

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

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

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

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Радикальні та напіврадикальні операції на матці</b> (код курсу 15.3)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

### I. Актуальність теми

Показання до операції повинні бути ретельно продумані лікарем та записані в медичну карту. Необхідно враховувати також наявність протипоказань, і лише після аналізу усіх даних вирішувати питання про вид та об'єм операції, беручи до уваги вік жінки, наявність у неї дітей, бажання мати дітей у майбутньому чи, навпаки, протипоказання до вагітності за станом здоров'я. Операція, за можливістю, повинна не тільки усувати причину захворювання, але й не позбавляти жінку притаманних її організму функцій — менструальної, статевої, репродуктивної. «Не знищення хворого органа, не усунення його, а відновлення його цілості та усіх його функцій — ось кінцева мета усякої операції», — писав А.П. Губарев.

### II. Навчальні цілі заняття

*Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:*

1. Оперативні методи лікування в гінекології.
2. Види хірургічного втручання.

*В результаті проведення заняття інтерн повинен уміти:*

1. Провести збір анамнестичних даних;
2. Провести піхвове дослідження;
3. Підготувати хвору до операції;
4. Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування;

### III. Базові знання

Знати можливості сучасного оперативного лікування в гінекології

### III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

При обстеженні хворої дотримуватися принципів медичної етики та деонтології.

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

### IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<b>I. Попередні дисципліни</b> Анатомія людини	Будову жіночих статевих органів	
Топографічна анатомія	Пошарова будова передньої черевної стінки	Виконати лапаротомію на трупі
<b>II. Наступні дисципліни</b>		
Сімейна медицина	Показання і протипоказання для проведення операції	Провести фізикальне обстеження хворої
<b>III. Внутрішньопредметна інтеграція</b> Оперативні методи лікування		Знати техніку виконання

	Види хірургічного лікування	операцій
--	-----------------------------	----------

## У. Зміст теми семінарського заняття

### ОПЕРАТИВНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ В ГІНЕКОЛОГІЇ

До оперативних втручань у гінекологічній практиці вдаються лише за умови, що консервативні методи лікування випробувані, є певність, що вони не принесуть користі і єдиним шляхом до видужання хворої, а часом і до врятування її життя є операція.

Кожна операція виконується за певними показаннями.

*Показання — це сукупність причин, що зумовлюють необхідність проведення певного оперативного втручання.*

Показання до операції повинні бути ретельно продумані лікарем та записані в медичну карту. Необхідно враховувати також наявність протипоказань, і лише після аналізу усіх даних вирішувати питання про вид та об'єм операції, беручи до уваги вік жінки, наявність у неї дітей, бажання мати дітей у майбутньому чи, навпаки, протипоказання до вагітності за станом здоров'я. Операція, за можливістю, повинна не тільки усувати причину захворювання, але й не позбавляти жінку притаманних її організму функцій — менструальної, статевої, репродуктивної. «Не знищення хворого органа, не усунення його, а відновлення його цілості та усіх його функцій — ось кінцева мета усякої операції», — писав А.П. Губарєв.

Надзвичайно важлива правильна діагностика. Необхідно максимально використати усі можливості клініки чи іншого гінекологічного стаціонару, щоб виявити усі захворювання статевих органів чи супровідні хвороби, які можуть бути протипоказаннями до проведення наркозу чи й самої операції, відповідним чином підготувати жінку і уникнути прикрих несподіванок під час оперативного втручання, які іноді змушують змінювати заздалегідь визначений план та об'єм операції. Встановивши, що оперативне лікування цієї хворій безумовно рекомендоване, хірург повинен обрати методику операції, найбільш доцільну саме для цієї пацієнтки.

Величезна роль у підготовці хворої до операції, у післяопераційному догляді за нею, забезпеченні технічного боку операції — підготовці інструментарію, білизни, операційного блоку з повним дотриманням правил асептики та антисептики — належить середньому медичному персоналу.

Урахування особливостей психіки хворої, що готується до операції, та захист її від травмування та стресу є першочерговим завданням усього персоналу відділення оперативної гінекології. Недостатня чуйність у ставленні до хворої, байдужість може погіршити результати навіть бездоганно в технічному плані виконаної операції. Необхідно пам'ятати, що хворій дуже важко психологічно налаштуватись на необхідність оперативного втручання і навіть жінки із сильним типом нервової системи бояться операції. Тому поведінка лікаря і усіх, хто спілкується з хворою, повинна бути впевненою, настрої оптимістичним. Жодних сумнівів у необхідності саме цієї операції та її позитивних наслідках для здоров'я у хворої виникати не повинно. Хворих, яких приймають у стаціонар у плановому порядку, варто розміщувати в одній палаті із тими, хто видужує після операції, і, навпаки, ізольовувати від щойно прооперованих хворих. Затишна обстановка у відділенні, уважне ставлення медичного персоналу, чіткість виконання призначень створюють сприятливий психологічний клімат і полегшують хворій тривожний час очікування операції.

Проте не можна покладатися лише на психотерапевтичний ефект слова, необхідно проводити медикаментозну терапію для забезпечення повноцінного денного та особливо нічного відпочинку. З цією метою рекомендують ново-пассит, екстракт валеріани, седуксен, сибазон, реланіум, транксен впродовж дня та особливо на ніч.

І нарешті, величезну роль у видужанні хворої відіграє післяопераційний догляд. Акушерка упродовж усієї доби перебуває біля ліжка прооперованої хворої. Отже, вона повинна знати основи догляду за хворими, перші ознаки ускладнень, що можуть виникати в післяопераційному періоді, та невідкладну допомогу при них.

#### ***Види хірургічного втручання:***

1) радикальні операції - екстирпація або надпівхова ампутація матки (видалення тіла з шийкою матки або тільки тіла матки);

2) реконструктивно-пластичні операції - резекція, висока надпівхова ампутація матки або її дефундація (видалення дна матки);

3) консервативні операції - видалення фіброматозного вузла (консервативна міомектомія); підслизовий вузол видаляють через піхву і шийку матки, підчеревний або інтрамуральний - шляхом лапаротомії.

#### ***Екстирпація матки***

Екстирпація матки показана при низькому розташуванні вузлів, при сполученні фіброміоми матки із захворюваннями шийки матки, що потребує її видалення. Вона може виконуватися разом із видаленням придатків або без них. Рішення цього питання залежить від віку хворої, стану придатків і від основного захворювання.

#### **Передопераційна підготовка**

Передопераційна підготовка має велике значення для результату оперативного втручання. Вона необхідна для уточнення об'єму операції, доступу (абдоменальний або вагінальний) і методу (лапароскопія, лапаротомія) оперативного втручання, виявлення і корекції екстрагенітальних захворювань.

#### **Обов'язкове проведення:**

1) цитологічного дослідження на клітки атипій, розширеній кольпоскопії, а при необхідності біопсії шийки матки;

2) за свідченнями здійснюють гістероскопію з діагностичним (або роздільно-діагностичним) вискрібаємо порожнини матки. Ці методи дозволяють виявити слизові підоболонки міоматозні вузли, супутній внутрішній ендометріоз матки, патологію ендометрію, щоб не пропустити злоякісну пухлину ендометрію;

3) при поєднанні міоми матки з патологією яєчників, ендометрія, прямої кишки, сечового міхура, необхідно проведення ректороманоскопії, фіброгастроскопії, ультразвукового дослідження органів малого тазу і черевної порожнини, екскреторної урографії, рентгенологічного дослідження органів грудної порожнини для виявлення можливих метастатичних вогнищ пухлини;

4) дослідження вмісту піхви на ступінь чистоти. Перед операцією повинне визначитися I - II ступінь чистоти піхви;

5) при низько розташованих вузлах або міомі шийки матки бажане проведення екскреторної урографії для визначення стану сечовидільної системи, що дозволить правильно оцінити зміни, які можуть виникнути під час операції і в післяопераційному періоді. При підозрі на ниркову патологію показано детальне дослідження нирок;

6) за 7-10 днів до оперативного втручання має бути проведене повне загальноклінічне обстеження: розгорнений загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограма, гемостазіограма, загальний аналіз сечі. Електрокардіограма, RW, R-грама ОГП;

- 7) визначення групи крові і резус-фактора також є обов'язковим для будь-якого оперативного втручання;
- 8) заготівка донорської крові (еритроцитарної маси, свіжозамороженої плазми) в об'ємі 500 і більше мл. За наявності анемії II-III ступеня показано передопераційне переливання донорської крові;
- 9) при супутніх захворюваннях - консультації суміжних фахівців і корекція екстрагенітальної патології;
- 10) увечері напередодні втручання проводять очищення кишечника;
- 11) до операції в сечовий міхур встановлюють катетер, що видаляється через добу;
- 12) напередодні або під час операції з метою профілактики приєднання інфекції в/у вводять антибіотики широкого спектру дії.

Розглянемо техніку екстирпації матки з придатками.

Після розкриття черевної порожнини і виведення матки з придатками в рану накладають затискачі на круглі зв'язки матки, зв'язки, які підвішують яєчники і листки широкої зв'язки матки, розкривають очеревину міхурово-маткові складки. Сечовий міхур гостро і тупо відшаровують донизу до рівня переднього склепіння піхви. Перетинають і лігують крижово-маткові зв'язки. Потім пальпаторно визначають рівень розташування піхвової частини шийки матки і дещо нижче її скальпелем розтинають передню стінку. У розрізі з боку черевної порожнини вводять марлеву стрічку, змащену йодом. Відсікають матку від піхви по склепінням, одночасно накладаючи затискачі на стінки піхви. Зшивають передню і задню стінки піхви кетгуттом. Якщо необхідно забезпечити відтік з параметральних відділів при наявності ускладнень протягом операції, отвір піхви залишають відкритим; при цьому передній листок очеревини підшивають до переднього краю культі піхви, а задній-до заднього. Перітонізація за рахунок листків широкої зв'язки матки та міхурово-маткової складки. Черевну рану зашивають наглухо.

*Техніка надпіхвової ампутації матки*

Ампутація матки може проводитися із придатками з однієї або двох сторін або без видалення їх.

#### **Покази до операції є:**

1. Рясні тривалі менструації (менорагії) або ациклічні кровотечі (метрорагії), що приводять до анемізації хворого.
2. Величина пухлини, що перевищує розміри вагітної матки в 12 тижнів у молодих жінок і в 15-16 тижнів у жінок після 45 років;
3. Розмір пухлини, відповідний вагітності терміном 12 - 13 тижнів за наявності симптомів здавлення сусідніх органів (прискорене сечовипускання, порушення акту дефекації і так далі);
4. Швидке зростання пухлини, особливо в період клімактерія або менопаузи;
5. Субсерозний вузол на ніжці. Такий вузол підлягає видаленню, оскільки з'являється небезпека перекрута його ніжки, що може викликати необхідність термінового оперативного втручання. У цих випадках розвивається типова картина гострого живота, що пов'язане з порушенням живлення пухлини. У ній виникають набряк, крововиливу, потім некроз і нагноєння.
6. Наявність субмукозних вузлів міоми, що мають тонку ніжку і схильних до перекручення і некрозу. Такі міоми викликають рясні кровотечі, що приводять до різанням анемізації хворого. Нерідко при цьому матка не досягає великих розмірів, а в деяких випадках лише злегка збільшена. Ці хворі потребують термінового оперативного лікування. Термінова допомога потрібна при народженні підслизового міоматозного вузла, оскільки воно супроводжується різкими переймоподібними болями і рясною кровотечею. При цьому відбувається згладжування і розкриття шийки матки, як при пологах. Вузол виконує шийку матки або народжується в піхві.
7. Некроз міоматозного вузла. Некротичні зміни обумовлені порушенням живлення пухлини. При асептичному некрозі інфекція може приєднатися гематогенним або лімфогенним шляхом. В деяких випадках інфікування походить з кишечника, найчастіше з апендикса, Унаслідок некрозу тканини розплавляються, а іноді виникають порожнини, наповнені рідким або

напіврідким вмістом. Може утворитися кіста матки. При некрозі пухлини створюється враження її швидкого зростання. Зволікання з операцією може привести до нагноєння некротически-измененого вузла, прориву його вмісту в черевну порожнину і розвитку розлитого перитоніту.

8. Інтралігаментарне розташування вузлів міоми, що приводить до появи болів унаслідок здавлення нервових сплетень і порушення функції нирок при здавленні сечоводів.

9. Шийкові вузли міоми матки, що виходять з вагінальної частини шийки матки.

10. Поєднання міоми матки з іншими патологічними змінами статевих органів: рецидивуючою гіперплазією ендометрія, пухлиною яєчника, опущенням і випаданням матки.

11. Акушерська патологія: невиношування вагітності, загроза переривання вагітності, загроза передчасних пологів і ін. у жінок репродуктивного віку, охочих реалізувати свою репродуктивну функцію.

12. Безпліддя. При необхідності операції слід виключити інші чинники, які можуть його зумовити, і точно оцінити розташування міоматозних вузлів. Якщо вузли розташовуються поблизу від трубних кутів матки, вони можуть бути причиною безпліддя.

**Протипоказаннями до оперативного лікування міоми матки є:** важкі форми захворювання серцево-судинної системи, легенів, дихальних шляхів (гострі респіраторні захворювання), хвороби нирок, гострі і підгострі інфекційні захворювання очеревини і органів малого тазу. Крім того, за наявності гнійників типу фурункула або везикульозної висипу незалежно від її локалізації свідомо має місце інфікування організму, і від операції слід утриматися до моменту повного одужання і нормалізації показників крові.

### **Обов'язкове обстеження перед операцією**

#### **Передопераційна підготовка**

Передопераційна підготовка має велике значення для результату оперативного втручання. Вона необхідна для уточнення об'єму операції, доступу (абдомінальний або вагінальний) і методу (лапароскопія, лапаротомія) оперативного втручання, виявлення і корекції екстрагенітальних захворювань.

#### **Обов'язкове проведення:**

- 1) цитологічного дослідження на клітки атипій, розширеній кольпоскопії, а при необхідності біопсії шийки матки;
- 2) за свідченнями здійснюють гістероскопію з діагностичним (або роздільно-діагностичним) вискрібаємо порожнини матки. Ці методи дозволяють виявити слизові підоболонки міоматозні вузли, супутній внутрішній ендометріоз матки, патологію ендометрія, щоб не пропустити злякисну пухлину ендометрія;
- 3) при поєднанні міоми матки з патологією яєчників, ендометрія, прямої кишки, сечового міхура, необхідно проведення ректороманоскопії, фіброгастроскопії, ультразвукового дослідження органів малого тазу і черевної порожнини, екскреторної урографії, рентгенологічного дослідження органів грудної порожнини для виявлення можливих метастатичних вогнищ пухлини;
- 4) дослідження вмісту піхви на ступінь чистоти. Перед операцією повинне визначитися I - II ступінь чистоти піхви;
- 5) при низько розташованих вузлах або міомі шийки матки бажане проведення екскреторної урографії для визначення стану сечовидільної системи, що дозволить правильно оцінити зміни, які можуть виникнути під час операції і в післяопераційному періоді. При підозрі на ниркову патологію показано детальне дослідження нирок;
- 6) за 7-10 днів до оперативного втручання має бути проведено повне загальноклінічне обстеження: розгорнений загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, коагулограма, гемостазіограма, загальний аналіз сечі. Електрокардіограма, RW, R-грама ОГП;
- 7) визначення групи крові і резус-фактора також є обов'язковим для будь-якого оперативного втручання;

- 8) заготівка донорської крові (еритроцитарної маси, свіжозамороженої плазми) в об'ємі 500 і більше мл. За наявності анемії II-III ступеня показано передопераційнепереливання донорської крові;
  - 9) при супутніх захворюваннях - консультації суміжних фахівців і корекція екстрагенітальної патології;
  - 10) увечері напередодні втручання проводять очищення кишечника;
  - 11) до операції в сечовий міхур встановлюють катетер, що видаляється через добу;
  - 12) напередодні або під час операції з метою профілактики приєднання інфекції в/у вводять антибіотики широкого спектру дії.
- Розглянемо надпихову ампутацію матки без придатків.

Після розкриття черевної порожнини і ревізії органів, петлі кишечника і сальника відмежовують марлевою серветкою. Дно матки захвачують кульовими щипцями, підтягують до рани, накладають затискачі на круглі зв'язки, власні зв'язки яєчників і маткові кінці труб. Між затискачами зв'язки розсікають, а центральні кінці лігують кетгуттом. Розсікають матково-міхурову складку, сечовий міхур відводять донизу. Одночасно віддвигають тканини параметрію, щоб звільнити ділянку внутрішнього вічка матки. По задній поверхні матки розсікають очеревину. С обох боків на рівні внутрішнього вічка, ближче до шийки матки, перетискують і пересікають маткові судини, кінці їх лігують шовком. Після цього тіло матки відсікають на рівні внутрішнього вічка дещо вище лігованих маткових судин. Культю шийки захвачують затискачами, область каналу шийки матки обробляють 10% розчином йоду. Культю шийки зашивають окремими вузловими кетгуттовими швами. Культю шийки матки перитонізують за рахунок листків широкої зв'язки матки та міхурово-маткової складки. Черевну порожнину зашивають пошарово наглухо.

Реконструктивно-пластичні операції частіше проводяться в дітородному віці, вони дозволяють зберегти частину матки і менструальну функцію.

Висока надпихова ампутація матки відрізняється від звичайної тим, що тіло матки відсікають значно вище внутрішнього вічка каналу шийки матки поперечним розтином. Розріз вшивають двоповерховим кетгуттовим швом. Перитонізація міхурово-матковою складкою. Резекція матки або її дефундація - це видалення частини органу і показана при неплідді або при загрозі ускладнень (перекручування ніжки вузла і таке ін.).

#### *Техніка консервативної міомектомії*

Після розкриття черевної порожнини матку фіксують, над вузлом достатньо широко розсікають капсулу, щоб видалення вузла не зустрічало перешкод. Вузол захвачують кульовими щипцями; затискачем Кохера підтягують до поверхні матки. Гострим або тупим шляхом обережно вузол відсепаровують, видаляють назовні. Ложе вшивають окремими вузловими кетгуттовими швами в 2-3 поверхи (м'язово-м'язовий, м'язово-серозний, серо-серозний). Шви не повинні захвачувати слизову оболонку. Черевну порожнину пошарово зашивають наглухо

## **VI. План та організаційна структура семінарського заняття**

<b>№ п/п</b>	<b>Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст</b>	<b>Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення</b>	<b>Розподіл часу</b>
1.	<i>Підготовчий етап</i> Організаційні заходи.	Навчально-методичне	5 хв.

2.	Визначення актуальності теми.	обґрунтування теми та цілей заняття.	
3.	Визначення навчальних цілей.		
4.	Забезпечення позитивної мотивації.		
	<b>Основний етап</b>		75 хв.
2.	Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Оперативні методи лікування в гінекології. 2. Види хірургічного втручання	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	
	<b>Заключний етап</b>		10 хв.
1.	Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	
2.	Відповіді на можливі запитання.		
3.	Завдання до наступного семінару.		

## **VII. Матеріали методичного забезпечення семінарського заняття**

*Місце проведення заняття*- навчальна кімната, відділення гінекології

*Оснащення* - лабораторні аналізи, оснащення кабінети функціональної діагностики

### ***Рекомендована література (навчальна, наукова)***

1. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гінекологічна ендоскопія).
3. *Гинекология*: национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
4. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затикян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
5. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
6. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
7. *Вовк И.Б., Корнацкая А.Г., Чайка В.К.* Опухолевидные поражения яичников. – Киев, 2007. – 32с.
8. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
9. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.

### ***Питання***

1. Показання до радикальних операцій в гінекології.
2. Показання до напіврадикальних операцій в гінекології.
3. Хід операцій.



### *Завдання для самостійної роботи по темі заняття*

1. Провести збір анамнестичних даних;
2. Провести піхвове дослідження;
3. Підготувати хвору до операції;
4. Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування;

### *Тестові завдання*

1. До гінеколога звернулася жінка 36 років зі скаргами на безплідність. З анамнезу: в другому шлюбі 5 років. Пологи -1, штучних абортів -11. Останній аборт 6 років тому ускладнився матковою кровотечею, видаленням залишків плідного яйця і ендометритом. Менструальний цикл не порушений. Спермограма чоловіка в нормі. Яке обстеження слід провести ?

**A** \* Гістероскопію.

**B** Тести функціональної діагностики гормонального стану яєчників

**C** Лапароскопію

**D** Кульдоскопію

**E** Кольпоскопію

2. Хвора 28 років доставлена у відділення зі скаргами на гостру біль в нижніх відділах живота, яка виникла раптово при затримці менструації на 4 тижні. Шкірні покриви бліді. Пульс 110 уд/хв, АТ 90/50 мм рт.ст. Живіт різко болючий при пальпації в нижніх відділах, позитивний симптом подразнення очеревини. При вагінальному огляді: матка побільшена, відхилена вправо, зліва пальпується продовгуватий утвір, болючий при пальпації, заднє склепіння різко болюче, нависає. Який найбільш інформативний метод дослідження?

**A** \* Діагностична лапароскопія

**B** Пункція заднього склепіння

**C** Тест на хоріонічний гонадотропін

**D** УЗД

**E** Динаміка загального аналізу крові

3. Хвора М., 36 років скаржиться на розпираючі болі внизу живота до і під час менструації. Захворювання пов'язує з патологічними пологами, які ускладнилися кровотечею та вишкрібанням порожнини матки. Протизапальне лікування без ефекту. Бімануальне дослідження: матка дещо збільшена в розмірі, щільна, незначно болюча. Праві додатки представлені малорухомим пухлиноподібним утворенням нерівномірної консистенції, розміром 8х6х6. При УЗД – пухлина з густим рідинним вмістом. Для підтвердження діагнозу потрібно провести:

**A** \* Лапароскопію

**B** Гістероскопію

**C** Метросальпінгографію

**D** Пункцію черевної порожнини через заднє склепіння

**E** Ірігоскопію

4. Хвора 60 років Скаржиться на збільшення розмірів живота, похудання, астенію, появу мажучих кров'янистих виділень з піхви після 10 років менопаузи.

Вагінально: матка збільшена до 16 тиж вагітності, щільна. Придатки не визначаються. Який діагностичний метод дослідження необхідно провести?

**A** \*Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки і цервікального каналу

**B** УЗД

**C** Лапароскопію

**D** Гістеросальпінгографію

## **E** Дослідження статевих гормонів

5. До гінеколога звернулася жінка 28 років зі скаргами на безплідність. З анамнезу: у шлюбі 6 років; теперішня вагітність друга; перша вагітність на першому році шлюбу закінчилась штучним абортom ускладненим запаленням додатків матки. Менструальний цикл двофазний. Яке з досліджень слід призначити?

**A** \* Метросальпінгографію.

**B** Спермограму.

**C** Тести функціональної діагностики.

**D** Кольпоскопію.

**E** Пункцію черевної порожнини через заднє склепіння піхви

### **Ситуаційні задачі :**

1. 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. Яке лікування треба провести? (Лікувально-дагностичне лікування, оперативне лікування)

2. Хвора 48 років скаржиться на рясні менструації. Менструації до цього часу були без відхилень від норми. Родів — 2, абортів — 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 14 — 15 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз та яка тактика лікування? Відповідь-фіброміома матуки велики розмірів з геморагічним та больовим с-мами, оперативне лікування.

3. Хвора 48 років, звернулася з приводу того, що за останні 8 — 9 місяців менструації дуже рясні, приводять до анемізації, порушена працездатність. Протягом 2 років спостерігається гінекологом з приводу фіброміоми матки. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, чиста, вічко закрите. Тіло матки в нормальному положенні, збільшене до 9 — 10 тижнів вагітності, нерівної поверхні, цупке, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не визначаються. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз та яка тактика лікування? Відповідь-фіброміома матки великих розмірів з геморагічним синдромом. Анемія. Оперативне лікування.

**Методичну розробку семінарського заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Л. М. Добровольська**

**17.02.2015**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 9 від 03.03.2015 року**

**Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_ р.**