

# ГІНЕКОЛОГІЧНА ЕНДОСКОПІЯ

## ЛАПАРОСКОПІЯ

**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, піосальпікс, гнійні тубооваріальні утворення, абсцеси міхурово-маткового та прямокишково-маткового простору).
6. Диференційна діагностика гострої хірургічної та гінекологічної патології.
7. Некроз субсерозних міоматозних вузлів.
8. 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. Трубна стерилізація.
3. Неплідність.
4. Доброякісні пухлини яєчників.
5. Міома матки.
6. Аномалії розвитку внутрішніх статевих органів.
7. 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).
8. Моніторинг ефективності лікування ендометріозу III-IV стадії. Моніторинг ефективності лікування онкогінекологічних захворювань (в спеціалізованих закладах “second look” після проведення комбінованого лікування рака яєчників).
9. 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, місцевої інфільтраційної анестезії (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 ендохірургічного 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 ввідного 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 CO<sub>2</sub> 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

#### **Ускладнення, зумовлені вимушеним тривалим положенням пацієнтки**

Тривале вимушене положення пацієнтки на операційному столі може привести до травми плечового нервового сплетіння, пошкодження зв'язок хребта, тромбозу глибоких вен гомілок. Порушення техніки безпеки при роботі з монополярною електрохірургією можуть привести до опіків м'яких тканин.

*Діагностика.* Травма плечового нервового сплетіння супроводжується болями та парестезіями в ділянці відповідного плеча та руки. Пошкодження зв'язок хребта проявляється больовим синдромом, парестезіями в ногах. 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.* При легких формах уражень плечового нервового сплетіння, зв'язок хребта призначають симптоматичне лікування та здійснюють динамічне спостереження. За відсутності ефекту чи появи парестезій та інших симптомів поразення периферичної нервової системи необхідна консультація невропатолога. Тромботичні ускладнення потребують негайної консультації судинного хірурга та відповідної терапії.

#### **Анестезіологічні ускладнення**

При здійсненні анестезії можуть розвинутих 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.

### **Протокол лапароскопії ЛАПАРОСКОПІЯ**

ПІБ..... Вік.....

Дата..... 200 р. Поч..... Кінець..... Тривал..... № іст.хвор.....

Знеболення..... Крововтрата.....

В асептичних умовах типово виконана лапароскопія, введено 1 / 2 / 3 інструмента і оптика.

При ревізії органів черевної порожнини **ВИЯВЛЕНО:**

сальник....., петлі кишечника.....,

апендикс....., печінка.....,

жовчний міхур....., шлунок.....,

селезінка....., парієтальна очеревина.....

інші

особливості.....

**Матка** розмірами .....см, .....форми, .....

кольору;

**Лівий яєчник** розмірами.....,

.....форми,

**Кіста**.....

**Правий яєчник** розмірами.....,

.....форми,

**Кіста**.....

**Ліва труба** візуалізується вся / частково,

.....кольору, .....

.....розмірів

фімбрії збережені/збережені частково/

оклюзія.....

**Права труба** видима вся/ частково,

.....кольору, .....

.....розмірів

фімбрії збережені/збережені частково/

оклюзія.....

**Хромогідротубація зліва:**

розчин проник в трубу / не проник

розчин повільно вилився у черевну

порожнину / з труднощами / не вилився

Передньоматковий простір.....

Позаматковий простір.....

**Хромогідротубація справа:**

розчин проник в трубу / не проник

розчин повільно вилився у черевну

порожнину / з труднощами / не вилився

Крижово-маткові зв'язки: справа.....зліва.....

Широкі маткові зв'язки: справа.....зліва.....

Випіт.....

Спайки відсутні / спайковий процес ..... стадії: спайки, щільні, рихлі, шнуровидні, площинні, поодинокі, множинні, інтимні зрощення, з судинним компонентом розташовані: .....

Ендометріюїдні гетеротопії: відсутні / поодинокі / множинні, розташовані .....

інші особливості.....

Термінове інтраопераційне цитологічне дослідження.....

Морфологічне дослідження (за показаннями).....

**ВИКОНАНО:**.....

**Хромогідротубація зліва:**

розчин проник в трубу / не проник  
розчин повільно вилився у черевну порожнину / з труднощами / не вилився

**Хромогідротубація справа:**

розчин проник в трубу / не проник  
розчин повільно вилився у черевну порожнину / з труднощами / не вилився

Кольпотомія задня / передня.

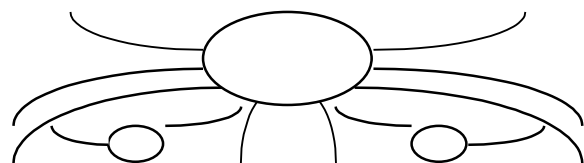
Гемостаз. Дренування порожнини малого тазу: дренажі в кількості \_\_\_\_\_ проведені через: праву здухвинну ділянку / ліву здухвинну ділянку / піхву

Гідроперитонеум – 200 мл ..... Газ і інструменти видалені.

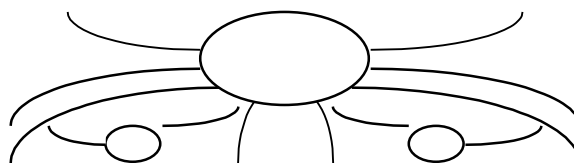
На шкіру накладено ..... шва / скобки / плівка, асептична повязка

Ускладнення.....

зліва **виявлено** справа



зліва **стан після операції** справа



**Макропрепарат:**.....

.....

.....  
.....  
**ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ:**.....  
.....  
.....

*ХІРУРГ*.....

*АСИСТЕНТИ* 1).....2).....

*АНЕСТЕЗИОЛОГ*.....*ОПЕР. СЕСТРА*.....

## 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. Меню- 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 гістероскопії***

У разі проведення гістероскопії використовують внутрішньовенний наркоз. Припустиме використання ендотрахеального наркозу. В окремих випадках за умов 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 пошкоджень 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 сальпінгоофориту 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 пацієнток з цукровим діабетом потребує внутрішньовенного введення глюкози під контролем вмісту глюкози крові. При набряку легень внаслідок респіраторного дістрес-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 CO<sub>2</sub>.** 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 розвинутих 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.

**Протокол гістероскопії**  
**ГІСТЕРОСКОПІЯ**

ПІБ..... Вік.....

...

Дата.....200 р. Поч..... Кінець..... Тривалість.....№ іст.хвор.....

Знеболення..... День цикла.....

В асептичних умовах шийка матки взята на кульові щипці. Довжина порожнини матки по зонду.....см. Цервікальний канал розширений розширювачами Гегара до № .....

В порожнину матки введено гістероскоп.....мм

**ВИЯВЛЕНО:**

Порожнина матки: нормальних / зменшених / збільшених розмірів,  
не деформована, деформована міоматозним вузлом розташованим субмукозно /  
інтерстиціально, на широкій / вузькій ніжці, із передньої / лівої / задньої / бокової стінки /  
дна, діаметром ..... см,

аномалії розвитку.....

внутріматкові сінехії.....

ендометріюїдні ходи на передній / лівій / задній / боковій стінці / в дні матки

Вічки маткових труб: справа вільне / звужене / закрито,

зліва вільне / звужене / закрито.

Слизова: блідно-рожева / яскраво рожева / нерівномірно забарвлена,

атрофічна / тонка / складчата / гіпертрофована / нерівномірної товщини

поліпоподібні розростання / поліпи поодинокі / поліпи множинні на передній / лівій / задній /  
боковій стінці / в дні

Судинний малюнок : не виражений / виражений

Крововиливи : дрібні / масивні, поодинокі / множинні

Ендочервікс.....

Інша

патологія.....

**ВИКОНАНО:**.....

вишкрібання ендометрія / фракційне - матеріал мізерний / помірний / значний

**Макропрепарат:** 1) вишкріб з порожнини матки, 2) вишкріб з цервікального каналу,

Морфологічний діагноз (при необхідності – інтраопераційно).....

**ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ:**

*ХІРУРГ*.....

*АСИСТЕНТИ*.....

*АНЕСТЕЗІОЛОГ*.....

*ОПЕР. СЕСТРА*.....