

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: | Операції на шийці матки (код курсу 15.6) |
| 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. Губарєв.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Оперативні методи лікування в гінекології.
2. Вагінальні операції.
3. Конусоподібна ампутація шийки матки за Штурмдорфом.
4. Клиноподібна ампутація шийки матки за Шредером.

В результаті проведення заняття втєрн 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..

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 |
|--------------------------------|---|-------------------------------|
| I. Попередні дисципліни | | |
| Анатомія людини | Будову жіночих статевих органів | |
| Топографічна анатомія | Пошарова будова передньої черевної стінки | Виконати лапаротомію на трупі |
| II. Наступні дисципліни | | |
| Сімейна медицина | Показання і протипоказання | Провести лабораторне |

| | | |
|--|-------------------------|------------------------------|
| | для проведення операції | обстеження хворої |
| III. Внутрішньопредметна інтеграція Оперативні методи лікування в гінекології. | Вагінальні операції. | Техніку вагінальних операцій |

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. Губарев.

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 цій 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, ізолювати 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.

ВАГІНАЛЬНІ ОПЕРАЦІЇ

У гінекологічній практиці частину операцій проводять через вагіну. Це, передусім, операції з приводу опущення та випадання статевих органів — пластичні операції та екстирпація матки через піхву при повному її випаданні, а також операції на шийці матки з приводу старих розривів, ектропіону та іншої патології шийки матки, при якій консервативні методи не дають ефекту, а видалення усієї матки недоцільне.

Положення хворої на операційному столі під час виконання вагінальних операцій таке саме, як на гінекологічному кріслі: до столу прикріплюють ноготримачі, вкладають жінку на спину із зігнутими у кульшових та колінних суглобах ногами, ноги фіксують до ноготримачів.

Хірург та перший асистент сидять на табуретках, другий асистент стоїть праворуч від хворої. Обробка операційного поля: спочатку обробляють піхву тампоном, змоченим 70 % етиловим спиртом, потім іншим тампоном із спиртом обробляють лобок, великі статеві губи, промежину, низ живота, внутрішню та задню поверхні стегон до середини стегна.

Конусоподібна ампутація шийки матки за Штурмдорфом

Операція рекомендована при залозисто-м'язовій гіперплазії шийки матки, що розвивається в результаті хронічного цервіциту, при елонгації шийки матки у хворих з опущенням та випаданням матки.

Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах;
- фіксація передньої та задньої губи шийки матки кульовими щипцями;
- розширення цервікального каналу розширювачами Гегара до №8;
- циркулярний розтин слизової оболонки шийки матки (скальпелем);
- накладання на шийку двох кетгутових швів для фіксації шийки;
- конусоподібне видалення шийки матки, гемостаз;
- накладання основних кетгутових швів на шийку матки (кетгут №6, довжина ниток 25-30 см);
- накладання додаткових кетгутових швів на шийку матки (кетгут №4);
- обробка шийки йодом та видалення піхвових дзеркал.

Клиноподібна ампутація шийки матки за Шредером

Операція рекомендована при деформації шийки матки старими рубцями і значній її гіпертрофії, а також є одним з видів лікування передракових станів шийки матки.

Етапи операції:

- дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви;
- виведення шийки матки у дзеркалах;
- фіксація передньої та задньої губи шийки матки окремо кульовими щипцями;
- розширення цервікального каналу розширювачами Гегара до №10;
- симетричний розтин шийки матки ножицями з правого та лівого боку так, щоб розрізи не доходили до склепінь піхви;
- клиноподібне висічення передньої губи шийки матки та її формування;
- клиноподібне висічення задньої губи шийки матки та її формування;
- накладання на шийку кетгутових швів для з'єднання передньої та задньої губи;
- обробка шийки йодом та видалення піхвових дзеркал.

Екстирпація матки без придатків через піхву

(exstirpatio uteri per vaginam sine adnexis)

Показами до екстирпації матки через піхву є субмукозні фіброміоми матки, що народжуються; некротизовані пухлини, що народилися в піхві, сполучені із стінкою матки широкою підставою; різко виражене ожиріння черевної стінки у жінки з фіброміомою матки, що підлягає оперативному лікуванню. Вагінальна екстирпація матки при фіброміомі, що не перевищує розмірів головки новонародженого, може бути застосована у жінок старечого віку, а також у виснажених і ослаблених хворих, у яких передньо-черевний розріз протікає важче як під час оперативного втручання, так і в післяопераційному періоді.

Техніка операції.

Після ретельної дезінфекції піхви і пухлини, що народилася, спочатку вилущування фіброміоми цілком або частково, особливо при її омертвінні. Пухлину захоплюють міцними щипцями, надсікають ніжку капсули безпосередньо у стінки фіброміоми і викручують її. Якщо пухлина сполучена з маткою широкою підставою, розтинають капсулу і видаляють фіброміому шляхом висічення, стежачи за тим, щоб не пошкодити стінку матки. Часткове висічення проводять шляхом вирізування клиновидних шматків, обернених підставою клину кнаружі, а вершиною - всередину пухлини. Потім шийку матки захоплюють кульовими щипцями і змашують шийковий канал 5% йодною настоянкою.

При розташуванні пухлини, що народжується, в шийковому каналі шийку матки оголяють дзеркалами, захоплюють двома кульовими щипцями за передню губу і зводять до входу в піхві.

При зведенні шийки витягуються крижово-маткові і кардинальні зв'язки, а сечоводи, сечовий міхур і маткові артерії відходять догори. Сполучнотканинні волокна між сечовим міхуром і шийкою і волокна міхурово-піхвової перегородки при зведенні шийки натягаються.

Після цього циркулярним розрізом розтинають стінку піхви навколо шийки на рівні вагінальних зведень (мал. 1 А).

Видалення матки через піхву. Циркулярний розріз стінки піхви.

Передню стінку піхви разом з сечовим міхуром відсепаровують від шийки матки. Потім шийку матки зволікають до лона і розкривають через заднє зведення очеревину прямокишково-маткового поглиблення. У інфікованих випадках цю маніпуляцію проводять пізніше при відсіканні матки. Матку зволікають убік і вниз, а бічну стінку піхви за допомогою дзеркала відводять в протилежну сторону; сечовий міхур захищають дзеркалом.

Розітнуту стінку бічного зведення піхви зміщують тупфером або пальцем вгору, захоплюють затиском кардинальну зв'язку, розтинають її і лігують кетгуттом. Можна ці зв'язки розітнути і після накладення лігатур голкою Дешампа

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. 2. 3. 4. | Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації. | Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття. | 5 хв. |
| 2. | Основний етап Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Оперативні методи лікування в гінекології. 2. Вагінальні операції. 3. Конусоподібна ампутація шийки матки за Штурмдорфом. 4. Клиноподібна ампутація шийки матки за Шредером. | Проблемний семінар. Мультимедійний супровід. | 75 хв. |
| 1. 2. 3. | Заключний етап 1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання. 3. Завдання до наступного семінару. | Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю. | 10 хв. |

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. Оперативні методи лікування в гінекології.
2. Вагінальні операції.
3. Конусоподібна ампутація шийки матки за Штурмдорфом.
4. Клиноподібна ампутація шийки матки за Шредером.

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 звернулась 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,задне 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 розпирюючі 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 малорухомих 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?

Відповідь-провести лікувально-діагностичне роздільне вишкрібання ц/каналу та стінок матки, відправити зішкріб на ПГД, дообстежити жінку на 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-лейоміома матки великих розмірів з геморагічним синдромом. Провести лікувально-діагностичне роздільне вишкрібання ц/каналу та стінок матки, відправити зішкріб на ПГД, дообстежити жінку на оперативне лікування

3. Хвора 48 років, звернулась 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-лейоміома матки великих розмірів з геморагічним синдромом. Провести лікувально-діагностичне роздільне вишкрібання ц/каналу та стінок матки, відправити зішкріб на ПГД, дообстежити жінку на оперативне лікування

Методичну розробку семінарського заняття підготувала доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Т.Ю. Ляховська

25.02.2015

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.