

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>Передопераційна підготовка і методи знеболення в гінекології</b> (код курсу 15.1)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

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. Губарєв

### II. Навчальні цілі заняття

*Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:*

1. Оперативні методи лікування в гінекології.
2. Підготовка хворої до операції.
3. Знеболення гінекологічних операцій.

*В результаті проведення заняття интерн 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 та ендоскопічного лікування .

### III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження жінки 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 оперативного лікування в гінекології	Провести фізикальне обстеження жінки

<p><b>III. Внутрішньопредметна інтеграція</b></p> <p>Оперативні методи лікування в гінекології</p>	<p>Підготовка хворої до операції та хід самої операції</p>	<p>Асистувати при різних гінекологічних операціях</p>
--	--	---

## V. 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, настрій 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.

Т 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.

## ПІДГОТОВКА ХВОРОЇ ДО ОПЕРАЦІЇ

Готуючи хвору до *планової операції*, їй проводять ретельне клініко-лабораторне обстеження, що включає клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові, дослідження крові на сифіліс та СНЩ, визначення групи крові та резус-фактора, загальний аналіз сечі, дослідження піхвової мікрофлори, мазків із зовнішньої поверхні шийки матки та цервікального каналу на наявність атипівних клітин, ЕКГ, рентгенографію органів грудної порожнини.

Хвору оглядають стоматолог (за необхідності санує ротову порожнину), терапевт, анестезіолог. За показаннями хвору консультують фахівці (окуліст, невропатолог, за наявності варикозного розширення вен або тромбофлебиту — судинний хірург). При виявленні відхилень від норми проводять корекцію — лікування анемії, санацію піхви. Проводять посіви виділень з піхви для дослідження мікрофлори та чутливості до антибіотиків.

Особливо важлива підготовка до операції хворих літнього віку, хворих із серцево-судинною патологією, із злякисними пухлинами. Відповідна підготовка, що полягає у призначенні судинорозширювальних, гіпотензивних, сечогінних препаратів, серцевих глікозидів, кокарбоксілази, вітамінів, дозволяє запобігти ускладненням з боку серцево-судинної системи та забезпечити сприятливий перебіг операції та післяопераційного періоду

Напередодні операції жінка не вечеряє, можна випити лише склянку солодкого чаю, ставлять очисну клізму, зранку не снідає. Їй проводиться санобробка: зголюють волосся з лобка та зовнішніх статевих органів, проводять гігієнічний душ. Безпосередньо перед операцією жінка спорожнює сечовий міхур, вводиться постійний катетер на час операції.

Підготовка хворих до піхвових операцій або до операцій з доступом через передню черевну стінку, коли розтинається піхва (екстирпація матки), має певні особливості. Попередньо таким хворим проводиться санація піхви до досягнення I ступеня чистоти піхвового вмісту: спринцювання піхви розчинами антисептиків. Препаратом вибору для санації піхви є кліндаміцин (мілагін) 100 мг. Застосовують по 1 супозиторію 1 раз на добу на ніч 3 дні підряд. При наявності декубітальних виразок на шийці матки у хворих з випаданням матки необхідно досягти їх загоєння. Відсутність інфекції у піхві значно зменшує ризик розвитку післяопераційних гнійно-септичних ускладнень.

Увечері напередодні операції хворій призначають снодійні препарати (люмінал 0,1-0,2 г, діазепам 0,005-0,01 г), транквілізатори (сибазон — по 0,01 г, нозепам — по 0,01 г, еленіум — по 0,005 г). Хворим із збудливою нервовою системою транквілізатори призначають повторно за 2 год до операції.

За 30<sup>А</sup>40 хв до операції проводять *премедикацію*: вводять атропін або метацин по 0,5-0,8 мг, наркотичні анальгетики (промедол — по 20 мг, фентаніл — по 0,1 мг, таламонал — по 2 мл), антигістамінні препарати (димедрол — по 0,02 г).

Якщо премедикація проводиться безпосередньо в операційній, перелічені вище препарати вводять внутрішньовенно.

Підготовка хворої до *ургентної операції* у більшості випадків дуже обмежена за часом (інколи до кількох хвилин). Якщо дозволяють обставини, проводиться спорожнення кишечника за допомогою очисної клізми (у випадку кровотечі клізма протипоказана). Перед операцією, що проводиться під ендотрахеальним наркозом, якщо хвора нещодавно приймала їжу, слід провести промивання шлунка або аспірацію шлункового вмісту товстим шлунковим зондом з метою профілактики синдрому Мендельсона (під час операції може статися регургітація і кислий вміст шлунка потрапить у трахею і легені). За необхідності зголюють волосся на лобку. Якщо можливо,

хвора приймає душ. Обов'язково проводиться спорожнення сечового міхура або введення постійного катетера.

## ЗНЕБОЛЮВАННЯ ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ

Невеликі за об'ємом та короткочасні гінекологічні втручання також вимагають адекватного знеболювання з огляду на інтенсивність больових імпульсів, що виникають внаслідок подразнення високочутливих рефлексогенних зон матки. Із метою анестезії використовується внутрішньовенне знеболювання тіопенталом-натрієм, кетаміном, рекофолом, атаралгезія, ней-ролептаналгезія. Місцеву анестезію застосовують лише за наявності протипоказань до загальної: гострі запальні процеси у верхніх дихальних шляхах, повний шлунок, а також за відсутності умов для проведення наркозу або відмові хворої від загального знеболювання. Основним методом місцевого знеболювання при вишкрібаннях стінок порожнини матки, пункціях є парацервікаль-на анестезія, яка досягається введенням анестетика (новокаїн 0,25-0,5 % або лідокаїн 1 %) у параметральну клітковину, де знаходяться нервові сплетення. Для проведення парацервікальної анестезії необхідно підготувати лідокаїн або інший анестетик, шприц місткістю 20 мл і довгу голку.

Для знеболювання великих гінекологічних операцій найчастіше застосовують комбінований ендотрахеальний наркоз у поєднанні з міорелаксантами, штучною вентиляцією легень (ШВЛ) та відповідним знеболюванням. Цей метод дозволяє підтримувати достатню прохідність дихальних шляхів у будь-якому положенні хворої, забезпечує максимальне розслаблення м'язів і відсутність больової чутливості при мінімальних кількостях анестетиків, проводити ефективний нагляд за діяльністю серцево-судинної та дихальної систем. **Виділяють такі етапи у проведенні загального наркозу:**

1. Премедикація.

2. Вступний наркоз (внутрішньовенне введення тіопентал-натрію або гексеналу у дозі 6-8 мг/кг; при крововтраті, алергії, бронхіальній астмі — кетаміну у дозі 2 мг/кг).

Введення деполаризувальних міорелаксантів (дитилін, лістенон — 2 мг/кг).

Маскова ШВЛ та інтубація трахеї.

Підтримання основного наркозу (ШВЛ закисом азоту та киснем; внутрішньовенне введення наркотичних анальгетиків, нейролептиків та транквілізаторів; тотальна м'язова релаксація; підтримання адекватного газообміну та гемодинаміки, корекція ОЦК).

4. Виведення з наркозу (припинення подачі інгаляційних анестетиків, вдихання кисню; введення антидотів міорелаксантів; при необхідності контроль за відновленням свідомості, появою захисних рефлексів).

5. Екстубація.

6. Підтримання стабільного дихання та кровообігу.

Акушерка-анестезистка повинна заздалегідь приготуватися до проведення знеболювання: перевірити готовність наркозної апаратури, наявність відповідних медикаментозних препаратів та кисню в балонах. На стерильному столику повинно бути все необхідне: ларингоскоп, інтубаційні трубки, стерильні одноразові шприци, маска, медикаментозні препарати. Необхідно постійно стежити за станом хворої, вчасно виконувати розпорядження лікаря та вести наркозну карту.

## VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1.	Організаційні заходи.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Визначення актуальності теми.		
3.	Визначення навчальних цілей.		

4.	Забезпечення позитивної мотивації.		
2.	<b>Основний етап</b> Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1.. Оперативні методи лікування в гінекології. 2. Підготовка хворої до операції. 3. Знеболення гінекологічних операцій.	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1.	<b>Заключний етап</b> Підбиття підсумків, загальні висновки	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.
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, історії вагітності, пологів, історії розвитку новонароджених тощо.

### *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. Послідовність дій при передопераційній підготовці хворих.
- 2.Методи знеболення в гінекології.

### *Завдання для самостійної роботи на основному етапі 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 скаржитися 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 Скаржитися 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?

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?

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?

**Методичну розробку семінарського заняття підготувала асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 О. Г. Макаров.**

**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.**