

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**

на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Завідувач кафедри

д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ  
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Лапароскопія в діагностиці та лікуванні гінекологічної патології</b>  (код курсу 12.1.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

ПОЛТАВА

## I. Науково-методичне обґрунтування теми

За останні роки в практичній гінекології відбулося ряд змін у переусвідомленні напрямків надання допомоги жінкам на принципах доказової медицини, більш гуманістичному ставленні у цей період до жінки й уникненні фармакологічної та лікарської агресії, що сприяло більш фізіологічному перебігу становлення репродуктивної функції, зниженню частоти ускладнень, швидкій психологічній адаптації жінки до материнства.

## II. Навчально-виховні цілі

*Для формування умінь курсант повинен знати:*

- 1.Класифікацію жіночих статевих органів.
- 2.Будову жіночих статевих органів.
- 3.Функції жіночих статевих органів.
- 4.Циклічні зміни в організмі жінки.
- 5.Сучасні методи діагностики, які використовуються в гінекології;
6. Застосування лапароскопії в діагностиці і лікуванні гінекологічної патології.
- 7.Тести функціональної діагностики яєчників;
- 8.Лапароскопічні методи лікування непліддя.
- 9.Оцінити результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.

*У результаті проведення заняття курсант повинен уміти:*

- 1.Зібрати гінекологічний та соматичний анамнез;
- 2.Провести загальний огляд пацієнтки;
- 3.Провести гінекологічне обстеження.
- 4.Взяти мазки на флору та цитологію;
5. Визначити показання та протипоказання для лапароскопії в діагностиці і лікуванні гінекологічної патології.

## III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

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

## IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<b>I. Попередні:</b>		
Фізіологія	Знати функцію статевих органів	Провести тести функціональної діагностики.
Анатомія	Клінічна анатомія та фізіологія яєчників	
Топографічна	Пошарова будова передньої	Виконати лапаротомію на трупі

анатомія	черевної стінки	
<b>II. Наступні дисципліни</b>		
Анестезіологія	Методи знеболення при лапароскопічних операціях	Догляд за хворими в післяопераційному періоді
<b>III. Внутрішньопретметна інтеграція</b> Діагностична та лікувальна лапароскопія	Анестезіологічна допомога при лапароскопічній операції. Особливості ведення післяопераційного періоду після лапароскопічної операції	Техніка виконання лапароскопії

## V. Зміст навчального матеріалу ЛАПАРОСКОПІЯ

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

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

### ***Показання для проведення лапароскопії в ургентному порядку:***

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

### ***Показання для проведення лапароскопії у плановому порядку:***

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

9. Вибір доступу та визначення обсягу оперативного втручання при неуточнених пухлинах органів малого тазу.

### ***Противпоказання до проведення лапароскопії:***

*Абсолютні:*

1. Захворювання серцево-судинної та дихальної системи в стадії декомпенсації.

2. Гостра та хронічна печінкова та ниркова недостатність.
3. Шокові та коматозні стани.
4. Розлитий перитоніт.

*Відносні:*

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

#### ***Лапароскопія в діагностиці і лікуванні жіночого непліддя***

Використання лапароскопії і гістероскопії допомагає не тільки визначити причину неплідності, але й провести хірургічне втручання. Це дозволяє значно зменшити утворення післяопераційних спайок і зрощень та збільшити кількість позитивних результатів. Зрозуміло, що метод лікування кожної хворої підбирається індивідуально. У зв'язку з постійним удосконаленням лікувальної і діагностичної апаратури, з кожним роком розширюються можливості оперативних втручань без розрізу черевної стінки, тобто з використанням лапароскопії. Незважаючи на об'єктивні труднощі, пов'язані з придбанням сучасної апаратури, кожен рік у відділенні перебувають на лікуванні понад 1000 пацієнток, проводиться понад 300 великих хірургічних операцій і 200 лапароскопій.

Аналіз обстеження у відділенні 8000 подружніх пар засвідчив, що основною причиною виникнення вторинної неплідності є аборти (62,4 %), перенесені в минулому порожнинні операції (33,2 %), у тому числі — операції з приводу позаматкової вагітності (16,49 %), і пологи (4,3 %). Трубно неплідність часто поєднується з полікістозом яєчників (43,3 %), ендометріозом (23,7 %), фіброміомою матки (11,4 %), аномаліями розвитку статевих органів (4,3 %) та іншими захворюваннями.

Реконструктивні операції при трубній неплідності мають різні варіанти втручання: сальпінгооваріолізис, фібріопластику, сальпінгостомію, сальпінго-сальпінгоанастомоз, неосальпінгостомію та імплантацію труби в матку. Найчастіше ці операції поєднуються між собою або доповнюються клиноподібною резекцією чи термокаутеризацією яєчників, енуклеацією або вопаризацією фіброматозних вузлів чи ендометріозу. При аномаліях розвитку матки широко застосовується метропластика. У післяопераційному періоді проводиться профілактика спайкового процесу, антибіотикотерапія, застосовується внутрішньосудинне гелій-неонове лазерне опромінення крові, лікувальні гідротубації. Через 1,5–2 місяці після операції проводиться реабілітаційна терапія та перевірка прохідності маткових труб (діагностична або хірургічна лапароскопія). Ефективність хірургічного лікування перебуває в прямій залежності від віку подружжя, своєчасності звернення до спеціалістів, повноти обстеження ступеня спайкового процесу.

У разі відновлення прохідності маткових труб, а також гіпофункції яєчника чи виражених імунологічних змін застосовується терапія, що стимулює овуляцію (кlostилбегіт, хоріонічний гонадотропін, хумігон, метродин, прегонал або за показаннями — парлодел, дексаметазон, диферелін, золадекс тощо). Якщо в слизу каналу шийки матки виявлено антиспермальні антитіла, застосовується десенсибілізуюча (місцево — аплікаційні сорбенти) та кондом-терапія. За неефективного лікування необхідно вдаватися до штучної інсемінації спермою чоловіка або донора. Якщо позитивних результатів терапії не було досягнуто, рекомендовано екстракорпоральне запліднення або усиновлення дитини.

Застосування поетапного обстеження та лікування жінок з неплідністю запального або поєданого генезу підвищує ефективність терапії на 20–25 %, сприяє зменшенню рецидивів захворювання в 2 рази, дозволяє відновити репродуктивну функцію у 43,7 % жінок.

Віддалені спостереження засвідчили, що після мікрохірургічних втручань відновилася прохідність маткових труб у 86,5 % хворих, у тому числі повністю — у 68 %, частково — у 18,5 %. У контрольній групі, де застосовували звичайні методи хірургії, ці показники становили відповідно 65 %, 19 % та 46 %. Вагітність настала у 43,7 % та 21,9 % жінок відповідно. Таким чином, лікування неплідності слід починати після визначення її причини. Терапія має бути адекватною, диференційованою, патогенетично обґрунтованою та індивідуалізованою.

Надзвичайно важливими є медико-генетичні аспекти цієї проблеми. За даними сучасних наукових досліджень, частота хромосомної патології при вагітності, яка розвивається з ранніх термінів, становить 34 %. У шлюбних пар з аномальним каріотипом абортуса виявлена висока частота відхилень у фенотипі HLA. В зв'язку з цим, неплідні шлюбні пари, особливо з обтяженим анамнезом та віком понад 35 років, перед початком лікування мають проходити медико-генетичне консультування.

Найменш вирішеним аспектом у проблемі неплідного шлюбу є діагностика та лікування різних форм чоловічої неплідності. Немає чіткого алгоритму, що розкривав би етіологію, патогенез різних порушень сперматогенезу і надавав би ефективні рекомендації з діагностики та лікування різних форм чоловічої неплідності.

Все це підкреслює важливість проведення подальших перспективних розробок, спрямованих на відновлення та збереження репродуктивного здоров'я людини. Основними з них є поглиблені дослідження на молекулярному та генетичному рівнях з вивчення механізмів процесів фолікулогенезу, овуляції, сперматогенезу, запліднення, нidaції яйцеклітини та ембріона. Це допоможе у проведенні низки профілактичних та лікувальних заходів, спрямованих на відновлення та збереження репродуктивної функції у жінок і чоловіків.

Необхідним є подальше удосконалення та розробка нових медичних технологій, препаратів та схем стимуляції овуляції, модифікація ендоскопічних операцій, впровадження в акушерсько-гінекологічну практику предімплантаційної та пренатальної діагностики. Важливим чинником досягнення позитивних результатів щодо вирішення проблеми репродукції і збереження здорового потомства є удосконалення методів організації лікувального процесу та вивчення епідеміології неплідності. Тільки чітка організація дозволить впровадити в практику охорони здоров'я нові медичні технології і проаналізувати їх ефективність шляхом вивчення анамнезу дітей, які народилися після застосування різних методів лікування неплідних шлюбів, у тому числі екстракорпорального запліднення.

Стан репродуктивного здоров'я населення має бути проблемою не лише медичної практики, але і всього суспільства, оскільки дане питання безпосередньо пов'язане зі здоров'ям дітей, а отже — з майбутнім держави та нації.

## VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
	<b>Підготовчий етап</b>		
1. 2. 3. 4.	Організаційні заходи. Визначення актуальності теми. Визначення навчальних цілей. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	<b>Основний етап</b> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Показання для діагностичної лапароскопії.</li> <li>2. Показання для лікувальної лапароскопії.</li> <li>3. Обстеження гінекологічних хворих перед лапароскопічними операціями.</li> <li>4. Анестезіологічна допомога при лапароскопічній операції.</li> <li>5. Особливості ведення післяопераційного періоду після лапароскопічної операції.</li> </ol>	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
	<b>Заключний етап</b>		
1. 2. 3.	Підбиття підсумків, загальні висновки Відповіді на можливі запитання. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

## VII. Методичне забезпечення

*Місце проведення заняття:* навчальна кімната, гінекологічне відділення.

*Оснащення:* Для проведення заняття підготувати 3-5 жінок з різними формами гінекологічної патології, яким проводилось або планується лапароскопічне лікування.

### ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Лапароскопия в гинекологии: Руководство / Гл. ред. Г.М.Савельева. М.: ГЭОТАР Медицина, 2000.
2. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии // Под. ред. Е.В. Коханевич. - М., 2006.
3. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
4. Кулаков В.И., Леонидов Б.В., Кузьмичев Л.Н. Лечение женского и мужского бесплодия. Вспомогательные репродуктивные технологии: Руководство для врачей. – М.: МИА,

2005. – 592с.

5. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
6. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (планування сім'ї).
7. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.

### **Питання.**

1. Дайте визначення поняття «неплідність», причини і форми неплідності.
2. Діагностика трубного безпліддя.
3. Лапароскопічні методи лікування трубного і перитонеального безпліддя (лапароскопічний адгезіолізис).
4. Заходи попередження злукоутворення.
5. Показання для діагностичної лапароскопії.
6. Показання для лікувальної лапароскопії.
7. Обстеження гінекологічних хворих перед лапароскопічними операціями.
8. Анестезіологічна допомога при лапароскопічній операції.
9. Особливості ведення післяопераційного періоду після лапароскопічної операції.

### **Задачі**

#### *Задача 1*

Хвора 16 років, поступила в клініку зі скаргами на відсутність менструацій, підвищену стомлюваність і подразливість. Із анамнезу відомо, що в дитинстві перенесла кір, скарлатину і вітряну віспу. З 10 років займається спортом, з 12 років вчиться в спеціалізованому спорткласі (легка атлетика). Треніровочна навантаження 10 – 12 годин в тиждень. Інфантильний тип будови тіла. вторинні статеві признакі розвинуті недостатньо. При ректо-абдомінальному дослідженні визначається гіпоплазія матки і яєчників. Консультована терапевтом і неврологом – встановлена вегето-судинна дистонія за гіпомоторним типом.

Про яку патологію можна думати?

- А. Синдром склерокістозних яєчників.
- Б. Хвороба Іценко-Кушинга.
- В. Адреногенітальний синдром.
- Г. Затримка статевого розвитку.
- Д. Тестикулярна фемізація.

#### *Задача 2*

До дитячого гінеколога звернулася мама з дівчинкою 8-ми років з скаргами на те, що у дитини з'явилися кров'яністі виділення із статевих шляхів на протязі 4-х днів. Загальний стан дівчинки задовільний, худорлява, молочні залози збільшені. Фізичний розвиток дівчинку відповідає 12-річному віку. В нижньому відділі живота визначається вип'ячування, в черевній порожнині – вільна рідина. При пальпації живота в надлобковій ділянці прощупується щільна, бугриста пухлина, розміром 10 x 12 см, рухлива, безболісна. Зовнішні статеві органи відповідають віку, дівоча перетинка не порушена. Виділення із піхви, кров'яністі, незначні. При ректо-абдомінальному дослідженні визначається пухлина, яка виходить з малого тазу, розмірами 10x10x12 см, вузлувата, малорухлива.

Яке захворювання можна запідозрити?

- А. Нефроптоз.
- Б. Пухлину наднарників.
- В. Дермоїдну кісту яєчника.

- Г. Гормонопродукуючу пухлину яєчника.
- Д. Фіброміому матки.

### *Задача 3*

У 16-ти річної дівчини, в зв'язку з первинною аменореєю, проведено повне клініко-лабораторне обстеження, включаючи ультразвукове дослідження і дослідження каріотипу. встановлений діагноз – дисгенезія гонад.

Які зміни є причиною даної патології?

- А. Хромосомні аномалії.
- Б. Пухлина гіпофізу.
- В. Гіпотиреоз.
- Г. Гіперплазія кори наднирників.
- Д. Гіпофункція яєчників.

### *Задача 4.*

Хвора 17-ти років. Зріст 130 см. При огляді: бочкоподібна грудна клітина, коротка шия з крилоподібними складками від вух до плечей, косоокість, птоз. Психічний розвиток та інтелект не змінені. Молочні залози не розвинуті, менструацій немає. Гінекологічний статус: оволодіння на зовнішніх статевих органах немає, виражена гіпоплазія піхви і матки. При УЗД – яєчники у вигляді тяжів. Тести функціональної діагностики: базальна температура – монофазна, симптоми „зіниць” і „листя папороті” – негативні.

Яка найбільш вірогідна причина такого стану?

- А. Синдром Іценко-Кушинга.
- Б. Синдром Шерешевського-Тернера.
- В. Синдром Штейна-Левенталя.
- Г. Гіпофізарний нанізм.
- Д. Синдром Перханца-Бабінського-Фреліха.

### *Задача 5*

У дитини 10 років з'явилися нерегулярні кров'янисті виділення з піхви; набухання і потемніння сосків; збільшення молочних залоз; мізерне оволодіння на лобку, під пахвою; ціаноз вульви. Ректо-абдомінально: збільшення розмірів матки, пухлино подібне утворення біля матки. Вміст естрогенів як у дорослої жінки, а гонадотропінів не високий. Прискорення соматичного розвитку немає.

Який попередній діагноз?

- А. Фемінізуюча пухлина яєчника.
- Б. Адреногенітальний синдром.
- В. Передчасне статеве дозрівання центрального генезу.
- Г. Синдром Перханца-Бабінського-Фреліха.
- Д. Синдром Лоуренса-Муна-Бідля.

### *Відповіді на задачі*

1. – Г;
2. – Г;
3. – А;
4. – Б;
5. – А.



**Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л. М.**

**17.10.2016**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

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

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.**