

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 ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ-ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ» ІІ
РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Операції на матці консервативні (код курсу 15.3)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 10 годин.

I. Мета заняття

Органозберігаючі (консервативні) операції на матки при міомі відомі з давніх пір (кінець XIX ст.). Частота їх виконання широко варіювала в різні часи по країнах і окремим клінікам. Різде зниження частоти таких операцій збігається з ростом злоякісних новоутворень.

В даний час актуальність пластичних органозберігаючих операцій на матці зросла у зв'язку з великою частотою міоми матки у молодих жінок (починаючи вже з 25-річного віку) і необхідністю збереження у них дітородної і менструальної функцій. Останні досягнення гінекологічної ендокринології в тому, що інтенсивний гормонорецепторний апарат в області міоми є основним активатором її зростання, дозволяють вважати хірургічне видалення міоматозних вузлів матки патогенетичним варіантом терапії

Таким чином, зростання числа показань і патогенетична обґрунтованість пластичних органозберігаючих операцій при міомі матки визначають доцільність збільшення їх частоти

II. Об'єм повторної інформації

1. Знати етіологія і патогенез пухлиноутворення.
2. Клініка, діагностика, лікування пухлин епітеліального походження.
3. Класифікація доброякісних новоутворень статевих органів жінки.
4. Показання та протипоказання до оперативного втручання.

III. Об'єм нової інформації

1. Фіброміома матки визначення.
2. Назвіть класифікацію фіброміоми матки.
3. Етіологія і патогенез фіброміоми матки.
4. Показання для комбінованого лікування міом матки.
5. Показання для хірургічного лікування міом матки.
6. Види оперативних втручань на матці.
7. Передопераційне обстеження при лікуванні міом матки.
8. Показання для вибору методу оперативного лікування міоми матки.
9. Передопераційна підготовка для оперативного лікування міом матки.
10. Ведення післяопераційного періоду.

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення гінекології.
3. Жіноча консультація.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії хвороби.
4. Інструментарій для виконання операції.
5. Відеофільм «Консервативна міомектомія».
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
7. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гінекологічна ендоскопія).

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Провести піхвове дослідження		+	
2.	Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження		+	
3.	Знати схему гормонального лікування фіброміоми матки		+	
4.	Підготувати хвору до операції		+	
5.	Асистувати на операції		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Фіброміома матки визначення.
2. Назвіть класифікацію фіброміоми матки.
3. Етіологія і патогенез фіброміоми матки.
4. Показання для комбінованого лікування міом матки.
5. Показання для хірургічного лікування міом матки.
6. Види оперативних втручань на матці.
7. Передопераційне обстеження при лікуванні міом матки.
8. Показання для вибору методу оперативного лікування міоми матки.
9. Передопераційна підготовка для оперативного лікування міом матки.
10. Ведення післяопераційного періоду.

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 при фіброміомі матки
5. Засвоїти методи збору матеріалу для лабораторних методів дослідження;
6. Знати схему гормонального лікування фіброміоми матки;
7. Вияснити можливі методи оперативного лікування при фіброміомі матки

Тестові завдання

1. Хвора 3. 49 років знаходиться на диспансерному спостереженні з приводу фіброміоми матки. За останній рік пухлина матки збільшилася до 20 тижнів вагітності. Який раціональний метод лікування?

- A** * Екстирпація матки з додатками
- B** Гормональне лікування
- C** Подальше спостереження
- D** Ампутація матки без додатків
- E** Лікування інгібіторами простогландинів

2. Хвора 45 років скаржиться на помірні кров'яні виділення з піхви, Переймоподібний біль протягом останнього місяця, загальну слабкість, головокружіння. Жінка знаходиться на диспансерному обліку 5 років з приводу фіброміоми матки розмірами в 7 тижневу вагітність. Аналіз крові: Нb-65 г/л. Який діагноз найбільш імовірний на основі анамнестичних даних?

- A** * Фіброматозний вузол, що народжується
- B** Рак шийки матки
- C** Кровоточаща ерозія шийки матки
- D** Кровоточащий поліп шийки матки
- E** Ендометриоз шийки матки

3. Хвора 42 років звернулася до лікаря зі скаргами на ниючі болі внизу живота, слабкість, тривалі та рясні місячні. Стан задовільний. При бімануальному дослідженні виявлено збільшену матку до 10 тижнів, щільну, безболісну, з нерівними контурами. Який імовірний діагноз?

- A** * Міома матки
- B** Дісфункціональна маткова кровотеча
- C** Кістома яєчника
- D** Рак тіла матки
- E** Маткова вагітність

4. До гінеколога звернулася жінка 42 років зі скаргами на тривалі менструації протягом 1 року, зниження працездатності, загальну слабкість. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, гемоглобін 80 г/л. При бімануальному дослідженні визначається збільшене до 15 тижнів вагітності тіло матки, щільне, рухоме. Додатки не визначаються. Склепіння піхви глибокі, безболісні. Виділення кров'яні, помірні. Проведено лікувально-діагностичне вишкрябування слизової матки. Гістологічне дослідження зіскребу – залозево-кістозна гіперплазія ендометрію. Що є причиною постгеморагічної анемії

- A** * Міома матки, менорагія.
- B** Гостре запалення додатків матки.
- C** Рак тіла матки
- D** Рак тіла матки.
- E** Позаматкова вагітність

Ситуаційні задачі :

1. Хвора 36 років скаржиться на болі внизу живота зліва, які виникли раптово. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 12—13 тижнів вагітності, обмежено рухоме, цупке, керівної поверхні. Один з вузлів зліва біля дна різко болючий. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметри вільні. Виділення серозні. Аналіз крові: Гемоглобін — 120 г/л, лейкоцитів — 12×10^9 /л, паличкоядерних лейкоцитів — 10 \%. Який найбільш вірогідний діагноз?

Відповідь- некроз фіброматозного вузла

2. Хвора 64 років. Скаржиться на почастішання сечовипускання, ниючі болі внизу живота. В анамнезі 4 пологів, 2 останніх закінчилися накладанням акушерських щипців після епізіотомії. Об'єктивно: промежина рубцово змінена. При напружуванні із статевої щілини з'являється пухлиноподібне утворення рожевого кольору, еластичної консистенції, шийка матки виходить з піхви. На шийці матки виразка з гнійною смагою. Який найбільш вірогідний діагноз?

Відповідь- повне випадіння матки, декубітальна виразка

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Велике значення в роботі відділення оперативної гінекології мають питання деонтології. Персонал повинен бути уважним, ввічливим, тактичним. Заборонено в присутності хворих обговорювати характер захворювання. Сторонні особи та хворі не повинні мати доступ до документації, яка стосується захворювання і оперативного втручання. Бесіди з хворими і їх родичами проводить тільки лікар, який надає необхідні усні та письмові довідки. Медичний персонал, включаючи середніх та молодших медичних робітників, повинен добре знати, що слово повинно не ранили, а лікувати.

Велика операційна.

Асептика та антисептика – це комплекс заходів направлених на попередження розвитку інфекційної (гнійної) флори при хірургічному втручанні і в післяопераційному періоді.

Асептика – це метод який попереджує попадання мікробів в операційну рану. Інструментарій, шовний матеріал, рукавички, матеріал, який використовується при операції (білизна, халати, марлеві салфетки і кульки) повинні бути стерильними.

Антисептика – система заходів направлених на знищення мікробів у рані, зменшення їх проникнення у рану і розвитку в ній.

Стерилізація інструментів. Стерилізація забезпечує загибель в стерилізуючому матеріалі патогенної і непатогенної мікрофлори.

Гінекологічні лапаротомії. Операція розтину черевної порожнини (лапаротомія) може бути проведена двома шляхами. Найбільш поширеною на теперішній час є черевностінкова лапаротомія, що виконується шляхом розтину передньої черевної стінки. Піхвова лапаротомія (кольпотомія) виконується шляхом розсічення піхвового склепіння.

Положення хворої на операційному столі – горизонтальне. Іноді виникає необхідність (при оперуванні в глибині малого тазу) в короткочасному нахилі головного кінця операційного столу на 10-15° вниз (положення Тренделенбурга). До операційного столу фіксують ноги хворої на рівні стегон і ліву руку за кисть у витягнутому вздовж тулуба положенні. Праву руку викладають на спеціальний столик для внутрішньовенних ін'єкцій. При лапаротомії хірург стоїть зліва від хворої, перший асистент прямо навпроти хірурга, другий – поряд з першим, ближче до нахилоного місця столу.

Операційна сестра повинна стояти за своїм столом обличчям до операційної рани, що дозволяє їй слідкувати за перебігом операції і своєчасно подавати все необхідне. Біля головного кінця операційного столу розміщується наркозний апарат і стоїть анестезіолог. Біля столика, на якому лежить права рука хворої знаходиться помічник анестезіолога (анестезист). Знеболювання при лапаротоміях, зазвичай – ендотрахеальне, рідше масковий наркоз чи перидуральна анестезія.

Інструментарій для лапаротомії відрізняється у гінекологічних хворих від хірургічного тільки довжиною, що дозволяє проводити маніпуляції в глибині тазу під контролем зору. В набір інструментів повинні входити гострі скальпелі (2-3), ножиці прямі, вигнуті і довгі, пінцети хірургічні та анатомічні (довгі і короткі) по два, кровозупинні затискачі. Кульові щипці (2), вікончасті, абортцанг. Для тупферів використовують довгі прямі та вигнуті корнцанги (3). Голкотримачі довгий та короткий (2), голки ріжучі і круглі, різного розміру, голки Дешана (ліва та права). Для розширення рани черевної порожнини використовують самотримаючі дзеркала, а для розширення країв рани – гострі та тупі гачки (по 2 шт). В наборі інструментів повинні бути затискачі (2 шт), металевий катетер, матковий зонд, наконечник для відсмоктуючого апарату, шприци та голки до них.

Розташування інструментів на столі строго обумовлене, що полегшує роботу хірурга та сестри. На кінці столу ближче до хірурга, розкладають окремими групами короткі та довгі затискачі, скальпелі, ножиці, корнцанги із зажатыми марлевими тампонами. В наступному ряду знаходяться голкотримачі, голки і шовний матеріал, дзеркала, додаткові інструменти. Ближче до сестри, а зручніше в складці простирадла (кишеня), що покриває стіл з інструментами, знаходяться марлеві серветки та кульки.

Підготовку операційного поля починають з обробки пупка спиртом і розчином йоду. Потім шкіру передньої черевної спинки двічі протирають спиртом і змазують 5% розчином йоду. Шкіру дезінфікують далеко за межами передбаченого розтину: вище пупка на 6-10 см і передню поверхню стегон. Обробку шкіри починають з ділянки передбаченого розтину, а потім переходять на периферію. Операційне поле двічі протирають тупфером з дезрозчином, потім витирають насухо. Після дезінфекції покривають стерильними простирадами, які розташовують в залежності від майбутнього розтину – поздовжньо чи поперечно.

Хірургічне лікування.

Рішення про проведення гістеректомії або міомектомії приймається у залежності від: віку жінки, перебігу захворювання, бажання зберегти репродуктивний потенціал, розташування та кількості вузлів (С):

Жінкам із великими розмірами матки (більше 18 тижнів) або наявністю анемії до проведення хірургічного лікування рекомендується призначення агоністів Гн-РГ (гозерелін, тріпторелін) протягом 2 місяців (В) за умови відсутності онкогінекологічного анамнезу.

Жінкам із діагностованою субмукозною лейоміомою та значними кровотечами, як альтернатива гістеректомії, також проводиться гістероскопічна міомектомія, абляція або резекція ендометрію (В).

Жінкам віком до 45 років із субсерозними або інтрамуральними симптомними лейоміомами, зацікавленим у збереженні матки, як альтернатива гістеректомії рекомендується міомектомія (С) із обов'язковим інтраопераційним гістологічним експрес-дослідженням видаленого вузла.

Не застосовується лапароскопічна міомектомія жінкам, які планують завагітніти, у зв'язку із даними про збільшення ризику розриву матки (С).

Немає достатніх даних рекомендувати застосування адгезивних засобів при кровотечах на тлі лейоміоми (В).

Немає достатніх даних про ефективність використання окситоцину, вазопресину під час операції для зменшення крововтрати (В).

Немає достатніх даних для оцінки ефективності лазеріндукованої інтерстиціальної термотерапії, міолізісу або кріоміолізісу (С).

Емболізація міоми може бути ефективною альтернативою міомектомії або гістеректомії (С).

Оперативне лікування випадково виявленої безсимптомної міоми з метою профілактики її малігнізації - не рекомендується (С).

Деталізація основних положень лікування лейоміоми.

Основні принципи лікування лейоміом матки:

1. Усі види впливу на функцію яєчників, які знижують продукцію естрадіолу та нормалізують співвідношення факторів росту (IGF-1/IGF-2), є патогенетично обґрунтованими методами лікування міом матки.

2. Вилучення “сторонніх” (аномальних) гормонозалежних мас (вузлів міоми, гіперплазії ендометрію) із матки розкриває хибне коло “стимуляції споживанням”, різко знижує інтенсивність локальної гіпергормонемії матки та веде до інволюції гіпертрофованого міометрію.

3. Профілактика розвитку лейоміоми полягає у попередженні розвитку гіперестрогенних станів - вчасна корекція порушень менструального циклу, ановуляції, діагностика та лікування гіперплазії ендометрію як естрадіолспоживаючого субстрату.

Показання до консервативної терапії лейоміоми матки:

1. Бажання хворої зберегти репродуктивну функцію.
2. Клінічно малосимптомний перебіг захворювання.
3. Міома матки, яка не перевищує розмірів 12 тижнів вагітності.
4. Інтерстиціальне або субсерозне (на широкій основі) розташування вузла.

5. Міома, що супроводжується екстрагенітальними захворюваннями із високим анестезіологічним та хірургічним ризиком.

6. Консервативне лікування як підготовчий етап до операції або як реабілітаційна терапія у післяопераційному періоді після консервативної міомектомії.

Комбінована терапія міоми.

Полягає у застосуванні хірургічного лікування у обсязі консервативної міомектомії на тлі медикаментозної терапії (використання аналогів Гн-РГ у до- та післяопераційному періоді).

Показання для комбінованої терапії (застосування агоністів та лейоміомектомії):

1. Зацікавленість жінки у збереженні матки та репродуктивній функції.
2. Міома з великою кількістю вузлів.
3. Міома з вузлом розміром понад 5 см.

Етапи комбінованої терапії:

I етап – 2-4 ін'єкції аГн-РГ із інтервалом 28 днів.

II етап – консервативна міомектомія.

III етап - третя ін'єкція аГн-РГ.

Показання до міомектомії, як II етап комбінованого лікування:

1. Відсутність динаміки зменшення розмірів міоматозного вузла після 2-х ін'єкцій аналогів Гн-РГ. Зважаючи на дані літератури про високий ризик малігнізації аГн-РГ резистентних вузлів, вважається доцільним проводити термінове хірургічне втручання.

2. Збереження клінічної симптоматики (біль, розлади функції суміжних органів тощо) навіть при позитивній динаміці розмірів вузла.

Переваги проведення хірургічних втручань на тлі призначення аГн-РГ:

- зменшення розмірів вузлів, васкуляризації та крововтрати;
- зменшення часу операції;
- зменшення часу нормалізації функціональної маси та розмірів матки після консервативної міомектомії.

Хірургічне лікування лейоміоми.

Показання до хірургічного лікування лейоміоми:

1. Симптомна лейоміома (із геморагічним та больовим синдромом, наявністю анемії, симптомів здавлення суміжних органів).
2. Величина лейоміоми 13-14 тижнів та більше.
3. Наявність субмукозного вузла.
4. Підозра на порушення живлення вузла.
5. Наявність субсерозного вузла міоми на ніжці (у зв'язку із можливістю перекрута вузла).
6. Швидкий ріст (на 4-5 тижнів на рік та більше) або резистентність до терапії аналогами Гн-РГ).
7. Лейоміома у сполученні із передпухлинною патологією ендометрію чи яєчників.
8. Безпліддя внаслідок лейоміоми матки.
9. Наявність супутньої патології додатків.

Принципи вибору доступу для гістеректомії:

1. Як для абдомінальної (АГ), так і для вагінальної гістеректомії (ВГ) існують чіткі показання та протипоказання.

2. У ряді випадків показана ВГ із лапароскопічною асистенцією (ЛАВГ);

3. Якщо гістеректомію можна виконати будь-яким доступом, то в інтересах пацієнтки перевага визначається у наступному порядку ВГ>ЛАВГ>АГ.

Показання та умови для виконання ВГ:

- відсутність супутньої патології додатків;
- достатня рухливість матки;
- достатній хірургічний доступ;
- розміри матки до 12 тижнів;

- досвідчений хірург.

Протипоказання до проведення ВГ:

- розміри матки більше 12 тижнів;
- обмеженість рухомості матки;
- супутня патологія яєчників та маткових труб;
- недостатній хірургічний доступ;
- гіпертрофія шийки матки;
- недосяжність шийки матки;
- операція з приводу міхурно-вагінальної нориці в анамнезі;
- інвазивний рак шийки матки.

Стани, при яких надається перевага застосуванню АГ:

- є протипокази до ВГ, ЛАВГ ускладнена або ризикована;
- обов'язкове виконання оваріоектомії, що неможливо виконати іншим способом;
- спайковий процес внаслідок супутнього ендометріозу та запальних захворювань органів малого тазу;
- швидкий ріст пухлини (підозра на малігнізацію);
- підозра на малігнізацію додатків;
- лейоміома широкої зв'язки;
- сумніви щодо доброякісності ендометрію;
- супутня екстрагенітальна патологія.

Показання до субтотальної гістеректомії (надпівкової ампутації матки):

1. У випадках, коли пацієнтка наполягає на збереженні шийки матки при відсутності патології епітелію півкової частини її та ендоцервіксу.
2. Тяжка екстрагенітальна патологія, що потребує скорочення терміну операції.
3. Виражений спайковий процес або тазовий ендометріоз у зв'язку із підвищеним ризиком травмування сигмовидної кишки чи сечоводу або інших ускладнень.
4. Необхідність термінової гістеректомії у надзвичайних випадках (відсутність етапу видалення шийки скорочує тривалість операції, що має суттєве значення при виконанні термінового оперативного втручання).

Відношення пацієнток до об'єму операції визначається частіше не бажанням, а порадою лікаря та тією формою, у якій ця порада представлена.

Об'єм оперативного втручання у відношенні додатків базується на основі принципів:

На **користь** профілактичної оваріоектомії є наступні аргументи:

Перший - у 1-5% випадків виникає необхідність у повторній операції доброякісних пухлин яєчників.

Другий - функція яєчників після гістеректомії дещо погіршується і вже після двох років у більшості жінок розвивається синдром виснаження яєчників.

Проти профілактичної оваріоектомії свідчать наступні аргументи:

Перше - високий ризик розвитку синдрому хірургічної менопаузи після видалення яєчників, підвищення смертності від остеопорозу та серцево-судинних захворювань, що потребують у більшості випадків тривалого застосування ЗГТ.

Друге - психологічні аспекти, пов'язані із видаленням яєчників.

Емболізація є перспективним методом лікування симптомної лейоміоми матки - як самостійний метод, так і у якості передопераційної підготовки до наступної міомектомії, який дозволяє зменшити об'єм інтраопераційної крововтрати.

Переваги емболізації судин:

- менший об'єм крововтрати;
- нижча частота інфекційних ускладнень;
- нижчий рівень летальності;

- скорочення термінів одужання;
- збереження фертильності.

Можливі ускладнення емболізації:

- тромбоемболічні ускладнення;
- запальні процеси;
- некроз субсерозного вузла;
- аменорея.

Надпихова ампутація матки. Найбільш часто використовується при фіброміомі матки чи злоякісній пухлині яєчника. Може виконуватися повне видалення матки, консервативно-пластична операція з видаленням вузлів пухлини чи з частковою резекцією матки. Матка може видалятися з придатками і без них. При злоякісній пухлині яєчника матку завжди видаляють з придатками і додатково проводять резекцію сальника.

Після типового розтину черевної стінки матку захоплюють міцними щипцями (щипці Мюзо, штопор) і виводять в рану. При видаленні матки без придатків на її ребра з обох боків накладають міцні прямі затискачі, щоб захопити круглі зв'язки матки, труби і власні зв'язки яєчників. Тканини між затискачами розсікають і перев'язують лігатурами, кінці яких беруть на затискачі. Між ними маткові судини пересікають і перев'язують їх надійними лігатурами (кетгут, шовк, лавсан). Скальпелем відсікають тіло матки і видаляють його. Культю шийки матки захоплюють кульовими щипцями, змазують розчином йоду і прошивають 3-4 кетгутовими лігатурами. Перитонізацію проводять безперервним кетгутовим швом, зрізаючи за необхідністю залишені на затискачах лігатури. Сестра рахує всі серветки, марлі, затискачі. Проводять туалет черевної порожнини і пошарово ушивають рану черевної стінки.

Екстирпація матки. Тотальну екстирпацію – видалення тіла та шийки матки проводять при фіброміомі, злоякісній пухлині яєчників, септичних запальних захворюваннях матки. Екстирпація може проводитися з придатками.

Видалення фіброматозного вузла, що народжується, проводять піхвовим шляхом після звичайної підготовки до вагінальної операції. Оголюють шийку матки дзеркалами та захоплюють щипцями Мюзо нижній полюс вузла, що народжується. Трохи підтягуючи щипці оголюють ніжку пухлини. Якщо ніжка товста, вигнутими ножицями підсікають капсулу в місці переходу пухлини в ніжку і починають викручувати. При необхідності виконують розсічення шийки матки з послідуочим накладаннями швів. Видалений вузол відправляють на гістологічне дослідження

ДЕФУНДАЦІЯ (ВИДАЛЕННЯ ДНА) МАТКИ

Дефундація (видалення дна) матки виконується у молодих жінок при розміщенні міоматозних вузлів у дні матки з метою збереження менструальної функції.

Дефундація матки проводиться при ураженні вузлами фіброміоми області дна матки. Попереднім етапом при дефундації є відсікання придатків від тіла матки. Відсікати круглі маткові зв'язки доводиться не у всіх випадках, і нерідко вони можуть бути збережені. За відділенні придатків проводиться перев'язка і перетин висхідній гілки маткової артерії трохи нижче місця передбачуваного відсікання дна матки. Видалення дна матки роблять за допомогою розрізу, напрям якого повинно бути паралельно дну (дугоподібна лінія розрізу, опуклістю звернена до дна). Зшивання утворилися країв рани проводиться таким чином, щоб 2-3 поверхнево-м'язово-м'язових швів не проходили через слизову оболонку. Перитонізація проводиться за рахунок прикриття рани раніше відрубаними придатками і круглими матковими зв'язками,

За видаленні частини матки приступають деформуванню залишилися: послідовно і пошарово зшиваються м'язовий і серозний шари без прошивання ендометрію. Потім до бічних поверхонь

сформованої невеликої матки підшивають раніше відсічені придатки, одночасно використовуючи і круглі маткові зв'язки для перитонізації. В деяких випадках при високій надпихової ампутації матки можна перитонізації зробити підтягнутою до рани матки попередньо пересічених і від сепаровані міхурово-маткової складкою очеревини.

Техніка операції. Після лапаротомії матку захоплюють щипцями Мюзо і виводять у рану. На маткові труби і власні зв'язки яєчників по обидва боки накладають затискачі Кохера, придатки відтинають від матки, затискачі замінюють на кетгутів лігатури. Круглі зв'язки матки іноді можна зберегти. Після відділення придатків виконують перев'язку і пересікання висхідної гілки маткової артерії дещо нижче визначеного місця дефундації матки.

Видалення дна матки здійснюють розрізом, паралельним дну матки. Рану на матці зашивають двоповерховим швом з подальшою перитонізацією. Перший ряд швів слизово-язовий, з розміщенням вузлів з боку порожнини матки; другий м'язовосерозний із зав'язуванням лігатур на поверхні матки. Перитонізацію виконують закриттям рани відсіченими придатками і круглими матковими зв'язками.

VIII. Основна література для опрацювання

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. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
5. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
6. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
7. *Тихомиров А.А., Лубнин Д.М.* Новый принцип лечения миомы матки. – М., 2006. – 48с.
8. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
9. Наказ МОЗ України від 04.04.2012 № 236 «Про організацію контролю та профілактики післяопераційних гнійно-запальних інфекцій, спричинених мікроорганізмами, резистентними до дії антимікробних препаратів».

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

26.02.2014

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 і доповнена „_____” _____ 201__ р.

