

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:	Ендоскопічні діагностично-лікувальні методи в гінекології (гістероцервікоскопія) (код курсу 3.8)
Курс	ІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Актуальність теми

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 техніки оперативного лікування повинно займати важливе місце у кожного лікаря.

II. Навчальні цілі заняття

Для опанування теми заняття інтерн повинен знати:

1. Показання для гістероскопії в ургентному порядку
2. Показання для гістероскопії в плановому порядку
3. Обстеження гінекологічних хворих перед гістероскопією.
4. Анестезіологічна допомога при гістероскопії.
5. Особливості ведення післяопераційного періоду після гістероскопії.

В результаті проведення заняття інтерн повинен уміти:

1. Визначити показання, протипоказання та умови до операції гістероскопії
2. Проведення внутрішнього піхвового дослідження.
3. Скласти план обстеження для хворої для проведення гістероскопії
4. Які можуть бути ускладнення після даної операції і як уникнути?

III. Базові знання

1. Визначення «ендоскопічні методи лікування».
2. Техніка виконання ендоскопічних операцій.
3. Догляд за хворими в післяопераційному періоді.
4. Ведення реабілітаційного періоду.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

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

Розродження оперативним шляхом потребує адекватної психологічної підготовки пацієнтки, що вимагає високої кваліфікації лікаря. При обстеженні вагітної 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	
II. Наступні дисциплін	Методи знеболення при	Ведення післяопераційного

Анестезіологія	ендоскопічних операціях	періоду
III. Внутрішньопредметна інтеграція		
Показання для гістероскопії в ургентному порядку Показання для гістероскопії в плановому порядку	Обстеження гінекологічних хворих перед гістероскопією. Техніку виконання та показання до проведення гістероскопії.	Обстежити гінекологічну хвору перед гістероскопією.

V. Зміст теми семінарського заняття

ГІСТЕРОСКОПІЯ

Гістероскопія - це огляд стінок порожнини матки за допомогою ендоскопа з метою діагностики та проведення лікувальних хірургічних втручань при різних видах внутрішньоматкової патології.

Показання для проведення гістероскопії в ургентному порядку:

1. Мено- чи метрорагія.
2. Метрорагія після вагітності.
3. Народження субмукозної міоми.
4. Некроз субмукозної міоми.

Показання для проведення гістероскопії в плановому порядку:

1. Дисфункціональні маткові кровотечі.
2. Субмукозна міома матки.
3. Поліп ендометрія.
4. Гіперплазія ендометрія.
5. Підозра на рак ендометрія.
6. Внутрішньоматкові сінехії.
7. Аденоміоз.
8. Аномалії розвитку матки.
9. Чужорідні тіла у порожнині матки.
10. Неплідність, пов'язана з матковим фактором або проксимальною трубною оклюзією.
11. Підготовка до проведення допоміжних репродуктивних технологій.
12. Моніторинг ефективності лікування гіперпластичних процесів ендометрія.
13. Атипова гіперплазія (у спеціалізованих закладах).

Противоказання до проведення гістероскопії:

1. Профузна маткова кровотеча.
2. Вагітність.
3. Гострі запальні захворювання жіночих статевих органів.
4. Інфекційні захворювання (грип, ангіна, пневмонія, пієлонефрит та ін.).
5. Рак шийки матки, інфільтративний рак ендометрія.
6. Цервікальний стеноз.

Анестезіологічне забезпечення гістероскопій

У разі проведення гістероскопії використовують внутрішньовенний наркоз. Припустиме використання ендотрахеального наркозу. В окремих випадках за умови

наявності протипоказань до проведення наркозу можливе застосування парацервікальної анестезії.

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

Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового ендокхірургічного втручання (оперативна гістероскопія):

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).
7. Біохімічний аналіз крові (загальний білок, креатинін, білірубін, печінкові проби).
8. Коагулограма.
9. Цитологічне дослідження мазків з шийки матки і цервікального каналу або результат патогістологічного дослідження.
10. Кольпоскопія.
11. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.
12. Біопсія ендометрія.
13. Електрокардіограма.
14. ФГ або рентгенографія органів грудної клітки.
15. Огляд терапевта.
16. Огляд профільними спеціалістами за показаннями.

Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням планових «малих» діагностичних та лікувальних оперативних втручань:

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Група крові і резус-фактор.
3. Онкоцитологічне дослідження.
4. Бактеріоскопічне дослідження виділень із статевих шляхів, діагностика наявності папілома вірусу людини.

Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням ургентного оперативного втручання:

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

Обов'язкове морфологічне дослідження операційного матеріалу; інтраопераційно (за показаннями).

Антибіотикопрофілактику проводять під час введеного наркозу шляхом внутрішньовенного крапельного введення антибіотиків. За показаннями проводять повторне введення антибіотиків в післяопераційному періоді через 6-12 годин.

Післяопераційне ведення хворих:

1. Догляд у ранньому післяопераційному періоді.
2. Контроль виділень зі статевих шляхів.
3. Контроль гемодинаміки.
4. Контроль вмісту цукру у крові (при тривалих операціях).
5. Контроль відсутності симптомів подразнення очеревини.

Ведення післяопераційного періоду спрямоване на профілактику та своєчасне виявлення можливих ускладнень.

Ускладнення гістероскопії: діагностика, лікування

При проведенні гістероскопії спостерігаються наступні групи ускладнень:

1. Хірургічні ускладнення.
2. Ускладнення, пов'язані з засобами для розширення порожнини матки.
3. Ускладнення, зумовлені вимушеним тривалим положенням пацієнтки.
4. Анестезіологічні ускладнення.

Хірургічні інтраопераційні ускладнення

1. Травматичні ушкодження шийки матки кульовими щипцями при здійсненні розширення цервікального каналу.

Діагностика. Цей вид ускладнення діагностується при огляді в дзеркалах.

Лікувальна тактика. Кровотеча, яка може супроводжувати розриви шийки матки, підлягає зупинці шляхом компресії, застосування електрокоагуляції, або накладання гемостатичних швів по закінченні операції.

Профілактика. Ощадливе поводження з тканинами

2. Перфорація матки.

Діагностика. Ознаками перфорації матки є:

а) проникнення інструментів (зонд, розширювач Гегара, гістероскоп, електрокоагулятора тощо) на глибину, що перевищує очікувану довжину порожнини матки;

б) відсутній відтік рідини із порожнини матки та недостатнє її розширення;

в) візуалізація петель кишечника або картини, яку складно інтерпретувати.

У разі хоріонкарциноми, інфільтративного раку ендометрія можливий розрив матки.

Лікувальна тактика. Зупинка операції. Оцінка тяжкості перфорації. В сумнівних випадках, коли не виключається можливість пошкодження органів черевної порожнини, показана діагностична лапароскопія, лапаротомія. Консервативне лікування (холод на низ живота, утеротонічні засоби, антибіотики) показане у випадках невеликих розмірів перфорації та впевненості у відсутності пошкодження органів черевної порожнини, внутрішньої кровотечі або гематоми за умови динамічного спостереження. Хірургічне лікування тяжких форм перфорації матки або розриву матки з пошкодженням органів черевної порожнини потребує невідкладної лапаротомії.

Профілактика:

а) ощадливе поводження з тканинами;

б) візуальний контроль при введенні гістероскопа;

в) лапароскопічний контроль при гістероскопіях з підвищеним ризиком перфорації матки;

г) вдосконалення рівня оперативної техніки.

3. Кровотеча. Головною причиною кровотечі, яка виникає безпосередньо під час оперативної гістероскопії, є пошкодження крупних судин при здійсненні резекції.

Діагностика. Внаслідок кровотечі виникають труднощі візуалізації. Важливо з'ясувати, чи разом з пошкодженням судин не сталася перфорація матки.

Лікувальна тактика. Спроба зупинки кровотечі коагуляцією. При відсутності ефекту – зупинка операції, введення в порожнину матки катетера Фолея та застосування утеротонічних засобів. У випадку продовження кровотечі здійснюють лапаротомію, перев'язку маткових судин або гістеректомію.

Профілактика. Раціональна оперативна техніка, спрямована на уникнення глибокої резекції міометрію в ділянці бокових стінок матки та перешийка.

Хірургічні післяопераційні ускладнення.

1. Післяопераційні кровотечі можуть виникати після резекції ендометрія або міоми матки зі значним інтерстиціальним компонентом, внаслідок відриву струпа після абляції ендометрія та, рідко, внаслідок травми шийки матки.

Діагностика. Для з'ясування джерела кровотечі здійснюється огляд в дзеркалах.

Лікувальна тактика. Утеротонічні засоби, антибіотики (за виключенням випадків кровотечі з шийки матки). Хірургічне лікування (інструментальна ревізія порожнини матки, повторна гістероскопія, гістеректомія) застосовується рідко.

Профілактика. Ефективна профілактика відсутня.

2. Інфекційні ускладнення. Ендометрит, загострення хронічного сальпінгофориту виникають при затяжних операціях, частих повторних введеннях та виведеннях гістероскопа.

Діагностика. Болі внизу живота, підвищення температури тіла, гнійні виділення зі статевих шляхів, які виникають найчастіше через 48-72 години після операції. Важливо з'ясувати, чи не є причиною ускладнення термічне пошкодження органів черевної порожнини.

Лікувальна тактика. Антибіотикотерапія, симптоматичне лікування. Хірургічне лікування потрібне в рідких випадках, здебільшого при формуванні тубооваріальних абсцесів, пельвеоперитоніту.

3. Термічні пошкодження кишечника виникають при перфорації матки в ході гістерорезектоскопії, і рідко, при збереженій цілості стінки матки.

Діагностика. Через 1 – 5 діб після операції виникають біль в животі, підвищення температури тіла, лейкоцитоз, перитоніт.

Лікувальна тактика. При появі ознак перитоніту відразу, або після діагностичної лапароскопії, здійснюють лапаротомію з відповідним обсягом хірургічного втручання. За відсутності ознак перитоніту – медикаментозне лікування, динамічне спостереження в стаціонарних умовах.

Профілактика. Висока кваліфікація хірурга, здійснення експансивних оперативних втручань у 2-3 етапи.

4. Внутрішньоматкові синехії формуються при експансивних гістероскопічних операціях з великою раневою поверхнею.

Діагностика. Клінічні прояви внутрішньоматкових синехій включають олігоменорею, маткову аменорею, безплідність. При формуванні замкнутих просторів або стенозі цервікального каналу виникає гематометра, яка супроводжується циклічними болями внизу живота.

Лікувальна тактика. У випадках безплідності, зумовленої внутрішньоматковими синехіями, здійснюють гістероскопічний синехіолізис. Для усунення гематометри проводять розширення цервікального каналу, іноді гістероскопію.

Профілактика. Введення в порожнину матки внутрішньоматкового контрацептива в якості протектора та призначення естрогенів. Проведення гістероскопічних міомектомій при розмірах міоми понад 3 см у два або три етапи. Проведення через 1,5-2 місяці після експансивних операцій контрольних гістероскопій, спрямованих на усунення внутрішньоматкових синехій.

Ускладнення, пов'язані з засобами для розширення порожнини матки.

1. Ускладнення, пов'язані з використанням рідких засобів для розширення порожнини матки. Ця група ускладнень головним чином пов'язана з перегрузкою судинного русла рідиною, що супроводжується нудотою, гемодинамічними порушеннями, ризиком розвитку набряку легень, серцевої недостатності, гемолізу. Ускладнення та особливості їх проявів залежать від виду та кількості використовуваної рідини.

Діагностика ґрунтується на результатах об'єктивного обстеження, вимірювання АТ, дослідження вмісту глюкози, натрію крові, коагулограми.

Лікувальна тактика. Перегрузка судинного русла рідиною передбачує застосування діуретичних та серцевих засобів, інгаляції кисню. При діагностуванні гемолізу здійснюють інфузійну терапію та контроль функції нирок та печінки. Гіпоглікемія у пацієток з цукровим діабетом потребує внутрішньовенного введення глюкози під контролем вмісту глюкози крові. При набряку легень внаслідок респіраторного дистрес-синдрому та анафілактичному шоку вводять глюкокортикоїди, здійснюють інгаляцію кисню, при потребі переходять на штучну вентиляцію легень.

Профілактика. Підбір засобів для розширення порожнини матки відповідно до планованої операції. Контроль за використанням рідини, тривалістю операції. Застосування сучасних систем подачі рідини з можливістю автоматичного контролю тиску в порожнині матки на рівні не більше 75 мм.рт.ст. Застосування в ході операції утеротонічних засобів.

2. Ускладнення, пов'язані з використанням CO₂. Газова гістероскопія може ускладнитись серцевою аритмією внаслідок метаболічного ацидозу або газовою емболією. При попаданні в систему подачі рідини повітря гістероскопія може ускладнитись повітряною емболією.

Діагностика. Серцева аритмія діагностується інтраопераційно за даними пульсометрії. Газова емболія супроводжується різким падінням АТ, ціанозом, порушеннями дихання.

Лікувальна тактика. Зазначені ускладнення потребують невідкладної інтенсивної терапії за участю анестезіолога. Лікувальний заклад, де проводиться гістероскопія, повинен бути оснащений всім необхідним для проведення реанімаційних заходів.

Профілактика. Дотримання параметрів подачі газу та контроль тиску в порожнині матки в межах 50 мм.рт.ст. Недопускання попадання повітря в систему подачі рідини в порожнину матки.

Ускладнення, зумовлені вимушеним тривалим положенням пацієнтки

Тривале вимушене положення пацієнтки на операційному столі може привести до тромбозу глибоких вен гомілок. Порушення техніки безпеки при роботі з монополярною електрохірургією можуть привести до опіків м'яких тканин.

Діагностика. Опіки діагностуються через добу після операції за результатами огляду ураженої поверхні, яка має контури границь пасивного електрода. Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок діагностується на підставі симптомів тромбозу (біль, набряк, гіперемія та ін.), які виникають через декілька діб після операції.

Лікувальна тактика. Тромботичні ускладнення потребують негайної консультації судинного хірурга та відповідної терапії.

Анестезіологічні ускладнення

При здійсненні анестезії можуть розвинутиись ускладнення, які відносяться до групи анестезіологічних. Це ***алергічні реакції*** включно з анафілактичним шоком, та специфічні для кожного з видів застосовуваної анестезії ускладнення. Розвиток ускладнень може змусити припинити подальше проведення операції.

Діагностика та лікування анестезіологічних ускладнень здійснюється лікарем анестезіологом-реаніматологом.

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 2. Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. Показання для гістероскопії в ургентному порядку 2. Показання для гістероскопії в плановому порядку 3. Обстеження гінекологічних хворих перед гістероскопією. 4. Анестезіологічна допомога при гістероскопії. 5. Особливості ведення післяопераційного періоду після гістероскопії.	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. *Гінекологія*: національне керівництво / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа,

2007. – 1072с.

4. Клиническая визуальная диагностика / Под ред. В.Н. Демидова, Е.П. Затилян. – М.: Триада-Х, 2004. – 437с.
5. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.
6. Гинекологическая диагностика и лечение // Под. общ. ред. Л.А.Суслопарова. - М.: 2006.
7. *Вовк И.Б., Корнацкая А.Г., Чайка В.К.* Опухолевидные поражения яичников. – Киев, 2007. – 32с.
8. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
9. Гінекологія: підручник для ВМНЗУ III-IV рівнів-В.І.Грищенко М.О., Щербига Б.М., Венцківський та ін./-Медицина,2007.

Питання

1. Показання для гістероскопії в ургентному порядку
2. Показання для гістероскопії в плановому порядку
3. Обстеження гінекологічних хворих перед гістероскопією.
4. Анестезіологічна допомога при гістероскопії.
5. Особливості ведення післяопераційного періоду після гістероскопії.

Завдання

1. Визначити показання, протипоказання та умови до операції гістероскопії
2. Проведення внутрішнього піхвового дослідження.
3. Скласти план обстеження для хворої для проведення гістероскопії
4. Які можуть бути ускладнення після даної операції і як уникнути?

Тестові завдання

1. Хвора В., 27 років, звернулась у жіночу консультацію зі скаргами на болі внизу живота, які з'являються за кілька днів до менструації, а з її початком дещо зменшуються. Не однократно проходила курс протизапальної терапії та фізіотерапії, але лікування було без позитивного ефекту. При УЗД ,проведеному у середині менструального циклу, патології не виявлено. З попереднім діагнозом – аденоміоз жінка була госпіталізована у гінекологічне відділення для уточнення діагнозу та лікування. Яке обстеження потрібно зробити для підтвердження діагнозу?

А Рентгенографію органів малого тазу та черевної порожнини

Б Роздільне діагностичне вишкрібання порожнини матки

В Гістероскопію

Г. Лапароскопію

Д. Біопсію

2. Хвора 46 років доставлена у гінекологічне відділення каретою швидкої допомоги зі скаргами на надмірну менструацію протягом останніх 2-х діб, слабкість, головокружіння. При проведенні піхвового дослідження виявилось, що матка щільна, безболісна, збільшена до 9 тиж. вагітності.

Тактика лікаря

А. Кольпоскопія

Б. Діагностичне вишкрібання ц/к та стінок порожнини матки*

В. Гістероскопія

Г. Лапароскопія

Д. УЗД органів малого тазу.

3. У хворої 36 років, на профілактичному огляді в дзеркалах виявлено деформацію шийки матки старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному дослідженні на задній губі виявлені поля дисплазії. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу?

- А) Біопсію шийки матки. *
- В) Діагностичне вишкрібання.
- С) Цистоскопія, іригоскопія.
- Д) Бактеріологічне обстеження виділень.
- Е) УЗД органів малого тазу.

Ситуаційні задачі :

Задача №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. Які обстеження слід провести? (УЗД органів малого тазу, гістроскопію)

3. Хвора скаржиться на втрату свідомості, біль в нижніх відділах живота, затримку місячних на 2 тижні. Шкіра і слизові бліді. Пульс 110/хв, нитковидний, Нв 76 г/л, темп. 36,8°C. АТ 80/60 мм рт.ст. Вагінально: ціаноз слизових, темні кров'яністі виділення, тіло матки дещо збільшене, різко болоче при зміщенні, справа - пухлиноподібний утвір нечітких розмірів. Задне склепіння піхви нависає, болоче. Який найбільш імовірний діагноз? (Порушена позаматкова вагітність)

4. До лікаря звернулася жінка 62 років зі скаргами на кров'яні виділення з піхви. Менопауза 12 років. При обстеженні – матка декілька збільшена, безболісна, додатки не пальпуються. Тактика лікаря? (Фракційне діагностичне вишкрібання)

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

13.01.2015

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 7 від 16.01 2015 року

Методична розробка переглянута; доповнення та зміни внесені
„_____” _____ 201__ р.