

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І 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 ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Операції на яєчниках та маткових трубах (код курсу 12.5)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Мета заняття

Доброякісні пухлини яєчників можуть порушити всі специфічні функції жіночого організму (дітородну, менструальну, статеву, секреторну), а ускладнення, що розвинулись (перекрути нічки, малігнізація) загрожують життю та здоров'ю жінки. Різноманітні пухлини яєчників мають подібність з пухлинами матки, вагітністю, вадами розвитку, пухлинами статевих органів, сечовидільної системи, кишечника. Таким чином знання пухлин яєчників є необхідним для інтернів акушерів-гінекологів

II. Об'єм повторної інформації

1. Знати етіологія і патогенез пухлиноутворення.
2. Клініка, діагностика, лікування пухлин епітеліального походження.
3. Класифікація доброякісні новоутворювання статевих органів жінки.
4. Показання та протипоказання до оперативного втручання.
5. Ускладнення, які можуть виникнути при доброякісних пухлинах яєчників.

III. Об'єм нової інформації

1. Операції на придатках матки.
2. Показання та проти показання до проведення оперативного лікування.
3. Ведення післяопераційного періоду.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. 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 вконання операції.
5. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
6. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (гінекологічна ендоскопія).

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Провести збір анамнестичних даних		+	
2.	Провести піхвове дослідження		+	
3.	Підготувати хвору до операції		+	
4.	Вибрати оптимальний об'єм оперативного лікування		+	
5.	Повторити методи забору матеріалу для лабораторних методів дослідження		+	

6.	Вияснити можливі оперативного лікування яєчників та маткових труб.		+	
----	--------------------------------------------------------------------	--	---	--

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Етіологія і патогенез пухлиноутворення.
2. Класифікація пухлин яєчників.
3. Клініка, діагностика, лікування пухлин епітеліального походження.
4. Клініка, діагностика, лікування пухлин сполучнотканинного походження.
5. Які пухлини належать до гормонопродукуючих?
6. Клініка, діагностика, лікування гормонопродукуючих пухлин.
7. Ліпідно-клітинні пухлини яєчників. Клініка, діагностика, лікування.
8. Герміногенні пухлини. Особливості розвитку, росту і клінічних проявів.
9. Назвати суттєві відмінності в будові і клінічному перебігу кіст і кістом яєчника.
10. Класифікація кіст яєчників.
11. Механізми утворення кіст.
12. Особливості клінічного перебігу кіст яєчників.
13. Лікування пухлин яєчників.
14. Показання та протипоказання до оперативного втручання.
15. Об'єм оперативного втручання, техніка 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;
5. Засвоїти методи забору матеріалу для лабораторних методів дослідження;
6. Вияснити можливі оперативного лікування яєчників та маткових труб

Тестові завдання

1. У 36 літньої жінки проведено радикальне хірургічне лікування ендометріозу, яке включало двобічну овариєктомію. Замісна терапія естрогенами не проводилася. Які ознаки чи симптоми можуть проявитися у пацієнтки в першу чергу?

- A** * Приливи жару до голови
- B** Остеопороз
- C** Сповільнене старіння серцево-судинної системи
- D** Атрофічний вагініт

2. Хвора 3. 29 років із кістою в анамнезі, яка виявлена при профогляді, скаржиться на різкі болі внизу живота, які виникли раптово після фізичного навантаження, нудоту, блювання, сухість у роті. При огляді матка звичайних розмірів і консистенції, не болюча. Ліве склепіння глибоке, придатки не визначаються, праве склепіння сплюснене утвором округлої форми тугоеластичної консистенції, обмежено рухомим різко-болючим. Аналіз крові: лейкоцити 13×10^9 /л, пульс 118 уд/хв. На УЗД – справа візуалізується двохкамерний утвір розмірами 9x7x6 см. Який діагноз найбільш імовірний у даному випадку?

- A** * Перекручування кистоми правих додатків
- B** Позаматкова вагітність
- C** Фолікулярна киста
- D** Некроз фіброматозного вузла матки

E Гострий апендицит

3. Дівчинка 7 років скаржиться на незначні кров'янисті виділення зі статевих шляхів на протязі 3 днів. На протязі останніх 3-х місяців на лобці з'явилося різке оволодіння (Р 1), збільшення молочних залоз (Ма 2). При ректальному і УЗД-дослідженні виявлена пухлина правого яєчника розмірами 12x10x10 см, малоболісна. Виберіть необхідний метод лікування:

A *Оперативне лікування

B Скорочуючи матку засоби

C Гормональна терапія

D Антианемічна терапія

E Променева терапія

Ситуаційні задачі :

Задача №1.

Хвора 28 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на тупий біль внизу живота, температура до 37,5°C. Хворіє 3 роки, при об'єктивному дослідженні тіло матки нормальних розмірів, рухоме, не болюче. Придатки з обох боків збільшені в розмірах, болючі при пальпації, склепіння піхви глибокі. Параметрії вільні.

Сформулюйте діагноз. (Загострення хронічного двобічного сальпінгоофориту)

Задача №2

Хвора 29 років, доставлена машиною швидкої допомоги, скаржиться на різкі болі внизу живота. Болі виникли раптово, при підйомі важкості. Остання менструація була 10 днів тому, прийшла в свій строк. Пологів — 2, абортів — 2. Останній раз оглядалась гінекологом півроку тому, була визначена кіста яєчника. Пульс - 100 ударів за хвилину, ритмічний, дихань 22 за хвилину. Язик сухий, не обкладений. Живіт здутий, напружений, різко болючий, особливо зліва. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, деформована старими післяпологовими розривами, чиста. Тіло матки чітко не визначається через напруження передньої черевної стінки. Придатки зправа не визначаються. В області лівих придатків пальпується пухлина без чітких контурів, туго еластичної консистенції, обмежено рухома, болісна. Параметри вільні. Який найбільш вірогідний діагноз? Перекрут ніжки кісти яєчника

Задача №3

Хвора 3. 34 років із кистою в анамнезі, яка виявлена при профогляді, скаржиться на різкі болі внизу живота, які виникли раптово після фізичного навантаження, нудоту, блювання, сухість у роті. При огляді матка звичайних розмірів і консистенції, не болюча. Ліве склепіння глибоке, придатки не визначаються, праве склепіння сплюснене утвором округлої форми тугоеластичної консистенції, обмежено рухомим різко-болючим. Аналіз крові: лейкоцити $13 \times 10^9 / \text{л}$, пульс 118 уд/хв. На УЗД – справа візуалізується двохкамерний утвір розмірами 9x7x6 см. Який діагноз найбільш імовірний у даному випадку?

Перекручування кістоми правих додатків

VIII. 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 короточасному 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 зажатими 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 простирадлами, які розташовують в залежності від майбутнього розтину – поздовжньо чи поперечно.

Пухлини яєчників. Із тканини яєчника можуть розвиватися пухлиноподібні (ретенційні утворення) та істинні пухлини яєчників.

Ретенційні утворення, або кісти – це не проліферуючі пухлини, які виникають внаслідок затримки секрету в порожнині, що викликані розтягненням та розплавленням

тканини. До них відносять фолікулярні кісти, кісти жовтого тіла, ендометроїдні та параоваріальні кісти.

По перебігу ці утворення доброякісні, не досягають великих розмірів, симптоматика їх бідна. Розвиток кісти не супроводжується ніякими больовими симптомами. Виявляються кісти, як правило, випадково, при гінекологічному огляді.

Лікування тривало існуючих кіст яєчника оперативне, так як неможливо виключити наявність істинної пухлини. Об'єм оперативного втручання у жінок молодого віку – мінімальний: цистектомія, тобто видалення кісти із залишком незміненої тканини яєчника, оофореєктомія – видалення всього яєчника при неможливості збереження його тканини. В похилому віці різні кісти яєчників підлягають хірургічному лікуванню з видаленням обох яєчників.

При *ендометриозі яєчників* можливе лікування синтетичними прогестинами – мігестреналом, інфекундіном і оксипрогестероном – компронатом протягом 4-5 місяців.

Кістоми (істинні пухлини яєчників) по походженню можуть бути первинними (розвиватися із тканин яєчника) та вторинними (метастатичними). Найбільш часто метастази в яєчнику виникають із шлунково-кишкового тракту (метастаз Крукенберга), молочної та щитовидної залоз.

По перебігу всі кістоми яєчників розділяються на доброякісні, проліферуючі та малігнізуючі. Доброякісна кістома з часом може перейти в проліферуючу, а проліферуюча – в малігнізовану кістому.

Лікування хворих з істинними пухлинами залежить від характеру пухлини. При доброякісних пухлинах лікування обмежується оперативним втручанням, яке залежить від віку хворої. При злоякісних пухлинах хірургічне лікування проводиться разом з хіміотерапією.

Операції на придатках матки. Видалення маткової труби називається сальпінгектомія чи тубектомія. Розтин, зазвичай, поздовжній. Матку та придатки виводять в рану. Матку захоплюють маточними вікончастими затискачами. На змінену трубу накладають затискачі Кохера біля самого кута матки і на мезосальпінкс біля ампулярного кінця труби. Мезосальпінкс пересікають до кінця затискача, на частину мезосальпінкса, що залишилась накладають ще 2-3 затискачі і трубу видаляють.

Затискачі замінюють кетгуттовими лігатурами. Перитонізація безперервним кетгуттовим швом. Звільняють черевну порожнину від крові та згустків. Перед зашиванням черевної порожнини сестра рахує інструменти та марлеві серветки. Для зашивання очеревини використовують кетгут для безперервного шва, для зашивання апоневрозу – шовк, лавсан; для підшкірної жирової клітковими – кетгут; на шкіру – шовк, лавсан, металічні скобки. Зверху шви обробляють йодом, накладають асептичну пов'язку.

Видалення яєчника позначають терміном оваріоектомія. Враховуючи характер захворювання яєчника, виконують його резекцію, або повне видалення яєчника. Розтин на шкірі може бути поздовжній чи поперечний. В рану виводять змінений яєчник. Накладають затискачі на власну та воронко-тазову зв'язки яєчника, пересікають їх і видаляють яєчник. Зв'язки нижче затискачів перев'язують кетгуттовими лігатурами. Культі зашивають кисетним кетгуттовим швом. Виконують туалет черевної порожнини, рахують інструменти і марлеві серветки. Зашивання шкіри при поперечному розтині може бути виконано безперервним швом (косметичний шов).

При *резекції яєчника* на його зв'язки накладають м'які затискачі, щоб не порушити кровообіг. Скальпелем виділяють змінену частину яєчника, а рану зашивають безперервним кетгуттовим швом круглою голкою. При наявності кісти великого розміру її вміст видаляють електровідсмоктувачем, наконечник якого вводять в кісту через невеличкий розтин.

Запальні захворювання придатків матки зазвичай супроводжуються утворенням великих зрощень з навколишніми органами: сальником, кишками, сечовим міхуром і тому операції в деяких випадках іноді ускладнюються ураженням цих органів. При таких операціях сестра повинна мати стерильну пробірку для взяття вмісту з черевної порожнини для посіву на чутливість флори до антибіотиків, наконечник електровідсмоктувача, м'які

затискачі, кишкові голки, катетери, гумові трубки різноманітного діаметру для дренажів, великий запас серветок, розчини для промивання черевної порожнини та антибіотики.

ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЇ МАТКОВИХ ТРУБ ТА ЯЄЧНИКІВ

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. 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. Трубно стерилізація.
3. Неплідність.
4. Доброякісні пухлини яєчників.
5. Аномалії розвитку внутрішніх статевих органів.
6. 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).
7. Моніторинг ефективності лікування ендометріозу III-IV стадії. Моніторинг ефективності лікування онкогінекологічних захворювань (в спеціалізованих закладах “second look” після проведення комбінованого лікування рака яєчників).
8. Вибір доступу та визначення обсягу оперативного втручання при неуточнених пухлинах органів малого тазу.

Противоказання 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.).

Анестезіологічне забезпечення лапароскопії.

Оптимальним для проведення лапароскопії є загальна анестезія з ендотрахеальною інтубацією та ШВЛ. Цей вид анестезії забезпечує адекватну міорелаксацію, вентиляцію, захист від аспірації шлункового вмісту, повну анальгезію.

Можливе використання внутрішньовенної багатокомпонентної загальної анестезії зі спонтанним диханням, перидуральної анестезії у поєднанні з внутрішньовенною, місцевою інфільтраційною анестезією (при діагностичній лапароскопії, трубній стерилізації).

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

Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового ендокхірургічного втручання:

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Визначення групи крові та резус-фактору.
3. Аналіз крові на РВ, ВІЛ, Hbs –а/г.
4. Загальний аналіз крові і сечі.
5. Цукор крові.
6. Бактеріологічний аналіз виділень із статевих шляхів (уретра, цервікальний канал, піхва), обстеження на папіломавірус людини.
7. Біохімічний аналіз крові (загальний білок, креатинін, білірубін, печінкові проби).
8. Коагулограма.
9. Цитологічне дослідження мазків з шийки матки і цервікального каналу або морфологічне дослідження (за показаннями).
10. Кольпоскопія.
11. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.
12. Діагностичне вишкрібання ендометрія.
13. Електрокардіограма.
14. ФГ або рентгенографія органів грудної клітини.
15. Огляд терапевта, огляд молочних залоз, щитовидної залози.
16. Огляд профільними спеціалістами за показаннями.
17. Гастроскопія, колоноскопія.
18. Онкологічні маркери (за показаннями) або біопсія ендометрія (гістероскопія).

Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням ургентного оперативного втручання:

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Група крові і резус-фактор.

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

Післяопераційне ведення хворих.

1. Догляд у ранньому післяопераційному періоді.
2. Контроль виділень зі статевих шляхів, з дренажів.
3. Контроль геодинаміки.
4. Контроль симптомів подразнення очеревини.

Ведення післяопераційного періоду спрямоване на профілактику та своєчасне виявлення можливих ускладнень. Здійснюється адекватне знеболення, інфузійна терапія, антибактеріальна терапія, профілактика кровотеч і тромбоемболії, нормалізація перистальтики кишечника, ЛФК.

Ускладнення лапароскопії: діагностика, лікування.

При проведенні лапароскопії спостерігаються наступні групи ускладнень:

1. Ускладнення, пов'язані з накладанням карбоксиперитонеуму
2. Хірургічні ускладнення
3. Ускладнення, зумовлені тривалим вимушеним положенням пацієнтки
4. Анестезіологічні ускладнення

Ускладнення, пов'язані з накладанням карбоксиперитонеуму:

1.Емфізема. Накладання карбоксиперитонеуму за допомогою голки Вереша та його підтримання в ході операції шляхом подачі CO₂ через троакар може супроводжуватись екстраперитонеальною інсуфляцією та виникненням емфіземи. Емфізема може бути обмеженою та поширеною і локалізуватися в підшкірній клітковині, сальнику, середостінні. У разі попадання голки Вереша в просвіт судини або поранення вени на фоні напруженого карбоксиперитонеуму існує ризик газової емболії.

Діагностика. Виявлення емфіземи здійснюється на підставі візуальної оцінки, наявності припухлості та крепітації.

Лікувальна тактика. Обмежені емфіземи (підшкірна емфізема, карбоксиоментум) проходять спонтанно упродовж 12-48 годин і не потребують лікування. При емфіземі, яка займає дві та більше анатомічні ділянки, необхідне динамічне спостереження в умовах стаціонару до повної редукції емфіземи. Емфізема середостіння потребує негайної зупинки лапароскопічної операції, евакуації карбоксиперитонеуму.

2.Травмування органів черевної порожнини голкою Вереша. Введення голки Вереша може привести до проникаючого та непроникаючого поранення органів черевної порожнини, магістральних судин.

Діагностика. Травматичні пошкодження при введенні голки Вереша виявляють на підставі результатів шприцевої проби, лапароскопічної ревізії органів черевної порожнини.

Лікувальна тактика. У випадках проникаючих поранень кишки рекомендується лапаротомія та ушивання стінки кишки. Травмування магістральних судин (черевна аорта, нижня порожниста вена) потребує невідкладної лапаротомії, зупинки кровотечі шляхом компресії судини, терміново викликають бригаду судинних хірургів.

Профілактика. Вдосконалення техніки введення голки Вереша. Проведення капельного тесту. Відкрита методика накладання карбоксиперитонеуму за Hasson у пацієнток з перенесеними оперативними втручаннями на органах черевної порожнини.

Інтраопераційні хірургічні ускладнення

1.Поранення судин передньої черевної стінки, магістральних судин, інтраопераційна кровотеча з судин тазу.

Діагностика та лікувальна тактика. Поранення судин передньої черевної стінки (найчастіше – аа. epigastricae inferior sin. et dext.) трапляється при введенні допоміжних троакарів і супроводжується кровотечею або формуванням гематоми. Можливі методи зупинки кровотечі: прошивання судини через черевну стінку голкою великого діаметру або шляхом мікролапаротомії, коагуляція судини, компресія катетером Фолея.

Травмування магістральних судин (черевна аорта, нижня порожниста вена) потребує невідкладної лапаротомії, зупинки кровотечі шляхом компресії судини. Терміново викликають бригаду судинних хірургів.

Інтраопераційна кровотеча з маткових або яєчникових судин може бути зупинена лапароскопічно або шляхом проведення конверсійної лапаротомії. Кровотечу зупиняють тимчасово шляхом компресії або захоплення судини затискачем. Аспірують кров і в умовах прямої видимості судину коагулюють, перев'язують або накладають кліп.

2.Травмування кишечника, сечового міхура, сечовода може трапитись на різних етапах операції.

Діагностика та лікувальна тактика Виявлення травматичних пошкоджень органів черевної порожнини повинно здійснюватись інтраопераційно. При сумнівах проводиться цистоскопія, конверсійна лапаротомія та уточнюється тяжкість ураження. Операції на травмованих органах проводять за участю відповідного спеціаліста (хірург, уролог, проктолог).

У складі хірургічної бригади повинен приймати участь гінеколог, який володіє хірургічною технікою в обсязі екстирпації матки лапаротомним доступом.

Післяопераційні хірургічні ускладнення

1.Інфекційні ускладнення після гінекологічних лапароскопічних операцій включають раневу (нагноєння місць проколів) та внутрішньочеревну інфекції. Рідко спостерігаються інфекції сечовидільної системи, пневмонія.

Діагностика здійснюється на підставі даних фізикального обстеження та допоміжних методів діагностики.

Лікувальна тактика включає заходи місцевого та загального впливу на запальний процес.

Профілактика гнійних ускладнень здійснюється на доопераційному етапі, інтраопераційно та в післяопераційному періоді.

2. Післяопераційні грижі в лапароскопічній хірургії виникають при застосуванні троакарів діаметром 10 мм та більше.

Діагностика. Проявляються локальним больовим синдромом, іноді ознаками кишкової непрохідності.

Лікувальна тактика передбачує ушивання грижі.

Профілактика полягає в евакуації газу з черевної порожнини до моменту виведення троакарів, виведення троакарів здійснюється за релаксації пацієнтки. Всі проколи після 10 мм троакарів повинні бути повноцінно зашиті.

3. Віддалені післяопераційні ускладнення: термотравма сечоводів, сечового міхура, кишки

ІХ. 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. *Клиническая визуальная диагностика* / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затикян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
5. *Коханевич Е.В., Ганина К.П., Суменко В.В.* Кольпоцервикоскопия. – К.: Гидромакс, 2004. – 117с.
6. Гінекологія: підручник для ВНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
7. *Гинекологическая диагностика и лечение* // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
8. *Гинекология: национальное руководство* / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072с.
9. *Тихомиров А.А., Лубнин Д.М.* Новый принцип лечения миомы матки. – М., 2006. – 48с.
10. Лихачов В.К. *Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.*-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
11. 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 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.