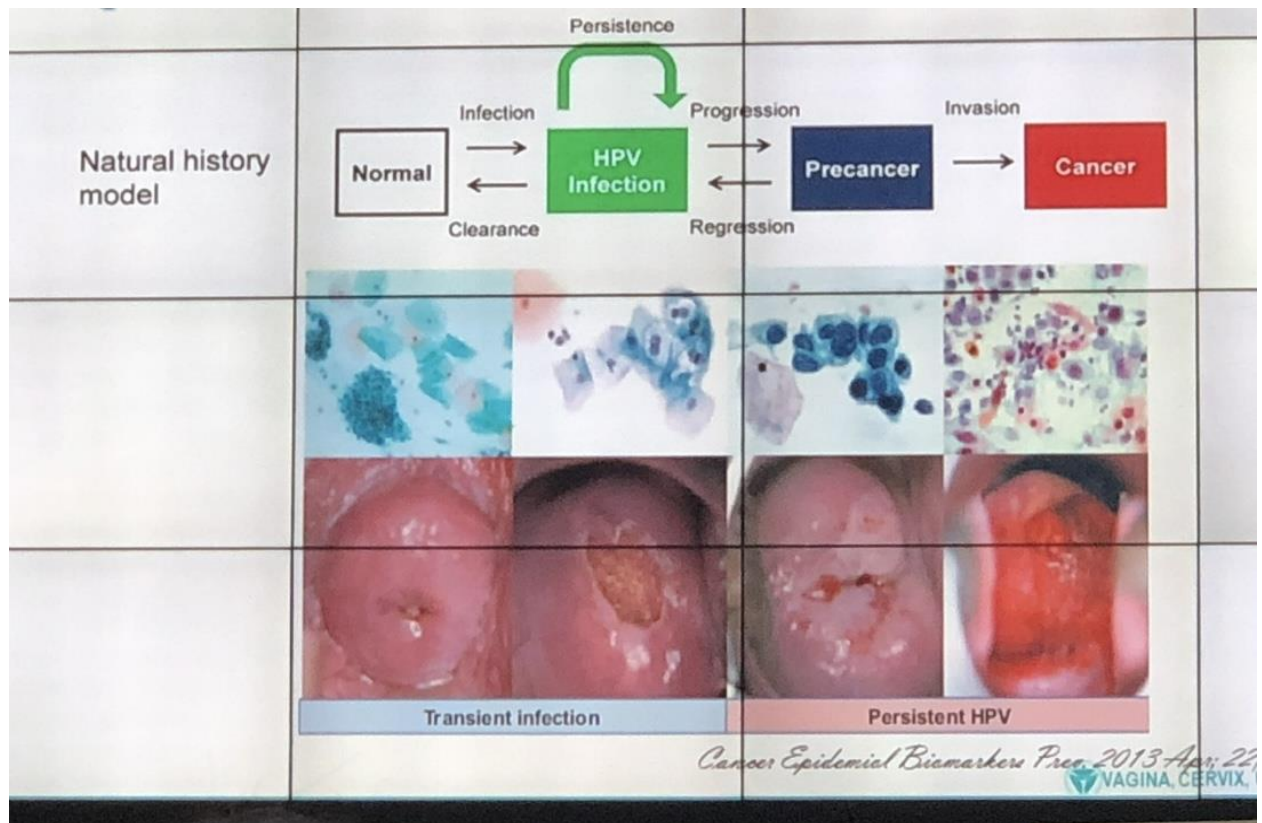
Іншими словами - у вирішення проблеми злоякісних пухлин статевих органів важливий внесок вносить активне виявлення та лікування хворих не тільки з ранніми стадіями злоякісних пухлин, але і з доброякісними пухлинами, а також з перед пухлинними захворюваннями.

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

Предракові захворювання Передракові захворювання шийки матки	Дисплазія шийного епітелію - вогнищеві або поодинокі або множинні патологічні процеси, при яких відзначається гіперплазія, проліферація, порушення диференціювання, дозрівання і відторгнення епітеліальних клітин, що не виходять за межі базальної мембрани.
Ектопія шийки матки	зміщення циліндричного епітелію на зміщення циліндричного епітелію на вагінальну порцію шийки матки.
Поліп цервікального каналу	це є вогнищева проліферація сполучної тканини ендцервіксу, покритої циліндричним епітелієм і виступає в просвіт цервікального каналу або за його межі і являють собою сполучнотканинні вирости, вкриті епітелієм.
Папілома шийки	форма поражения шейки матки и характеризуется очаговыми разрастаниями стромы и многослойного эпителия с ороговением. В их возникновении определённую роль играют вирусные инфекции и хламидиоз
Канділома шейки матки	аномальні розростання многослойного плоского епітелію за типом акантоза (занурення ороговевающих епітеліальних острівців в підлягає

	тканину між сполучнотканинними сосочками) з видовженими сосочками.
Дисплазія епітелія шийки матки (цервікальна інтраепітеліальна неоплазія, ЦИН, cervical intraepithelial neoplasia, CIN	характеризується вираженою проліферацією атипові епітелію шийки матки з порушенням його шаруватості без залучення в процес стромі і поверхневого епітелію патологічний процес ороговіння поверхневих шарів багат шарового епітелію
Лейкоплакія	В основі розвитку лейкоплакії лежать гістологічні зміни: гіперкератоз, паракератоз, акантоз. кого епітелію шийки матки
Дисплазія вульви (вульварна інтраепітеліальна неоплазія, vulvar intraepithelial neoplasia, VIN	характеризується порушенням дозрівання і нормального зроговіння клітин без інвазії в стромі

- Проводити гінекологічне обстеження (в дзеркалах, бімануальне, ректальне, ректовагінальне).
- Збирати спеціальний гінекологічний анамнез, оцінювати результати лабораторного обстеження.
- Проводити забір матеріалу з піхви, шийки матки, цервікального каналу та уретри для цитологічного і бактеріоскопічного дослідження.
- Оцінювати результати цитологічного, гістологічного, вірусологічного та бактеріологічного досліджень.
- Оцінювати результати ультразвукового дослідження органів малого таза
- Оцінити протокол кольпоскопічного дослідження шийки матки і вульви
- Скласти план обстеження хворої при різних нозологічних видах фонової і передраковій патології.



Предракові захворювання шийки матки

До групи передракових станів належать вогнищеві поодинокі або множинні проліферати явищами атипії клітин

1. Дисплазія,
2. Лейкоплакія з атипією клітинних елементів,
3. Аденоматоз
4. Поліп шийки матки

Класифікація передракових станів шийки матки

Дисплазія епітелія шийки матки (цервикальна інтраепітеліальна неоплазія, ЦІН, cervical intraepithelial neoplasia, CIN) характеризується вираженою проліферацією атипового епітелію шийки матки з порушенням його шаруватості без залучення в процес стромы та процес зроговіння поверхневих шарів багатошарового плоского епітелію шийки матки.

Цервікальна інтраепітеліальна неоплазія - (CIN) розподіляється:

CIN I слабка, CIN II помірна, CIN III тяжка 2

За класифікацією БЕТЕСДА (ТБС):

Предракові зміни

CIN 1+ПВИ (койлоцитоз, атипія, плоска кандилома) = LSIL	LSIL – плоскоклітинні інтраепітеліальні ураження низького ступення
CIN II-III cr.in situ = H-SIL	HSIL-плоскоклітинні інтраепітеліальні ураження високого ступення

Порушується нормальне диференціювання та стратифікація через гіперплазію базальних і парабазальних клітин без подальшої диференціації. Отже, з'являється клітинна та тканинна атипія.

Чинники ризику розвитку дисплазії шийки матки:

- Ранній початок статевого життя (14-17 років), коли епітелій шийки матки, що не дозрів і легко піддається онкогенному впливу.
- Часта зміна статевих партнерів.
- Аборти і пологи в молодому віці (травматизація шийки матки).
- Захворювання, які передаються статевим шляхом (папіломавірус VPH 16-18 типа, трихомоніаз, хламідіоз, уреаплазмоз, гонорея та ін.).
- Тютюнопаління.

Децидуоз шийки матки вагітної. Під час вагітності відбуваються фізіологічні перебудови, наслідком чого є зміни у цитологічних, гістологічних та кольпоскопічних картинах. Такі зміни, що обумовлені вагітністю, можуть бути причиною діагностичних помилок. Підвищена васкуляризація строми призводить до синюшності шийки матки. У II триместрі вагітності у понад 90% пацієнток . Васкуляризація добре візуалізується під час кольпоскопії, подеколи кольпоскопічно нагадуючи патологію високого ступеня аномалії. Відбувається гіперплазія та гіпертрофія сосочків слизової цервікального каналу і посиленням секреторної активності циліндричного епітелію з утворенням густого слизу. В ендоцервіксі посилюється складчатість, з'являються нові крипти.

Мета кольпоскопії у вагітної жінки – виключити наявність інвазивного раку, визначити необхідність проведення прицільної біопсії, оскільки рак шийки матки під час вагітності несе загрозу для здоров'я матері та дитини.

Загальноприйнятим стандартом є цитологічний скринінг жінок під час першого огляду з приводу вагітності.

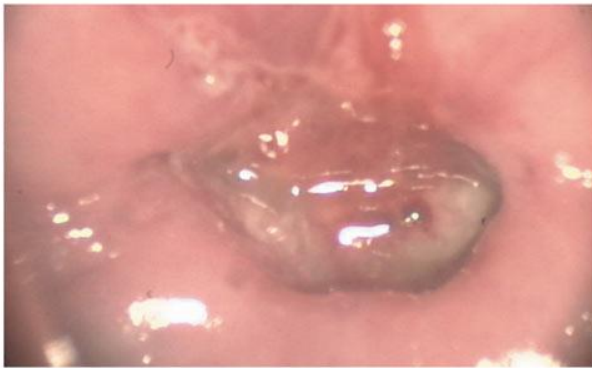


Рис. 7. Кольпофотограма. 3б.х6.
Децидуоз шийки матки. Децидуальний поліп
у цервікальному каналі з невеликим крововиливом.
Вагітність 8 тиж.



Рис. 8. Кольпофотограма. 3б.х6.
Децидуоз шийки матки. Децидуальний поліп
у цервікальному каналі з крововиливом. Децидуальні
валики навколо відкритих залоз (на 12 та на 4 год).
Пухлиноподібна форма. Вагітність 16 тиж.

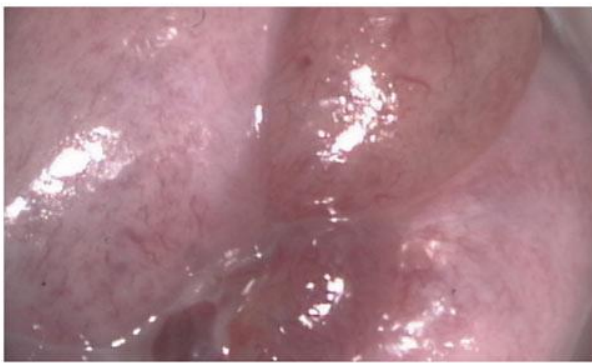


Рис. 9. Кольпофотограма. 3б.х6.
Децидуоз шийки матки, пухлиноподібна форма,
атипові судини. Вагітність 12 тиж.

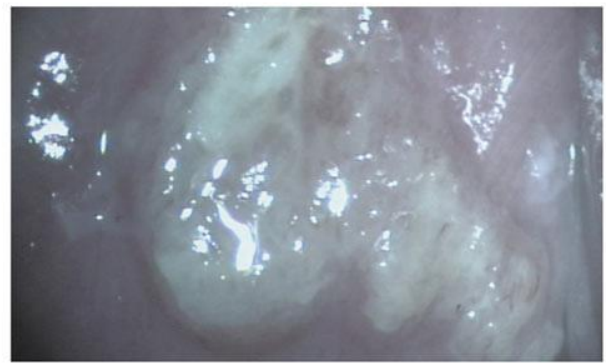


Рис. 10. Кольпофотограма. 3б.х6.
Децидуоз шийки матки, пухлиноподібна форма.
Вагітність 14 тиж.

Методи діагностики:

1.Огляд в дзеркалах:

2.Мазок на цитоморфологічне дослідження

- класичний (екзоцервікс та ендцервікс)
- на основі рідинної цитоморфології.

Це безболісна процедура. Лікар виводить у дзеркалах шийку матки потім м'якою щіточкою робить круговий дотичний рух по епітелію зони трансформації шийки матки.



Процес забору цитологічного мазка. Зона трансформації шийки матки 1-го типу. Лінія стику багатошарового плоского та циліндричного епітелію візуалізується повністю.

Після цього отриманий клітинний матеріал переносять зі щіточки на скло або в ємність зі спеціальним розчином і відправляють до лабораторії. У лабораторії після приготування й забарвлювання препарату лікар-цитолог вивчає будову клітин і дає висновок — нормальний мазок чи патологічний.

Клас за системою «Бетезда 2001»	Тлумачення	Відпо-відність типу мазку	Тактика
Негативний на інтраепітеліальні ушкодження та неоплазію (NILM)	Нормальний стан сквамозного епітелію, що відповідає віку та стану жінки (вагітність стан після пологів, менопауза, пубертатний вік, прийом гормональних препаратів, внутрішньо маткова спіраль) без видимих змін епітелію, підозрілих на диспластичні. Ця категорія також включає запальні та реактивні зміни сквамозного епітелію, що виникли внаслідок наявності бактеріальних, грибкових або вірусних (вірус простого герпесу) агентів. До цієї	I або II	Рекомендовано дотримуватися звичайної програми гінекологічного скринінгу із повторним ПАП-тестом через 1 рік – для жінок віком до 30 років та через 2 роки – для жінок віком понад 30 років.

	категорії також включено шифт бактеріальної флори у бік вагінозу.		
Атипові сквамозні клітини з невизначеними ознаками (ASC – US)	Зміни сквамозного епітелію, що не можуть бути пов'язані із запальним процесом, чи дією будь-яких факторів, описаних вище, але не повністю відповідають картині диспластичного процесу. Ця категорія належить до зворотних змін, ймовірно пов'язаних із ВПЛ-інфекцією.	II – III a	Рекомендовано спостереження повторним ПАП-тестом через 6 місяців. Капсидний тест для визначення прогнозу регресії дисплазії.
Сквамозні інтраепітеліальні ураження низького ступеню (LSIL)	Зміни сквамозного епітелію з ознаками легкої дисплазії. Ця категорія належить до зворотних змін, спричинених ВПЛ-інфекцією.	IIIa	Рекомендовано спостереження повторним ПАП-тестом через 6 місяців. Капсидний тест для визначення прогнозу регресії дисплазії
Атипові сквамозні клітини, не можна виключити HSIL, (ASC – H)	Зміни сквамозного епітелію з невизначеними, коли не можна виключити важку дисплазію. Ця категорія належить до не зворотних змін, спричинених дією ВПЛ-інфекції та потребує радикальної тактики лікування.	III	Рекомендовано спостереження повторним ПАП-тестом через 6 місяців. Капсидний тест для визначення прогнозу регресії дисплазії.
Сквамозні інтраепітеліальні ураження високого ступеню (HSIL)	Зміни сквамозного епітелію важкого ступеню ураженості. До цієї категорії належать важкі дисплазії, а також карцинома in situ. Це	III-IV	Рекомендовано кольпоскопію з відбором біопсій диспластичних ділянок шийки матки для

	незворотні стани, що потребують хірургічного втручання, об'єм якого визначається на підставі гістологічного висновку.		подальшого гістологічного аналізу із визначенням поширеності дисплазії, контролем наявності/відсутності інвазії та об'єму хірургічного лікування.
--	---	--	---

Дослідження шийки матки при аномальній клітинній морфології мазка за Папаніколау включає такі методики:

- проста і розширена кольпоскопія;
- прицільна біопсія шийки матки;
- вишкрібання слизової оболонки цервікального каналу (ендоцервікальний кюретаж);
- прицельна та поширена конусовідна біопсія шийки матки

Проста кольпоскопія — огляд шийки матки після видалення виділень з поверхні без застосування медікаментозних средств.

Розширена кольпоскопія проводиться після нанесення на пухвову частину шийки матки 3 % розчин оцетної кислоти (оцтова кислота коагулює білок і аномальні клітини, в яких міститься більш білка, виглядають оцтово-білими), а після 2 % розчин Люголя. Після обробки 3 % розчином оцетної кислоти незмінений епітелій змінює на бліду окраску, при нанесенні 2 % розчину Люголя (**проба Шиллера**) поверхність пухвової частина шийки матки рівномірно пофарбована в темно-коричневий колір. В нормі йод-позитивна, якщо не пофарбована йод-негативна.

Прицільна біопсія: Забір матеріалу з патологічної ділянки поверхні шийки матки проводиться при використанні конхотому, під контролем кольпоскопічного дослідження.

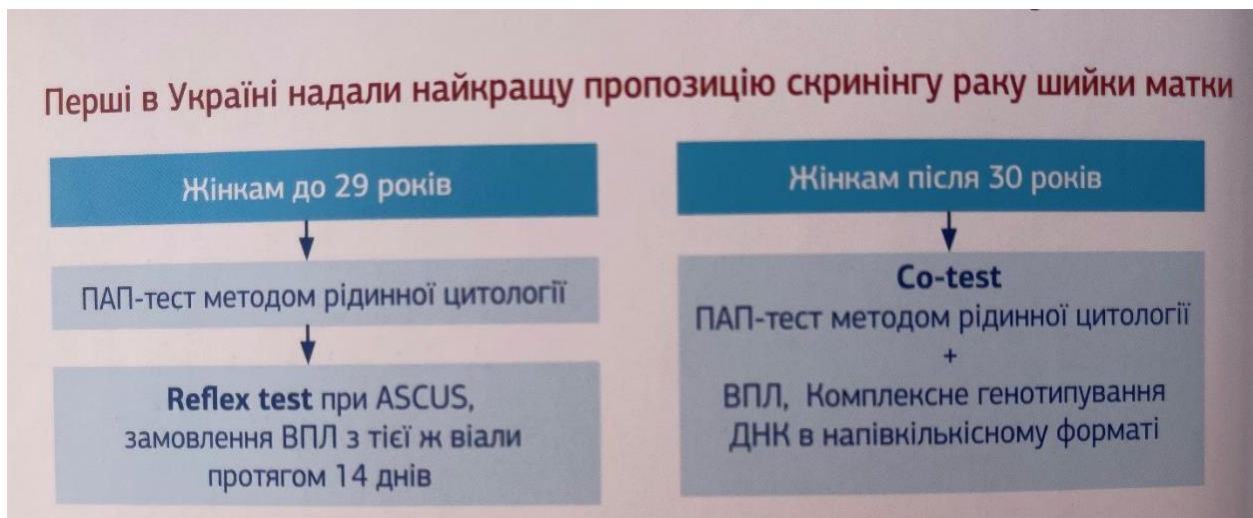
Методи лікування захворювань шийки матки

1. Консервативні – курс протизапальної терапії.
2. Хірургічні:

- локальна деструкція (аргоноплазменакоагуляція, діатермокоагуляція, кріодеструкція, лазерна деструкція);
- радикальне оперативне втручання (ексцизія патологічних ділянок шийки матки, ампутація шийки матки, трахелектомія, гістеректомія).

3. Комбінова

Первинна профілактика РШМ заключається в проведенні заходів по відношенні до осіб, які не мають ознак захворювання, з метою попередження його розвитку в подальшому.



Первинної профілактики РШМ є вакцинація дівчаток-підлітків до початку статевого життя. Вакцини: Церварікс(2 х валентна), Гардаксіл(4-9 валентні).

Вторинна профілактика РШМ заключається в ранньому виявленні і лікуванні жінок, які мають передракові зміни на шийці матки з метою попередження, в подальшому, розвитку інвазивного раку.

Третинна профілактика РШМ представляє собою комплексне чи комбіноване лікування, що включає оперативне втручання в поєднанні з променевою і хіміотерапією.

Алгоритм виконання практичних навичок.

Огляд шийки матки у дзеркалах, забір матеріалу для цитоморфологічного 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) взяти гінекологічне дзеркало в домінуючу руку;
- 9) пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести закрите дзеркало в піхву, не торкаючись уретри та клітора;
- 10) гінекологічне дзеркало розвернути в піхві та відкрити для огляду шийки матки;
- 11) оцінити стан вагінальної частини шийки матки та стінок піхви:
 - колір та стан слизової оболонки піхви (гіперемія, набряк)
 - характер піхвових виділень (фізіологічні, патологічні)
 - форму шийки матки (конічна, циліндрична)
 - довжину піхвової частини шийки матки (см)
 - форму зовнішнього вічка цервікального каналу (кругла, щілиноподібна,
 - наявність розривів)
 - характер виділень з цервікального каналу (слизові, кров'яні, гнійні, водянисті)
- 12) взяти предметне скло, що промаркеровано Ш (екзоцервікс) та Ц (ендоцервікс);
- 13) провести забір матеріалу для цитоморфологічного дослідження:
- 14) шпателем Ейра (або зігнутою на 90° цитощіткою) провести зішкріб з поверхні шийки матки шляхом проведення повного оберту (на 360°), матеріал нанести на предметне скло широким штрихом, тонким та рівномірним мазком під позначкою Ш (екзоцервікс);
- 15) ввести цитощітку в цервікальний канал, провернути її на 360° 2-3 рази, зібраний матеріал обертальними рухами навколо своєї осі нанести на предметне скло під позначкою Ц (ендоцервікс);
- 16) обережно видалити дзеркало;
- 17) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 18) подякувати пацієнтці;
- 19) зняти оглядові рукавички;

20) вимити руки.

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

- Провести консультування жінок з питань патологічних виділень під час статевих контактів
- Оцінити пацієнтку.
- Підібрати метод лікування у підлітків, у жінок репродуктивного віку, у Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.
- Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

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

Нетипові ситуаційні задачі:

Хвора 48-ми років висуває скарги на контактні кровотечі. При огляді в дзеркалах виявлено гіпертрофію шийки матки. Остання має вигляд «цвітної капусти», легко травмується, щільна. При бімануальному огляді: склепіння вкорочені, тіло матки малорухоме. Який план обстеження? Який вірогідний діагноз?

1. План обстеження. (Огляд в дзеркалах, кольпоскопія, прицільна біопсія, конусовідна біопсія, ФДВ сл. матки.)
2. Д-з: Рак шийки матки.

Нетипові тестові завдання:

Хвора 45 років скаржиться на контактні кровотечі на протязі останніх 5 місяців. При огляді в дзеркалах: шийки матки гіпертрофована, має вигляд кольорової капусти, кровоточить при доторканні зондом. Бімануальне дослідження: шийка щільної консистенції. Тіло матки не збільшено, рухоме. Придатки не пальпуються. параметрії вільні. Склепіння глибокі. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. *Рак шийки матки.
- B. Рак тіла матки.

- C. Фіброматозний вузол, що народжується.
- D. Шийкова вагітність.
- E. Поліпоз шийки матки.

Тестові завдання КРОК-2:

1. Здорова жінка 47-ми років прийшла до свого гінеколога на планове взяття мазку Папаніколау. Скарг не має. Викурює 20 сигарет на день протягом 30-ти років (індекс паління - 30 пачко/років). Рік тому самостійно зробила аналіз крові на визначення концентрації загального холестерину, ЛПНЩ, ЛПВЩ та тригліцеридів. Усі показники аналізу в межах норми. При фізикальному обстеженні температура - 37°C. пульс - 76/хв., частота дихання - 13/хв., артеріальний тиск - 120/70 мм рт.ст. Аускультативних змін у легенях не виявлено. Лабораторні показники без відхилень. Який наступний крок є найбільш доречним?

- A. Колоноскопія через 1 рік
- B. *Мамографія через 3 роки
- C. Низькодозова КТ легень через 3 роки
- D. Кольпоскопія після ПАП-тесту
- E. Визначення загального холестерину та ЛПВЩ через 2 роки

2. Дівчинка 12 років знаходиться на профілактичному огляді у дитячого гінеколога. Патології не виявлено, скарг немає. Який профілактичний захід розвитку новоутворень статевих органів в репродуктивному віці рекомендований дівчатам до початку статевого життя?

- A. *Вакцинація від ВПЛ (вірус папіломи людини)
- B. Застосування імуномодуляторів
- C. Прийом вітамінів
- D. Протівірусні засоби
- E. Регулярні профогляди.

3. Пацієнтка 17 років звернулась до лікаря. Планує почати статеве життя. Даних за наявність гінекологічної патології не виявлено. Сімейний анамнез обтяжений: у бабусі рак шийки матки. Які рекомендації найбільш актуальні щодо профілактики виникнення раку шийки матки?

- A. *Вакцинація проти підтипів ВПЛ 16 та 18 (вірус папіломи людини)
- B. Прийом вітамінів, кальцію, омега-3
- C. Застосування імуномодуляторів
- D. Протівірусні засоби
- E. Профілактика захворювань, що передаються статевим шляхом

4. Підведення підсумків:

Поточний контроль: усне опитування, оцінювання комунікативних навичок під час рольової гри, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті.

Підсумковий контроль: залік.

Оцінювання поточної навчальної діяльності 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. Оцінювання роботи із пацієнтами з теми заняття:

- методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнткою б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень перед використанням контрацептивного засобу в) вміння проведення консультування з питань планування сім'ї.
- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті

Оцінка	Критерії оцінювання
«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, бере активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє навички проведення консультування з питань планування сім'ї та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень перед використанням контрацептивного засобу, висловлює свою думку з теми заняття,

	демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє навички проведення консультування з питань планування сім'ї та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень перед використанням контрацептивного засобу з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє навички проведення консультування з питань планування сім'ї та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень перед використанням контрацептивного засобу з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє навички проведення консультування з питань планування сім'ї та правильного призначення лабораторних та інструментальних досліджень перед використанням контрацептивного засобу.

Здобувач допускається до заліку за умови виконання вимог навчальної програми та в разі, якщо за поточну навчальну діяльність він отримав не менше 3,00 балів.

Залік

По завершенню вивчення дисципліни здійснюється залік. До підсумкової атестації допускаються лише ті здобувачі вищої освіти, які не мають академічної заборгованості і мають середній бал за поточну навчальну діяльність не менше 3,00. Якщо дисципліна закінчується заліком, підраховується тільки середній бал поточної успішності, тобто середнє арифметичне всіх отриманих оцінок за традиційною шкалою, округлене до двох знаків після коми, яке конвертується за 200-бальною системою. При цьому, у відповідну документацію записується середній поточний бал, який конвертується за 200-бальною шкалою та виставляються оцінка за 2-бальною шкалою («зараховано» або «не зараховано»):

- оцінка «зараховано» виставляється здобувачу, який виконав навчальний план дисципліни, не має академічної заборгованості; рівень компетентності – високий (творчий);
- оцінка «не зараховано» виставляється здобувачу, який не виконав навчальний план дисципліни, має академічну заборгованість (середній бал нижче ніж 3,0 та/або пропуски занять); рівень компетентності – низький (рецептивно-продуктивний).

Список рекомендованої літератури:

Основна:

1. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. – Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV р.а.) / за ред. В.І. Грищенка, 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. Медичні критерії прийнятності для використання методів контрацепції: 5 –е видання. Методичні рекомендації. - Geneva: World Health Organizathion; 2015
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.

Додаткова:

1. Гінекологія: керівництво для лікарів / В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
2. Планування сім'ї: універсальний посібник для постачальників послуг із планування сім'ї. Оновлене 3-тє видання 2018 р. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021

3. Збірник ситуаційних задач та тестових завдань з гінекології: навчальний посібник / А.Г.Волянська, Г.Л. Лавриненко, Н.А. Бикова та ін.; за ред. проф. І.З. Гладчука. – Одеса: Олді+, 2024. - 310с.
4. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF. Steroidal contraceptives: effect on carbohydrate metabolism in women without diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Nov 12; 2019 (11).
5. 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.
6. 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.
7. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. poradnik / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. 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.

12. Наказ МОЗ України № 59 від 21.01.2014 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Планування сім'ї».

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
7. <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
8. <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
9. <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
12. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
13. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
14. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
15. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
16. www.bundesärztekammer.de – Німецька медична асоціація
17. www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я