

**ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
“УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”  
ФАКУЛЬТЕТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ТА  
ДОУНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ ПІДГОТОВКИ  
КАФЕДРА ОХОРОНИ МАТЕРИНСТВА ТА ДИТИНСТВА**

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Декан факультету післядипломної  
освіти та доуніверситетської  
підготовки  
\_\_\_\_\_ Іван ЧОПЕЙ  
“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Галузь знань	<b>22 «Охорона здоров'я»</b>
Складник освіти (вид освітнього заходу)	<b>Клінічна ординатура – 2 рік</b>
Спеціальність	<b>222 «Медицина»</b>
Назва (спеціальність інтернатури) освітнього заходу	<b>14.01.01. Акушерство та гінекологія</b>
Кваліфікація	<b>Лікар-спеціаліст</b>

Ужгород 2022 рік

Робоча програма навчальної дисципліни «Акушерство та гінекологія» для клінічної ординатури галузі знань 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 222 «Медицина» предметної спеціальності (спеціалізації) (за наявності) 14.01.01. Акушерство та гінекологія освітньої програми «Лікувальна справа».

Розроблена у відповідності до Примірної програми підготовки в інтернатурі, затвердженої Наказом МОЗ України №1219 від 14 липня 2022 року відповідно до Наказу МОЗ України №1254 від 22 червня 2021 року «Про затвердження Положення про інтернатуру», зареєстроване в Міністерстві юстиції України 17 серпня 2021 року за №1081/36703.

**Розробник:** Корсак В.В., доцент кафедри охорони материнства і дитинства ФПОДП, кандидат медичних наук.

Робочу програму розглянуто та затверджено на засіданні кафедри охорони материнства і дитинства ФПОДП

протокол № \_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

Завідувач кафедри Міщода Р.М. \_\_\_\_\_

Схвалено методичною комісією факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки.

Протокол № \_\_\_\_\_ від « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ року

Голова методичної комісії \_\_\_\_\_ Роман МІЦОДА

## 1. ОПИС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Найменування показників	Розподіл годин за навчальним планом	
	Освітня частина (очна частина)	Практична частина (заочна частина /бази стажування)
Кількість кредитів ЄКТС – 66	Рік підготовки: 2-й	
Загальна кількість годин – 1980	1980	
Кількість модулів – 9	Семестр: 3-й та 4-й	
Тижневих годин для денної форми навчання:  аудиторних – 30  самостійної роботи клінічного ординатора – 15	Лекції:	
	66	
	Практичні:	
	1056	
Вид підсумкового контролю: іспит	Семінарські:	
	198	
Форма підсумкового контролю: комбінована	Самостійна робота:	
	660	

## 2. МЕТА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Метою вивчення навчальної дисципліни «Акушерство та гінекологія» є закріпити і удосконалити набуті професійні навички, систематизувати і поглибити спеціальні знання основної та суміжних дисциплін і підготуватись до атестації на визначення знань і практичних навичок клінічного ординатора акушера-гінеколога відповідної кваліфікаційної категорії.

Програма підготовки в клінічній ординатурі з акушерства та гінекології – єдиний комплекс освітніх та практичних компонентів, спланованих і організованих закладами вищої освіти і базами стажування з метою забезпечення набуття клінічними ординаторами компетентностей, необхідних для кваліфікації лікаря-спеціаліста, їх професійної готовності до самостійної діяльності за фахом, який ґрунтується на академічній добросовістості, медичній етиці та деонтології, доказовій медицині. Програму підготовки складено з урахуванням вимог Європейської ради та Коледжу акушерства та гінекології (EBCOG) до підготовки фахівців акушерів-гінекологів.

Підготовка клінічних ординаторів проводиться за індивідуальними навчальними планами, розробленими на підставі програми підготовки в клінічній ординатурі, та навчальних планів, затверджених Вченою радою закладу вищої освіти. За період підготовки клінічні ординатори

повинні оволодіти компетенціями, знаннями та навичками, які визначені програмою підготовки та індивідуальним навчальним планом.

Головним методичним принципом навчання в клінічній ординатурі є розвиток активності лікарів і контроль їхньої самостійності.

Практичними навичками клінічні ординатори оволодівають, працюючи під керівництвом викладачів в акушерських, гінекологічних відділеннях, а також у відділеннях новонароджених та у жіночих консультаціях. При засвоєнні та оволодінні практичними навичками необхідно ширше використовувати учбові фільми, муляжі, тренажери, фантоми і таке інше.

Особливу увагу доцільно приділяти навчанню клінічних ординаторів під час чергувань, консиліумів, аналізів материнської, гінекологічної, перинатальної захворюваності і смертності, клінічних розборів та інших медичних заходів.

Оволодіння професійними навичками оцінюється на всіх етапах підготовки клінічних ординаторів: базовий, проміжний та заключний комп'ютерний тестовий контроль, рубіжні тематичні контролю, реферативні доповіді, диференційовані заліки та підсумковий іспит, включаючи і залік з практичних навичок.

Всі види контролю за ходом підготовки клінічних ординаторів відображаються в щоденниках роботи та в залікових книжках.

В процесі контролю за виконанням плану і програми клінічної ординатори керівник підготовки клінічного ординатора оцінює розуміння фундаментальних теоретичних положень з акушерства і гінекології, вміння застосувати отримані знання на практиці, рівень володіння сучасними методами апаратної функціональної діагностики та найбільш розповсюдженими маніпуляціями і оперативними втручаннями в акушерстві та гінекології, здатність визначити форму, складність, ступінь тяжкості і прогноз захворювання, вміння використати сучасні досягнення специфічної етіотропної патогенетичної терапії окремих захворювань, методи їх профілактики, а також знання клінічним ординатором наказів, методичних вказівок, регламентів МОЗ України, обласних та міських відділів охорони здоров'я.

Працюючи на клінічних базах клінічний ординатор проводить самостійний прийом хворих та вагітних у жіночій консультації, виконує різні діагностичні та лікувальні маніпуляції, приймає роди, обстежує та оперує гінекологічних хворих у стаціонарі. При цьому клінічний ординатор закріплює набуті професійні навички та вміння. Одночасно клінічний ординатор продовжує вивчати та реферувати спеціальну літературу, систематизує її у вигляді тематичних рефератів на запропоновані кафедрою теми.

Підготовка клінічного ординатора залучаються завідуючі відділеннями, лікарі з вищою та першою кваліфікаційними категоріями; в спеціальних таблицях, що складає клінічний ординатор, відображається підсумкова кількість різних маніпуляцій, виконаних ним у відділеннях. Викладачі кафедри здійснюють керівництво шляхом контролю за виконанням плану підготовки.

**Завданнями** підготовки фахівців в галузі акушерства і гінекології є створення компетентного лікаря для Європейської системи охорони здоров'я з якісною взаємодією з фахівцями інших медичних спеціальностей; оптимізованою комплексною допомогою з використанням сучасних методів діагностики та лікування.

### **3. ПЕРЕЛІК ОBOB'ЯЗKOBИX КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ПО ЗАКІНЧЕННЮ НАВЧАННЯ**

(освітньо-кваліфікаційна характеристика; слухач повинен знати, вміти)

<b>ПРОГРАМНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ</b>	
<b>ІНТЕГРАЛЬНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ</b>	Здатність розв'язувати спеціалізовані задачі і проблеми у професійній діяльності в галузі охорони здоров'я за спеціальністю «Акушерство та гінекологія»
<b>ЗАГАЛЬНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ</b>	ЗК 01. Знання основ законодавства України про охорону здоров'я та їх застосування у щоденній практиці.

	ЗК 02. Здатність до абстрактного мислення, пошуку, аналізу, синтезу, опрацювання інформації, зокрема з різних джерел та у взаємозв'язку зі своєю сферою діяльності.
	ЗК 03. Здатність до професійної діяльності з урахуванням принципів академічної доброчесності на основі етичних норм, поваги до культурної, етнічної, релігійної, гендерної та соціальної різноманітності, із забов'язанням зберігати конфіденційність та гідність пацієнта.
	ЗК 04. Здатність до міжособистої взаємодії та комунікації як усно, так і письмово з пацієнтками, їх родиною або представниками, колегами та іншими експертами, членами міждисциплінарної команди.
	ЗК 05. Здатність працювати у команді.
	ЗК 06. Спроможність до самооцінки власних досягнень та підвищення їх рівня.
	ЗК 07. Спроможність усно і письмово спілкуватися державною мовою при заповненні медичної документації та спілкуванні з пацієнтами.
	ЗК 08. Здатність до навчання пацієнта, членів його родини та представників, членів мультидисциплінарної команди, інших фахівців
	ЗК 09. Уміння використовувати інформаційно-комунікаційні технології, володіння навичками роботи з комп'ютерною технікою.
	ЗК 10. Спроможність до критичного мислення, аналізу та вирішення ситуативних проблем в медичній практиці.
	ЗК 11. Спроможність реалізувати систему знань і практичних умінь щодо забезпечення здорового способу та безпеки власного життя і пацієнтів, сприяти усуненню його негативних впливів на здоров'я суспільства, сприяти підвищенню якості життєво важливих складових (вода, повітря, харчові продукти тощо).
	ЗК 12. Демонстрування соціальної активності та відповідальної громадянської позиції у лікарській діяльності.
	ЗК 13. Спроможність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.
	ЗК 14. Спроможність інтерпретувати результат лабораторних та інструментальних досліджень.
	ЗК 15. Спроможність діагностувати: визначати попередній, клінічний, остаточний, супутній діагноз, невідкладні стани.
	ЗК 16. Спроможність до визначення тактики, методів та надання екстреної медичної допомоги, домедичної допомоги за міжнародними протоколами.

	ЗК 17. Знати показання, протипоказання, побічні дії препаратів, які використовуються в лікарській практиці та побічну дію з боку препаратів, які приймаються пацієнтом системно.
<b>ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ</b>	ПК 01. Вміння проводити збір анамнезу пацієнта та сім'ї, включаючи соціальні питання, проводити точний клінічний огляд та оцінку життєво важливих показників, внутрішніх та зовнішніх статевих органів та живота та адекватно інтерпретувати результати
	ПК 02. Вміння діагностувати, оцінювати, досліджувати, контролювати та інтерпретувати дані з урахуванням найпоширеніших акушерських та гінекологічних станів
	ПК 03. Вміння проводити та призначати своєчасні та відповідні дослідження, такі як дослідження мікробіологічних зразків, лабораторні дослідження та рентгенологічне обстеження, а також інтерпретувати результати у зв'язку з колегами (наприклад, рентгенологами) стосовно клінічних даних для формування диференціального діагнозу.
	ПК 04. Вміння забезпечити основні терапевтичні втручання, включаючи безпечне та належне призначення та введення кисню, ліків та терапії, продуктів крові, підтримки кровообігу та катетеризації сечового міхура.
	ПК 05. Вміння провести оцінку, профілактику та лікування болю.
	ПК 06. Вміння розпізнавати та сортувати гостро хворих пацієнтів та розпочинати адекватне лікування, включаючи септичних пацієнтів та пацієнтів з післяпологовими ускладненнями та пацієнтів, які потребують реанімації
	ПК 07. Вміння підтримувати ефективну комунікацію з пацієнтами та родичами, відповідно до принципів спільного прийняття рішень та усвідомленої згоди, точно документувати це спілкування та виконувати командну роботу з ефективним спілкуванням у рамках медичної групи.
	ПК 08. Вміння забезпечити периопераційну допомогу, визначити показання та протипоказання до операцій, ризику операцій, показання до переливання крові, вміння визначити післяопераційні ускладнення та показання до реанімації.
	ПК 09. Вміння визначити, як гінекологічні захворювання впливають на статеву функцію, оцінити статеву функцію та можливий негативний сексуальний досвід, вміння визначити наслідки сексуального насильства на гінекологічну патологію та поведінку.
	ПК 10. Вміння оцінювати біопсихосоціальні аспекти акушерсько-гінекологічних станів.
	ПК 11. Вміння діагностувати ранню вагітність, її локалізацію, життєздатність ембріона, ускладнення, забезпечити основні терапевтичні втручання, показання до додаткових обстежень

	<p>ПК 12. Вміння визначати план та тактику ведення фізіологічної вагітності, фізіологічних пологів та післяпологового періоду шляхом прийняття обґрунтованого рішення за чинними клінічними протоколами і настановами</p>
	<p>ПК 13. Вміння проводити оцінку загального стану новонародженої дитини шляхом прийняття обґрунтованого рішення за чинними клінічними протоколами і настановами, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм.</p>
	<p>ПК 14. Вміння встановлювати остаточний клінічний діагноз шляхом прийняття обґрунтованого рішення та логічного аналізу отриманих суб'єктивних і об'єктивних даних клінічного, додаткових обстежень, проведення диференційної діагностики, відповідно до чинних клінічних протоколів і настанов</p>
	<p>ПК 15. Вміння діагностувати ускладнення вагітності, визначати план та тактику ведення, показання до розродження за медичними показаннями шляхом прийняття обґрунтованого рішення відповідно до чинних клінічних протоколів і настанов</p>
	<p>ПК 16. Вміння діагностувати пологи, визначати план та тактику ведення неускладнених пологів відповідно до чинних клінічних протоколів і настанов</p>
	<p>ПК 17. Вміння надавати допомогу при ускладнених пологах (передчасні пологи, оперативні пологи, при багатоплідній вагітності та в тазовому передлежанні) відповідно до чинних клінічних протоколів і настанов</p>
	<p>ПК 18. Вміння провести діагностику дистресу плода в пологах, визначити тактику ведення пологів відповідно до чинних клінічних протоколів і настанов</p>
	<p>ПК 19. Вміння визначити показання та провести плановий, повторний та екстрений кесарів розтин відповідно до чинних клінічних протоколів і настанов</p>
	<p>ПК 20. Вміння діагностувати та надати консервативну і оперативну допомогу при кровотечі у третьому періоді пологів, ранній і пізній післяпологовій кровотечі відповідно до чинних клінічних протоколів і настанов</p>
	<p>ПК 21. Вміння діагностувати та надати оперативну допомогу при травмах родових шляхів відповідно до чинних клінічних протоколів і настанов</p>
	<p>ПК 22. Вміння діагностувати, визначити показання до конкретного лікування, беручи до уваги всі варіанти лікування патології зовнішніх статевих органів, внутрішньоматкової патології та патології матки і придатків.</p>
	<p>ПК 23. Вміння визначити показання до конкретного лікування, консультуватись щодо лікування та забезпечити консервативне лікування поширеної гінекологічної патології.</p>

	ПК 24. Вміння визначити показання до конкретного лікування, консультуватись щодо лікування та забезпечити хірургічне лікування поширеної гінекологічної патології.
	ПК 25. Вміння провести консультування щодо контрацепції у здорової дорослої людини та у пацієнтки з проблемою здоров'я або супутнім захворюванням
	ПК 26. Вміння провести встановлення діафрагми / ковпачка шийки матки, введення внутрішньоматкового контрацептиву, встановлення підшкірних імплантатів.
	ПК 27. Вміння провести оцінку субфертильності та фертильності чоловіків і жінок
	ПК 28. Вміння діагностувати порушення менструального циклу (первинна аменорея, вторинна аменорея, олігоменорея) та виявляти причини їх виникнення, визначити показання до конкретного лікування, беручи до уваги всі варіанти лікування
	ПК 29. Вміння ідентифікувати урогінекологічні проблеми і дисфункцію тазового дна, визначити показання до конкретного лікування, беручи до уваги всі варіанти лікування а також забезпечити лікування з урахуванням певних навичок (хірургічне лікування).
	ПК 30. Вміння діагностувати передракові гінекологічні стани з проведенням цервікального скринінгу, кольпоскопії з біопсією, обговорити всі варіанти лікування, визначити показання до конкретного лікування
	ПК 31. Вміння ідентифікувати проблему; визначити обсяг діагностичних заходів при підозрі на гестаційну трофобластичну хворобу, карциному яєчників, карциному шийки матки, злоякісні або передракові стани ендометрію, рецидив або прогресування гінекологічних онкологічних станів.
	ПК 32. Вміння ідентифікувати проблему, визначити необхідність діагностичних заходів для розпізнавання у дівчинки сексуального насильства, травми статевих органів, верифікації вагінальних виділень, гострого болю у животі у дівчинки, захворювань, що передаються статевим шляхом у дівчинки.
	ПК 33. Вміння визначити показання до конкретного лікування, провести консультування щодо лікування, а також забезпечити лікування захворювань, що передаються статевим шляхом у дорослих жінок та дівчаток у препубертатному та пубертатному періоді
	ПК 34. Вміння надати невідкладну допомогу при травмі вульви/піхви/промежини/прямої кишки у підлітків та дітей у препубертатному та пубертатному періоді.
	ПК 35. Вміння провести клінічне обстеження та скринінг патології молочних залоз.



## 4. ПРОГРАМА ТА ПЛАН НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ.

### **МОДУЛЬ І. ОПЕРАТИВНА ГІНЕКОЛОГІЯ.**

#### ***Мета змістовного модулю:***

1. Вивчити передопераційну підготовку
2. Вивчити діагностичні операції
3. Вивчити консервативні операції на матці
4. Вивчити радикальні та напіврадикальні операції на матці
5. Вивчити операції на додатках матки
6. Операції при злоякісних пухлинах статевих органів
7. Методи оперативного лікування при ретродевіаціях матки, зміщені стінок піхви, випадінні матки. Операції на шийці матки
8. Оперативні втручання при аномаліях розвитку жіночих статевих органів
9. Відновлюючі операції при травмах і фістулах кишечника і сечовивідних шляхів
10. Інтенсивна терапія та профілактика ускладнень в післяопераційному періоді

#### ***Теми для вивчення:***

##### **Тема 1. Передопераційна підготовка.**

Адекватне обстеження та відбір пацієнток. Дискусія з хворою про ризик і наслідки операції. Збирання скарг і анамнезу, інформації щодо екстрагенітальних захворювань, перенесених травм.

Об'єктивне обстеження: артеріальний тиск, пульс, зріст, маса, температура, аускультация легень, молочних залоз, живота і таза, а також неврологічне, ортопедичне дослідження, стан щитоподібної залози та аномалій розвитку статевих органів. Оцінка стану молочних залоз: симетричність, розмір, стан сосків, наявність виділень. Виконують пальпацію та перкусію живота, виявляють наявність асцита. При гінекологічному обстеженні оглядають вульву, зовнішній отвір уретри, піхву, шийку матки, виконують кольпоскопію, беруть матеріал для цитологічного та бактеріоскопічного дослідження. При бімануальному обстеженні зясовується стан матки та придатків: величина, консистенція, рухомість, болючість; стан параметріїв, крижово-маткових зв'язок, склепінь.

Лабораторне дослідження: загальний аналіз крові та сечі, групу крові, резус-фактор, РВ, глюкоза крові, коагулограма, біохімічний аналіз крові, ЕКГ, рентгенологічне дослідження органів грудної клітини, УЗД органів черевної порожнини та малого тазу, бактеріоскопічне та цитологічне дослідження мазків. Огляд терапевта та анестезіолога, за показами – інших спеціалістів. Рекомендовано не вживати їжі та рідини після 24 год, на вечерю- легка їжа. Очисна клізма ввечері та зранку; забезпечити добрий нічний сон. При наявності інфекцій, які передаються статевим шляхом – провести санацію до операції.

Передопераційна антибіотикопрофілактика: вводять 2 грами в/в або в/м перед анестезією цефазоліну, цефотетану або цефатоксиму, дозу повторюють через 12 та 24 год після операції. Можна використовувати напівсинтетичні пеніциліни і лактомазні пеніциліни широкого спектру дії. Перед операцією бриють волосся, передню черевну стінку, вульву, промежину і піхву обробляють розчином антисептика ( кутасепт та ін.)

Профілактика інфекцій хірургічної рани :

1. Лікування всіх інфекцій до операції
2. Не видаляти волосся в ділянці оперативного втручання, якщо воно не заважає операції
3. Видаляти волосся безпосередньо перед операцією ( краще за допомогою електричного депілятора )
4. Проводити адекватний контроль за рівнем глюкози в крові у хворих на діабет

5. Приймання душі або ванни напередодні операції
6. Відмова від куріння за 30 днів до операції
7. Скорочення передопераційного перебування хворої у стаціонарі

## **Тема 2. Діагностичні операції.**

**Зондування матки.** Зовнішні статеві органи і піхву підготовляють із дотриманням правил асептики та антисептики. Перед зондуванням проводять вагінальне дослідження для визначення розмірів, форми матки і її відношення до суміжних органів. Шийку матки беруть кульовими щипцями і зводять вниз. Матковий зонд вводять так, щоб його кривизна співпадала із згином матки. Зонд вводять до дна матки, вимірюють довжину матки і характер її внутрішньої поверхні. Можливі ускладнення: інфікування, перфорація матки.

**Вишкрібання слизової оболонки матки.** Проводиться з лікувальною або діагностичною метою. Перед операцією треба опорожнити сечовий міхур та пряму кишку. Дотримуються правил асептики та антисептики. Перед операцією доцільно ввести спазмолітини та анальгетик( но-шпа, кетанов, дексалгін). Передню губу шийки матки беруть кульовими щипцями. Потім проводять зондування порожнини матки та розширення церві кального каналу розширювачами Гегара до № 7-8. Вишкрібання проводять кюреткою, яку вводять до дна матки обережно і по стінці матки більш енергійно. Вишкрібання проводять планомірно і послідовно по всій поверхні матки, в останню чергу вишкрібають дно і кути матки. Після цього кюреткою видаляють зскріб із порожнини матки. Біоптат збирають у флакон з 8-10 % формаліну або 96% спиртом і спрямовують для гістологічного дослідження з документальним супроводом. Можливі ускладнення: інфікування, перфорація матки.

Основні моменти операції: аналгезія, зондування порожнини матки, розширення каналу шийки матки, вишкрібання слизової оболонки матки, видалення щипців і дзеркал.

**Біопсія тканин шийки матки.** Підготовка хворої, як при вагінальній операції. Шийку матки беруть на кульові щипці таким чином, щоб намічена ділянка для видалення розмістилась між щипцями. Тканину висікають скальпелем, конхотомом, електроножем або лазером. Висічення проводять так, щоб була здорова та патологічна тканина в кускові, який направляється для патоморфологічного дослідження. Гемостаз - накладання кетгутових швів, а при підозрі на рак – електрокоагуляція в розчині формальдегіда 8-10% або 96% спирті. Огляд через 2-3 тижні.

**Пункція черевної порожнини.** Операцію проводять для отримання вмісту черевної порожнини: кров, екссудат, гній, що має місце при порушеній позаматковій вагітності, розриві матки, перитоніті, гнійних пухлинах придатків. Основні моменти операції: дезінфекція зовнішніх статевих органів і піхви, відведення шийки матки до симфізу, пункція заднього склепіння довгою голкою строго посередині склепіння, відсмоктування вмісту шприцем. Положення голки строго горизонтальне. Кров дефібринована. Однак при кровотечі, яка щойно відбулася вона свіжа. Наявність згустків крові вказує, що вона із порожнини черева куди поступила із розірваної труби. При отриманні екссудату чи гною їх направляють на бактеріоскопічне або бактеріологічне дослідження.

**Пертубація.** Мета – визначення прохідності маткових труб. Протипокази: запалення органів малого тазу та підозра на вагітність. Недоцільно проводити за 2 дні до менструації, під час менструації та в перші 2-3 дні після менструації. Чистота піхви має бути 1-2 ст., а ШОЕ не більше 10 мл/год. Основні етапи операції: дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви, фіксація шийки матки кульовими щипцями Мюзо, введення маткового наконечника, створення тиску 80-100 мл.рт.ст., аускультация проходження повітря через труби стетоскопом. Якщо тиск повітря в системі не падає і шуми не прослуховуються – труби непрохідні. Можливе ускладнення – повітряна емболія.

**Гідротубація.** Підготовка до операції така ж, як і при пертубації. Замість повітря вводять рідину( новокаїн, антибіотик, гідрокортисон). Рідину вводять під тиском 80-100

мм.рт.ст. Враховують, що об'єм порожнини матки біля 5 см<sup>3</sup>. Якщо після введення 5 мл рідини тиск зростає – труби непрохідні. Підвищення тиску до 180 мм.рт.ст. може призвести до розриву труби.

**Гістероскопія.** Внутрішньоматкова патологія, маткові кровотечі, безпліддя, аменорея, олігоменорея, дисменорея. Протипокази: вагінальні, цервікальні, маткові та тазові інфекції, вагітність. Обладнання та інструменти: гістероскоп, генератор світла, відеокамери, насоси, манометри, набір силіконових труб, стисні манжетки, дистензійні середовища. Знеболення – 10-15 мл 1% розчину лідокаїну. Антибіотикопрофілактика призначається пацієнтам групи ризику. Атравматичне введення гістероскопа. Ускладнення гістероскопії: інтра та післяопераційні кровотечі, перфорація матки, газова емболія та інфекція.

### **Тема 3. Консервативні операції на матці.**

Мета: збереження менструальної та генеративної функції матки. Такий підхід оправданий поскільки видалення матки прискорює процес згасання функції яєчників. До консервативних операцій належать: проста енуклеація одного або декількох фіброматозних(лейоміозних) вузлів, де фундація матки із збереженням 2/3 її ендометрію, висока ампутація тіла матки із збереженням нижнього сегмента матки і частини ендометрія. Існують і інші види консервативно – пластичних операцій.

**Енуклеація вузлів шляхом лапаротомії.** Проводиться при наявності субсерозних або інтерстиціальних вузлів. Етапи операції: вибір найбільш доцільного місця розрізу. При субсерозних вузлах на матці вузол відсікають від матки ближче до вузла; ретельний гемостаз, зашивання рани кетгуттом, поверх нього накладають непереривний серозно-мязевий кетгуттів шов, зашивання розрізу передньої стінки черева. При інтерстиціальних вузлах в ділянці тіла матки проводять повздовжній розріз біометрію, а при локалізації вузла в нижньому сегменті матки – поперечний розріз. Вузол беруть щипцями і повертаючи його в сторони, ножницями звільняють його від навколишніх тканин. Після вилучення вузла проводять ретельний гемостаз. Раневе ложе зашивають кетгуттовими швами в межах біометрію, щоб не залишилось порожнин; після накладають серозно – мязевий кетгуттовий шов. При субмукозному вузлі після розрізу стінки матки і енуклеації шви накладають не прошиваючи ендометрій. Розріз біометрію зашивають вузлуватими занурюючи ми кетгуттовими вузлами. Поверху останніх – серозно – мязеві кетгуттові шви.

**Видалення вузла, що народжується.** Дезінфекція зовнішніх статевих органів та піхви. Катетеризація сечового міхура. Дезінфекція вузла проводиться тупфером по всій його поверхні. Вузол захватують щипцями, ніжку ножницями довкола надсікають біля її основи, пухлину відкручують. Можливі ускладнення: кровотеча із судин ніжки, що потребує видалення матки. Тому таку операцію слід проводити при можливому негайному оперативному втручанні 9 вільна операційна, наявність операційної бригади).

### **Тема 4. Радикальні та напіврадикальні операції на матці.**

До напіврадикальних операцій на матці відносяться

**дефундація та висока ампутація матки.** Проводяться з метою збереження менструальної функції жінки.

Етапи операції:

1. накладання затискачів на труби і власні зв'язки яєчника і відділення їх від матки;
2. перев'язка судин на рівні запланованої де фундації;
3. клиновидне висічення дна матки
4. зашивання розрізу біометрію двохранним кетгуттовим вузловим швом без проколювання ендометрію;
5. перетонізація розрізу з підшиванням кульшей труб і власної зв'язки яєчників;
6. пошарове зашивання розрізу передньої черевної стінки.

**Висока ампутація матки.** Етапи операції такі ж , як і при де фундації. Відмінність полягає в рівні проведення розрізу. При високій ампутації розріз проводять так , щоб залишилась частина ендометрію над першийком(нижнім сегментом). Таким чином, зберігається менструальна функція.

**Суправагінальна ампутація матки без придатків .** Покази до радикальних операцій:

-мено та метрорагії,що викликають анемію

-перекрут та некроз вузла,значні болі, порушення функції суміжних органів, величина матки більше 12 тиж вагітності, швидкий ріст пухлини, підозра на злоякісне переродження. Протипокази: тяжкі форми захворювання ССС, печінки, нирок, легень, гострі та підгострі захворювання очеревини та органів малого тазу .

Суправагінальна ампутація матки заключається у видаленні тіла матки на рівні внутрішнього зіву. Переваги цієї операції технічно прості від екстирпації, проходить асептично, бо не вскривається піхва, менше порушується топографія тазових органів, сповільнюється випадіння гені талій і краще зберігається вологість піхви ,завдяки слизу церві кального каналу.

Застереження щодо можливості розвитку рака в культі шийки матки то вона мізерна при відсутності на шийці патологічних змін.

Техніка суправагінальноїампутація матки:

- 1.накладання затискача по ребру матки на трубу, власну зв'язку яєчника;
- 2.накладання затискачів на круглу зв'язку;
- 3.розсічення вказаних анатомічних структур;
4. накладання лігатур на культі труб і зв'язок;
5. вскриття міхурово-маткової очеревини
6. накладання затискача на висхідну гілку маткової артерії;
- 7.розсічення і перевязка висхідної гілки маткової артерії;
- 8.міхурово-маткова складка очеревини розрізана між круглими зв'язками і от сепарована вниз;
- 9.надсікають задній листок широкої зв'язки в напрямі до ребра матки;
10. розріз по задній і по передній стінці матки клиноподібно вище перев'язаного судинного пучка ,чим тіло матки відділено від шийки;
- 11.накладання швів на культю шийки матки;
- 12.перитонізація культі шийки матки з використанням кульшей зв'язок та труб;
13. пошарове зашивання розрізу передньої черевної стінки

**Надпіхвова ампутація матки з придатками.** Покази до операції такі ж , як до суправагінальної ампутація матки та наявність іще запально змінених придатків, ендометріоз їх, та новоутворення,а також у жінок в період клімактерії з метою профілактики раку яєчників.

Техніка операції **суправагінальна ампутація матки з придатками:**. Основні моменти операції:

1. накладання затискачів на воронко-тазову зв'язку
2. проколювання та перевязка воронко-тазової зв'язки(там проходить артерія spermatica interna, seu ovarica)
3. перевязка обох листків широкої зв'язки матки,які розрізані до ребра матки,чим ближче до яєчника та його власної зв'язки з метою уникнення пошкодження сечовода;
4. подальші маніпуляції виконують як описано вище при суправагінальній операції

Екстерпація матки показана при шийкових фіброміомах,патологічних змінах на шийці матки ,при підозрі на злоякісне переродження фіброміоми(лейоміоми) матки,а також при гангренозному розпаді пухлини. Початок операції такий же ,як при суправагінальній ампутації матки з придатками або без них. Відповідно операція називається: екстирпація матки з придатками чи екстирпація матки без придатків.

1. після розсічення очеревини від одної круглої зв'язки до другої сечовий міхур відділяють вниз до рівня переднього склепіння;
2. надсікають задній листок широкої зв'язки матки до рівня внутрішнього зіву
3. перевязка ствола маткової артерія;
4. розсічення стовбура маткової артерії, який перетиснутий міцним затискачем;
5. накладання затискачів на крижово –маткові зв'язки;
6. розсічення та перевязка матково-крижових зв'язок;
7. накладання затискачів на параметральну клітковину;
8. розсічення і негайна перевязка параметральної клітковини;
9. вскриття піхви через її передню стінку і уведення тампону Дюрзена;
10. відсічення матки від піхвових склепінь;
11. зашивання культі піхви;
12. перитонізація з підшиванням до культі піхви круглі зв'язки для профілактики випадіння культі та піхви;
13. черевну стінку зашивають пошарово;
14. видалення тампона із піхви

### **Тема 5. Операції на додатках матки.**

Проводиться з приводу позаматкової вагітності ,при апоплексії яєчників, запальних захворюваннях, а також з метою стерилізації жінок.

**Операція при розриві маткової труби.** Моменти операції:

1. лапаротомія серединним або поперечним розрізом
2. виведення рукою матки та придатків в рану
3. накладання затискача на маткову трубу біля кута матки
4. накладання іншого затискача на мезосальпінкс труби паралельно їй
5. надсікання мезосальпінкса над затискачем
6. накладання додаткових затискачів на частину мезосальпінкса що залишилась
7. видалення труби
8. перевязка мезосальпінкса і культі труби
9. перитонізація з використанням круглої зв'язки
10. видалення згустків крові
11. пошарове зашивання черевної стінки

**Операція при трубній вагітності.** Моменти операції:

1. видалення труби із спайок (якщо процес давній)
2. видалення труби як і при її розриві(див. вище)

Для збереження маткової труби проводять:

1. розрізають повдовжньо трубу над плідним яйцем
2. видалення плідного яйця тубфером
3. зашивання розрізу стінки труби
4. стінку труби зашивають неприливним тонким кетгуттом з атравматичною голкою(1 ряд) і вузловатими лігатурами таким же кетгуттом і атравматичною голкою
5. пошарове зашивання передньої черевної стінки

**Резекція яєчника.** Покази до операції: синдром полікістозних яєчників(СПЯ), значне пошкодження яєчника при його травмї або апоплексії. Техніка операції: розріз проводять в межах здорових тканин,при СПЯ видаляють 2/3 тканини. Розріз конічний. Зашивання тонким кетгуттом із круглою голкою без сильного натягу.

**Вилущення кісти яєчника.** Техніка операції: лапаротомія розрізом за Пфаненштілью, виведення в рану анатомічним пінцетом, дугоподібний розріз над кістою,тупим кінцем скальпеля або закритими ножницями обережно відділяють капсулу

від яєчника, ніжку капсули обережно пересікають, гемостаз, зшивання раневих поверхонь, поширене зашивання черевної стінки.

Операції при запальних захворюваннях придатків матки. Покази до хірургічного лікування: повторні рецидиви захворювання, яке безуспішно лікувалось медикаментозними та фізіотерапевтичними методами.

**Видалення труби.** Послідовність операції: лапаротомія, виділення труби із спайок- найбільш трудомістка та небезпечна частина операції- накладання затискача між кінцем труби і яєчником, поступово розсікають цю брижейку між попередньо накладеними затискачами. В ділянці маткового кута клиновидно висікають інтерстиціальну частину труби. Затискачі замінюють лігатури- рани і проводять перитонізацію з використанням круглої зв'язки.

**Видалення труби з яєчником.** Затискачі накладають на воронку тазову зв'язку в напрямку ребра матки до місця прикріплення труб. По ходу розрізання широкої зв'язки проводять перевязку широкої зв'язки після розсічення та перевязки воронки - тазової зв'язки. Накладають затискач на матковий кінець труби і власну зв'язку яєчника, рану на матці на місці резекції труб зашивають 2-3 кетгутовими швами. Перитонізацію проводять при необхідності з використанням сальника. Доцільно провести дренування черевної порожнини. **Особливості операції при туберкульозному ураженні придатків.** При наявності значних спайок і неможливості повного видалення придатків- проводять резекцію доступної частини придатків. Другою особливістю являється протипоказання для дренування черевної порожнини після операції

### **Тема 6. Операції при злоякісних пухлинах статевих органів**

Операція з приводу рака вульви складається з двох етапів: видалення пахових лімфатичних тканин і видалення пухлини. операції проводять б променевою терапією. Основні моменти операції:

1. розріз над пупартовою зв'язкою з обох сторін
2. видалення пахових лімфатичних судин
3. круглий розріз вульви в межах здорових тканин по зовнішній поверхні великих статевих губ
4. розріз по внутрішній поверхні вульви, обходячи зовнішній отвір уретри
5. видалення пухлини проводять разом з клітковиною до фасції, а іноді із фасцією
6. накладання погужних кетгутових швів
7. зашивання шкіри шовковими вузлуватими швами.

Цей метод операції запропонував Рубарев. Можна виконати операцію за Дюксемом. Особливість цієї операції: спочатку проводять вульвектомію, а через 20-40 днів – видалення лімфатичних вузлів.

Можливі ускладнення: поранення стегнової вени, анастомозів між затульними і епігастральними судинами, гематоми, лімфорея.

Розширена екстирпація матки при ракові шийки матки. (операція Wertheim). Покази до операції: 1 і 2 стадія (матковий чи піхвовий варіант). Після операції проводять зовнішнє опромінення (комбінований метод лікування пухлин). Протипокази: декомпенсовані захворювання ССС, нефрози – нефрити, тяжкі або гострі захворювання легень, печінки, тяжкий діабет, гострі та підгострі запальні процеси придатків матки і тазової клітковини. Підготовка до операції: повне клінічне та лабораторне обстеження, консультація хірурга, ендокринолога, терапевта та інших спеціалістів. Напередодні операції – ванна, після обіду тільки солодкий чай, вечером і ранком – клізма. Перед операцією обробляють піхву і спорожнюють сечовий міхур. Операція Вертгайма належить до найбільш складних в хірургії, в гінекології – найбільш тяжка і травматична операція. В свій час Вертгайм сказав: Якщо операція Вертгайма і не завжди продовжує життя хворим,

але зате завжди вкорочує життя хірурга.» Операцію має право виконувати лікар, який досконало володіє методикою.

Основні задачі при виконанні операції:

1. сувора плановість
2. максимальне видалення тазової клітковини із лімфатичними вузлами незалежно від їхнього пошкодження
3. видалення разом з маткою верхньої третини піхви
4. мінімальна травматизація сечоводів
5. ретельний гемостаз
6. попередження попадання інфекції із піхви в черевну порожнину

Особливості операції: серединний розріз від симфізу і вище пупка на 3-4 см, видалення клітковини і лімфатичних вузлів не слід проводити тупим шляхом для уникнення імплантації ракових клітин. Це слід проводити ножницями, під час операції проводиться раціональна інфузійна терапія.

Видалені наслідки операції Вертгайма з наступним променевим лікуванням (комбіноване лікування): більше 5 років живі і здорові: при 1 ст- 84,5%, при 2 ст – 50,8%, при 3 ст (регіонарно-метастатичний варіант) – 33% (С.С.Добротін).

Основні етапи операції:

1. перерізані і лігвані воронко-тазові і круглі зв'язки
2. сечовий міхур від сепарований до шийки матки і піхви
3. розсічена фасція над клубовими судинами і разом з клітковиною та лімфатичними судинами «одним боком» від сепарована від великих судин і затульного нерва, відсічена від стінок сечового міхура і матки і видалена.
4. перевязані і розсічені судини біля внутрішньої клубової артерії
5. додатково від сепарований сечовий міхур до верхньої третини піхви
6. виділений правий сечовід
7. перерізана зв'язка Макенродта
8. видалення і від сепарована клітковина зліва
9. перевязка маткових судин
10. від сепарування лівого сечовода
11. відділення прямої кишки від піхви
12. крижово-маткові зв'язки перев'язані і розсічені
13. пара вагінальна клітковина і кардинальні зв'язки перев'язані і розсічені
14. вскриття передньої стінки піхви
15. повне відрізання піхви і матки і їх видалення
16. зшивання переднього і заднього листка очеревини
17. черевна рана зашита наглухо із прошиванням апоневрозу (3-4 шви) при зашиванні шкіри
18. видалення тампону з піхви

Операція при раковій тіла матки. В жінок старшого віку, при ЦД, при захворюваннях ССС, ожирінні проводять операцію екстирпації матки з придатками (вже описану вище). В інших випадках доцільно виконати розширену екстирпацію матки (операція Вертгайма), оскільки часто мають місце метастази в тазові лімфатичні вузли. Особливість операції: не слід накладати затискачі на матку, бо всяка травма матки сприяє імплантації клітин пухлини в ділянці таза.

Операції видалення пухлин яєчника і його придатків, розміщених інтралігаментарно (параоваріально).

Основні етапи операції:

1. розріз переднього листка широкої зв'язки матки між трубною і круглою зв'язкою матки
2. відшарування очеревини від капсули пухлини

3. вилучення кісти
4. ретельний гемостаз
5. зшивання листків розрізаної широкої зв'язки

Застереження: пухлина змінює розміщення сечоводу і судин, що створює небезпеку їх пошкодження, вилучення проводиться чим ближче до стінки кісти.

Видалення кісти на ніжці. Ніжка складається із воронко-тазової і власної зв'язок яєчника, а також маткової труби. При невеликих розмірах пухлини операція технічно проста. При великих розмірах і малій рухливості і відсутності підозри на злоякісне переродження можна зробити пункцію чим зменшується розмір і утвір може бути виведений в рану. Важливо кісту відгородити марлевими салфетками для уникнення поступлення вмісту в черевну порожнину. Після виведення пухлини із черева на ніжку накладають 2-3 затискачі, пересікають і перевязують. Перетонізація виконується з використанням круглої зв'язки.

Видалення пухлини яєчника при перекручуванні її ніжки. операція виконується в ургентному порядку. Внаслідок порушення кровообігу при перекруті кісти настає некроз пухлини, що може привести до її розриву. Особливості операції: пухлину не розкручують, а перевязують, чим запобігають попаданню тромбів із судин ніжки в кров'яне русло. Після перевязки ніжки її відсікають. Таким чином видаляється і яєчник. В окремих випадках при відсутності прояв некрозу в молодих жінок можна кісту розкрутити і вилушити. Зрозуміло, що при підозрі на злоякісне переродження – видалення пухлини.

Операція при злоякісних пухлинах яєчника – екстирпація матки з придатками з резекцією сальника. Особливості підготовки до операції- ретельно обстежити ШКТ для виключення метастатичного походження раку яєчників (пухлина Крукенберга) та молочні залози. Оперативному лікуванню раку яєчників підлягають всі його стадії. При цьому видаляються всі основні вогнища і проводиться резекція сальника. Існує й інший підхід до об'єму операції при раку яєчника- суправагінальна ампутація матки з придатками. Мотивація: уникнення інфікування черевної порожнини із піхви, відсутня імплантація пухлини в культю піхви, стінки якої тонкі, швидко проростають пухлиною, виникає кровотеча, інфікування, що усугубляє стан хворих. Необхідно при будь-якій операції з приводу пухлини яєчників виконати гістологічне дослідження видалених тканин. При злоякісних пухлинах яєчників в післяопераційному періоді проводиться хіміотерапія.

### **Тема 7. Методи оперативного лікування при ретродевіаціях матки, зміщені стінок піхви, випадінні матки. Операції на шийці матки**

Покази до операцій є відсутність ефекту від лікування фізіотерапевтичними, гормональними та іншими методами, при наявності болей в попереку, порушень менструального циклу та пониження працездатності. Найбільш частим оперативним втручанням при ретродевіаціях являється розсічення спайок та видалення змінених придатків матки. В більшості випадків відновлюється тазове дно, вкорочують круглі зв'язки, вентросуспензія матки. Інша група операцій направлена на видалення матки при її випадінні. Ряд операцій виконуються лише у жінок похилого віку (видалення матки і придатків), для жінок дітородного віку недоцільно або протипоказана вентрофіксація. Деякі операції виключають можливість статевих стосунків (серединна кольпорафія).

Проведення вагінальних операцій вимагає вилікування прлежней, наявність 2 ст чистоти піхви.

Операція вкорочення круглих зв'язок за Дедлеєм-Манге. При цьому круглу зв'язку стягують у вигляді петлі, зшивають і підшивають до передньої поверхні стінки матки. Операція підвішування матки за круглі зв'язки до черевної стінки (долера-Джільяма). Зміст операції: виведення петлі круглої зв'язки через отвір в очеревині і апоневрози на його поверхню і зшивання з аналогічною петлею другої круглої зв'язки.

Операція серединної кольпорафії за Лефором-Нойгебауером. Операція виключає в майбутньому статеве життя і виконується в старечому віці. Недолік: нема можливості



оглянути в майбутньому шийку матки. При цій операції висікають лоскут слизової на передній стінці піхви і такий же лоскут на задній стінці піхви. Потім стінку піхви зшивають і лоскути прикривають собою один одного раньовими поверхнями.

Операція задньої кольпоперинеопластики. Основні моменти операції: на задній стінці піхви роблять розріз у вигляді якоря чи метелика, слизову відсепаровують, лоскут видаляють, зшивають ніжки леватора міцним кетгуттом вузловатим швом, накладають погрузні шви і кетгуттові на слизову.

Передня кольпопластика полягає в висіченні лоску та середньої стінки піхви, відсепаровування в верх сечового міхура, занурення його кисетним швом, накладання занурюючих швів і зшивання країв слизової кетгуттовими вузлами.

Операція вагінальної екстирпації матки при її випадіннях. Основна причина випадіння – неспроможність тазового дна. Тому після екстирпації матки проводять передню кольпорафію і задню кольпоперинеопластику. Операція має багато модифікацій. За методом Єлкіна основні етапи операції полягають: проводиться циркулярний розріз стінки піхви на 5-6 см вище зовнішнього вічка матки, стінку піхви від розрізу отсепаровують вниз до вагінальної частини шийки матки, відсепаровують сечовий міхур до міхурово-маткової складки очеревини, проводиться передня кольпотомія, задня кольпотомія, матку виводять через передню кольпотомію, беруть затискачами трубу, власну зв'язку яєчника і круглу, перерізують і перев'язують. При видаленні яєчників перерізають і перев'язують воронко-тазову зв'язку. Захвачують маткові судини безпосередньо наклавши затискачі на широкі зв'язки. Широкі зв'язки розсікають, потім крижово-маткові і кардинальні зв'язки, всі зв'язки перев'язують, матка видалена. Очеревину зшивають і до неї позаочеревинно підшивають до передньої стінки культі круглих і власних зв'язок з трубами, а до задньої поверхні крижово-маткові зв'язки. Обов'язково зшивання кардинальних зв'язок між собою шовковими лігатурами. Після проводять передню кольпорафію та задню кольпоперинеопластику.

Операції на шийці матки. Ампутація шийки матки. Розрізняють такі види: висока ампутація, конусовидна та клиновидна ампутації шийки матки.

Висока ампутація використовується при значній фолікулярній гіпертрофії (аденомі шийки), елонгації шийки, яка виступає із статевої щілини, глибоких розривах шийки, які супроводжуються ектропіоном. Конусовидна ампутація виконується при хронічних ендометріозах з рецидивуючими шийковими поліпами.

Клиновидна ампутація проводиться при помірній фолікулярній гіпертрофії та інших захворюваннях, які вимагають високої ампутації.

Основні етапи високої ампутації шийки матки: циркулярний розріз стінки піхви на рівні склепін'я, відведення сечового міхура в верх, накладання затискача на висхідну гілку маткової артерії, розсічення шийки в горизонтальному напрямі, клиновидно висічена передня половина шийки, краї вагінальної рани з'єднані швами з краями слизової оболонки цервікального каналу, аналогічні дії виконані і на задній губі шийки матки.

Хід операції конусовидної ампутації шийки матки: семеричне розсікання в горизонтальному напрямку шийки матки, клиновидно висікають тканину верхньої половини губи, формування верхньої губи за допомогою трьох кетгуттових швів, висікання клиновидно тканини із задньої частини шийки матки, формування 3 кетгуттами нижньої губи, накладання швів на бокові поверхні розрізу.

Конусовидна ампутація шийки матки за Штурмдорфом. Гострим скальпелем, відступивши на 1 см від пошкодженої ділянки роблять круговий розріз тканини шийки матки конусовидно, верхівкою конуса в цервікальному каналі. Гемостаз лігатурами або діатермокоагуляцією. Краї розрізу слизової піхви відсепаровують в верх на 2 см, щоб краї могли закривати розріз до цервікального каналу. Міцним кетгуттом або шовком проколюють слизову піхви на 1 см вище краю розрізу і виводять голку чрз цервікальний канал. На 2 кінець лігатури натягують голку і так само проводять нитку чрз цервікальний канал. Далі кожен голку виколоють на вагінальній частині шийки матки на 2,5 см від

краю позаду 1 уколу. Кінці завязують, чим формується верхня частина цервікального каналу. Аналогічним способом формується нижня губа шийки матки. Накладають шви на бокові розрізи з обох сторін.

При пластичних операціях ліжковий режим 8 діб після операції. Виписують на 10-12 день без огляду рани. Контрольний огляд через місяць після операції.

Можливі ускладнення при ампутаціях шийки:

1. пошкодження сечового міхура, для профілактики вводять металевий катетер в сечовий міхур.
2. Кровотеча із операційної рани. Профілактика - ретельний гемостаз всіх пульсуючих судин, накладанням швів на бокові поверхні рани так, щоб добре співставлялись раневі поверхні.
3. Перелом голки при накладанні швів. Профілактика - правильний підбір голки за довжиною і товщиною, обережне проведення голки, можливо з виколком.

Операція діатермоексцизії (електрокоагуляція). Покази як і до клиновидної резекції. Особливості: дезінфекцію неможна обробляти спиртом для профілактики опіків тканин. Електрод вводять на необхідну глибину в цервікальний канал і повільно обертають на 360° навколо осі. При цьому із шийки матки вирізається конус тканини шийки матки, який направляють для пошарових розрізів з наступним гістологічним дослідженням. При кровотечі культі проводять обколювання судин кетгутом. Доцільно на добу ввести в матку тампон, рясно змащений вазеліновим маслом. необхідність в додатковій діатермокоагуляції становить менше 5 %.

### **Тема 8. Оперативні втручання при аномаліях розвитку жіночих статевих органів**

Найбільш частими аномаліями, які потребують хірургічного втручання являються: атрезія гіменального отвору, вроджена піхвова перегородка, атрезія піхви, відсутність піхви, подвійна матка з подвійною піхвою, дворога матка, атрезія матки.

Операція метропластика при дворогій матці починається з розрізу на дні матки стінки до порожнини матки, висічення перегородки з частиною стінки матки, шви накладають для зближення протилежних кутів рани на дні матки, в результаті шви стають у сагітальній площині. Стінка зашивається мязево-мязевими та мязево-серозними лігатурами.

Операція видалення гіпертрофованого клітора. Це має місце при так званому жіночому псевдогермофродитизмі з метою косметичної корекції. Основні дії хірурга: Головку клітора захавають двоzubцями, натягують на рівні основи роблять круговий розріз шкіри, накладають 2 затискачі над ними відсікають клітор, кровотечу ретельно зупиняють занурюючими шовковими лігатурами.

Операція при атрезії гіменального отвору. На найбільш випнутій частині дівочої пліви проводиться хрестоподібний розріз, лоскути видаляють, а краї рани обшивають вузловатими кетгутовими швами

Операція видалення піхвової перегородки. Покази: неможливість вести нормальне статеве життя. Втручання зводиться в основному до розсічення перегородки, яка проводиться відступивши від стінок піхви на 0,5 см. Після видалення перегородки краї рани зашивають окремими кетгутовими лігатурами. Після операції вводять тампон змащений жирною масою на 2-3 дні.

Операція створення штучної піхви (кольпопоез). Було запропоновано в минулому декілька операцій, які на сьогоднішній день не використовуються, бо не оправдалися із тонкої кишки, шкірних трансплантатів, навколо плодкових оболонок тощо. Операції кольпопоезу можуть ускладнюватись утворенням кишкових фістул, або навіть летальністю. Найбільш перспективною операцією вважається створення піхви із очеревини прямокишково-маткового заглиблення. Операція запропонована М.І.Кідо, модифікована С.Н.Давидовим. Складається із 3 етапів:

1. Утворенням каналу між прямою кишкою і сечовим міхуром
2. Проводиться лапаротомія , центр рудимента матки прошивається, розрізається в поперечному напрямку найбільш випукла частина очеревини накладаються 4 кетгутові лігатур, які проводяться до входу в піхву, краї очеревини по всьому колу зшиваються з входом в піхву, щоб не було вільних пустот.
3. Створення дна черевної порожнини, воно ж є склепінням піхви. Для цього використовують рудимент матки, булаво подібні розширення, очеревину підвішуючи зв'язок і передню поверхню прямої кишки , обидві половини рудимента матки зшиваються, яєчники і маткові труби зближуються. Після зшивання листки очеревини , яка покриває підвішуючі зв'язки для утворення простору сигмо видної кишці. Останній шов , який захвачує оба листка очеревини підвішуючи зв'язок і передню поверхню нижнього відрізка сигмо видної кишки. Черевна порожнина закривається звичайним способом. В новоутворену піхву протягом 3 днів вводиться тампон з синтоміциновою емульсією, після через день 2 тиж.

### **Тема 9: Відновлюючі операції при травмах і фістулах кишечника і сечовивідних шляхів**

При пошкодженні очеревинного покриття кишки накладають серо-серозний або серозно-мязевий шов із тонкого шовку . При проникаючому пораненні кишки невеликі отвори зашивають кисетним швом із кетгута через всі шари кишки, а поверх нього накладають Z-видний шов із тонкого шовку. При більших дефектах тонкої кишки з проникненням в її порожнину , шви накладають в 2 поверхи: 1-непреривний кетгутів шов через всі шари стінки кишки; 2- шовковий на серозно - мязевий шар. Зашивати кишку треба так, щоб не звужувати її простір, тобто в поперечному напрямку. При масивних пошкодженнях проводять резекцію кишки.

Піхво-кишкові свищі, які розміщені в ділянці присінника піхви зашивають таким чином: спочатку по жолобуватому зонду, введеному в піхву розсікають задню стінку піхви і промежину , включаючи сфінктер; утворюється рана як і при повному розриві промежини 3 ступеня; відпрепаровують стінку прямої кишки в ділянці фістули від стінки піхви; рану зашивають як і при розриві промежини 3 ст. Зашивання свища, який розміщений в середній або верхній частині піхви. Проводять T-подібний розріз стінки піхви над фістулою 1 додатковий циркулярний розріз по краям фістули. Відсепаровують стінку кишки від піхви досягнувши доброї рухомості по окружності фістального отвору. На освіжені краї фістули, її кишкової стінки накладають шовкові лігатури, а на краї стінки піхви-кетгутові шви.

Операції при пошкодженні сечових шляхів. Загальне правило: негайна операція при пошкодженні сечових шляхів. Поранення сечового міхура. При непроникаючому пораненні сечового міхура накладають декілька кетгутових швів без проколювання слизової.

Проникаючу рану зашивають окремими тонкими швами із ниткою синтетичного волокна, атравматичною голкою. На краї розтягнутої рани на відстані 1 см накладають шви держалки. Перший поверх швів накладають не проколюючи слизової. 2-вузлуватий накладають так, щоб вони були в проміжках швів першого ряду. При можливості попередні шви покривають очервиною. Після зашивання у міхур вводять розчин синьки , для перевірки герметичності швів вводять постійний катетер на 6-7 днів.

## **МОДУЛЬ 2. ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ**

### **Мета модулю:**

1. Ознайомитися з УЗ-методами дослідження.
2. Вивчити сучасні ендоскопічні діагностично-лікувальні методи (гістеро-, лапароскопічні).
3. Оволодіти кольпоцервікоскопією, прицільною біопсією, цитологією.

Тема для вивчення:

### **Сучасні ендоскопічні, діагностично-лікувальні методи (гістеро-, лапароскопічні)**

Принципи роботи апарату УЗ-діагностики. Показання до обстеження. Діагностичні можливості ультразвукової діагностики в акушерстві і гінекології.

Показання до проведення кольпоскопії. Сучасна класифікація патологічних станів шийки матки. Техніка проведення кольпоскопії. Тактика лікаря при різних патологічних станах шийки матки. Розширена кольпоскопія.

Цервікоскопія. Правила забору цитологічних мазків.

Загальні покази до лапароскопії. Етапи лапароскопічного обстеження. Протипоказання до діагностичної і лікувальної лапароскопії. Переваги лапароскопічних втручань. Тактика ведення пацієток в післяопераційному періоді.

Показання до проведення гістероскопії. Методика гістероскопії. Протипоказання. Оперативна гістероскопія.

## **МОДУЛЬ 3. ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА СЕПТИЧНА ІНФЕКЦІЯ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ**

### **Мета модулю:**

1. Ознайомитися з можливими септичними захворюваннями в акушерстві.
2. Вивчити причини, перебіг, діагностику та лікування запальних захворювань статевих органів, тазової клітковини та очеревини.
3. Вивчити специфічні запальні захворювання статевих органів.
4. Ознайомитися з септичними захворюваннями в гінекології.
5. Ознайомитися з причинами виникнення та лікуванням лактаційного маститу.

Теми для вивчення:

### **Тема 1. Септичні захворювання в акушерстві**

Септичні захворювання в акушерстві. Частота післяпологових гнійно-запальних захворювань. Етіологія та патогенез септичних післяродових захворювань. Класифікація гнійно-запальних захворювань. Причини виникнення та лікування післяпологової виразки. Етіологія, клініка та лікування післяпологового ендометриту. Тактика ведення породіль з післяпологовим параметритом. Клініка та лікування післяпологового сальпінгіту. Ознаки та тактика ведення породіль з післяпологовим пельвіоперитонітом. Післяпологові тромбофлебії. Етіологія, клініка та лікування післяпологового загального розлитого перитоніту. Септичний шок в акушерстві. Тактика ведення жінок з прогресуючими тромбофлебітами. Сепсис в акушерстві. Основні принципи терапії та профілактика післяпологових гнійно-запальних захворювань.

### **Септичні захворювання у гінекології**

Етіологія неспецифічних запальних захворювань жіночих статевих органів. Клініка та діагностика вульвітів, вестибулітів. Тактика ведення пацієток з бартолінітом.

Обстеження при кондиломах вульви. Етіологія та лікування вульвовагінітів. Етіологія та клініка цервіциту. Тактика лікаря при поліпах шийки матки.

Етіологія, клініка, діагностика та лікування ендометритів. Тактика лікаря при запальних захворюваннях маткових труб і яєчників. Хірургічні методи лікування запальних процесів додатків.

Запальні процеси параметрію. Тактика ведення жінок з пельвіоперитонітами. Розлитий перитоніт гінекологічного походження. Бактеріально-токсичний шок у разі септичних запальних захворювань.

### **Лактаційний мастит**

Етіологія та патогенез післяпологового маститу. Класифікація гнійного маститу. Антибактеріальне лікування післяпологового маститу. Немедикаментозні методи лікування. Хірургічні методи. Показання для блокади лактації. Профілактика післяпологового маститу.

## **МОДУЛЬ 4. ПРЕДРАКОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ І ПУХЛИНИ ГЕНІТАЛІЙ ТА МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ**

### **Мета модулю:**

1. Вивчити предракові захворювання і пухлини зовнішніх геніталій і шийки матки.
2. Вивчити пухлинні захворювання яєчників.
3. Вивчити гіперпластичні процеси ендометрію та рак ендометрію.
4. Вивчити стромальні пухлини матки.
5. Вивчити дисгормональні захворювання та рак молочних залоз.
6. Вивчити тробластичну хворобу.

### **Теми для вивчення:**

#### **Тема 1. Лейкоплакія вульви.**

Морфологічні зміни: склероз, фіброз та гіаліноз вульви, які супроводжуються порушенням кровопостачання і змінами нервових елементів. Сприяючі фактори: порушення функції наднирників, яєчників, щитоподібної залози, гіпоталамо-гіпофізарної системи на тлі порушення вуглеводного обміну. Лейкоплакія проявляється у вигляді тонких плівок, які знімаються тампоном (легка лейкоплакія), а також у вигляді грубих бляшок, які виступають над поверхнею (проліферуюча лейкоплакія). Обмежена і дифузна форми. Дифузна форма найбільш часто малігнізується.

Крауроз вульви - атрофічні зміни і зморщення зовнішніх статевих органів. Симптоми: свербіж, шкіра набуває перламутрового кольору, порушення психоемоціонального стану. Клініка може змінюватись при поєднанні з трихомонозом, гонореею, кандидозом та цукровим діабетом. Обстеження: кольпоскопія, цитологія, біопсія. Диференціювати з vitiligo, яке не викликає загальних розладів. Лікування загальне: седативні, психотерапія, раціональний режим праці та відпочинку, водні процедури. Місцеве лікування: мазі з глюкокортикоїдами, естрогенами.

Предракові захворювання шийки матки. Проста лейкоплакія - гіперкератоз, лейкоплакія з атипією відноситься до CIN-різного ступеню тяжкості. Кольпоскопічна діагностика. Гістологічне дослідження. Дослідження: бактеріологічне, бактеріоскопічне, цитологія, кольпоскопія, онкомаркер СА-125, вишкрібання цервікального каналу. Лікування: кріогенна деструкція, лазерна деструкція, діатермокоагуляція. При деформації шийки матки - конізація, клиноподібна ампутація, реконструктивні операції. Дисплазії шийки матки. Ступені тяжкості. Об'єм обстеження CIN-2, CIN-3. Консультація

онкогінеколога. Лікування: кріотерапія, аргонна деструкція, лазерна деструкція (вапоризація), висічення електричною петлею при CIN-2, CIN-3 - конусна біопсія.

Предраковий поліп - поліп з атипичним епітелієм. Тактика - видалення поліпа з наступною круговою діатермобіопсією.

Преінвазивна карцинома. Обстеження. Цитологія, гістологічне дослідження. Тактика: біопсія, скерування до онкогінеколога.

Рак вульви. Симптоматологія і діагностика. Стадіювання. Лікування. Хірургічне лікування. Променева терапія. Прогноз. Преінвазивні захворювання піхви – інтраепітеліальна неоплазія. Прицільна біопсія. За відсутності інвазії – CO<sub>2</sub> лазерна вапоризація. При ураженні шийки матки проводиться гістеректомія.

Рак піхви. Плоскоклітинний рак і аденокарцинома. Клініка. Стадіювання. Лікування. При ураженні верхньої третини – хірургічне, при ураженні нижніх 2/3 – променева терапія.

Рак шийки матки. Плоскоклітинний рак і аденокарцинома. Шляхи поширення. Клінічна маніфестація. Клінічне стадіювання. Лікування. Хірургічне лікування. Променева терапія, хіміопроменева терапія. Ускладнення після хірургічного та променевого лікування. Прогноз виживання в залежності від стадії – від 85-90% (I ст.) до 15% (IV ст.).

## **Тема 2. Пухлинні захворювання яєчників**

Пухлиноподібні утворення яєчників. Кісти: фолікулярні, жовтого тіла, ендометріодні, прості параоваріальні; запальні процеси. Етіопатогенез. Обстеження: клінічне обстеження, УЗД, лапаротомія, інфекційний, гормональний скринінг, метросальпінгографія, визначення онкомаркерів. Лікування: протизапальне, гормональне (дуфастон, КОК), агоністи гонадотропін-релізінг гормонів – трипторелін, гозерелін, декапептил. Покази до хірургічного лікування. Об'єм оперативного втручання. Ускладнення, лікування ускладнень. Рак яєчників. Первинний і вторинний рак яєчників. Клініка. УЗД-діагностика, онкомаркер, комп'ютерна томографія. Метастатичний рак яєчників. Пухлина Крукенберга. Лікування: хірургічне лікування, хімотерапія.

## **Тема 3. Гіперпластичні процеси та рак ендометрію**

Види гіперплазій матки: проста неатипова, комплексна неатипова, комплексна атипична, аденокарцинома. Етіологія та патогенез. Дисбаланс гормонів. Фактори ризику утворення аденокарциноми: ожиріння, гіпертензія, цукровий діабет, ановуляторні цикли, дієнцезальний синдром, гіперпластичні процеси ендометрію. Клініка. Додаткові методи обстеження. Визначення гормонального статусу. УЗД, біопсія ендометрію. Гормонотерапія у жінок репродуктивного віку при достатній та недостатній насиченості організму естрогенами, в пре- та постменопаузі; лікування атипичної гіперплазії. Два основні патогенетичні варіанти раку ендометрію. Клініка. Додаткові методи дослідження. Дані УЗД і гістологічного дослідження. Лікування: хірургічне, комбіноване, поєднані променеві та гормональні методи терапії. Профілактика.

## **Тема 4. Стромальні пухлини матки.**

Лейоміома матки. Класифікація за локалізацією: субмукозна, інтрамуральна, субсерозна. Атипичні форми за локалізацією: зашийкова, передшийкова, парацервікальна, міжз'язкова, заочеревинна, надочеревинна. Клініка: тазовий біль, порушення функції суміжних органів, мієлопатичний та радикулалгічний синдроми, маткові кровотечі. Обстеження. Медикаментозне лікування: гормональне, симптоматична терапія. Покази до хірургічного лікування. Об'єм оперативного втручання. Емболізація маткових судин. Профілактика.

## **Тема 5. Дисгормональні захворювання та рак молочних залоз.**

Доброякісні захворювання молочної залози: фіброкістозна хвороба, фіброаденома, внутрішньопротокова папілома, ектазія молочних залоз, листоподібна цистосаркома. Симптоматика фіброкістозної хвороби. Діагностика. УЗД, мамографія. Обстеження до 40 років, в 40-50 років, після 50 років. Фактори ризику. Покази до аспіраційної біопсії. Гормональне лікування. Хірургічне лікування. Фактори ризику раку молочної залози. Сімейний анамнез, жінки, які не народжували, синдром полікістозних яєчників, раннє (до 12 років) менархе, пізня (після 55 років) менопауза, тривале (більше 5 років) застосування замісної гормонотерапії, генетична схильність. Діагностика. Самообстеження, клінічне дослідження, мамографія, аспіраційна біопсія. Стратегія лікування: радикальна мастектомія - основний метод. Гормональна терапія, хіміотерапія. Прогноз. Профілактика.

### **Тема 6. Трофобластична хвороба.**

Етіологія. Класифікація: міхуровий занесок, інвазивний міхуровий занесок, хоріокарцинома, трофобластична хвороба плацентарної площини. Клінічна маніфестація: піхвові кровотечі, виділення пухирців, невідповідність розмірів матки гестаційному віку, двобічні кісти жовтого тіла, нестримне блювання вагітних, прееклампсія за 24 тижні гестації, гіпертиреозидизм. УЗД, гістологічне дослідження пухирців. Дослідження  $\beta$ -ХГЛ. Моніторинг регресії  $\beta$ -ХГЛ. Хоріокарцинома неметастазуюча та метастазуюча. Клініка. Показники  $\beta$ -ХГЛ як прогностичний фактор. Виникнення: після міхурового занеску - 50%, нормальної вагітності - 25%, після викидню - 25%. Особливістю є часті прояви метастазів раніше ніж прояви зі сторони матки (вагінальні кровотечі, кровохаркання, кашель, диспное, симптоми об'ємних уражень ЦНС). Діагностика на основі визначення рівня  $\beta$ -ХГЛ. УЗД органів тазу та черевної порожнини, рентгенографії легенів, КТГ, або МРТ головного мозку, нирок, черевної порожнини. Високий (100000 од/л)  $\beta$ -ХГЛ в крові. Лікування. При неінвазуючій формі - метотрексат або актиноміцин Д; при метастазуючій формі - поліхіміотерапія. Моніторинг - регулярні дослідження рівня  $\beta$ -ХГЛ протягом року. Суворі контрацепції. Трофобластична хвороба плацентарної площини - рідкісна форма. Особливістю є низький рівень  $\beta$ -ХГЛ і нечутливість до хіміотерапії. Лікування - видалення матки.

### **Тема 7. Контрольне заняття. Предракові захворювання і пухлини геніталій.**

Код розділу 16.1-4.

Контрольні питання:

1. Що включають преінвазивні захворювання вульви? Діагностика і диференціальна діагностика, лікувальні підходи.
2. Як класифікуються преінвазивні захворювання вульви і піхви?
3. Що розуміють під інтраепітеліальною неоплазією вульви? Етіологія, патогенез, клініка лікування.
4. Етіологія, патогенез, діагностика, стадіювання і лікування раку вульви. Шляхи метастазування.
5. Як класифікуються преінвазивні захворювання піхви? Етіологія, патогенез, діагностика, лікування.
6. Охарактеризуйте фактори ризику, етіологію, патогенез, клініку, діагностику, стадіювання і методи лікування раку піхви.
7. Від чого залежить прогноз для хворих при раку вульви і піхви?
8. Що розуміємо під неопластичними преінвазивними захворюваннями шийки матки?
9. Що таке дисплазія шийки матки?
10. Які існують методи діагностики та лікування преінвазивних неопластичних захворювань шийки матки?
11. Яка роль кольпоскопії в діагностиці захворювань шийки матки?
12. В чому полягає цитологічний скринінг неопластичних захворювань шийки матки?
13. Які фактори ризику раку шийки матки?

14. Які шляхи поширення раку шийки матки?
15. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування інвазивного раку шийки матки?
16. Які фактори впливають на прогноз раку шийки матки?
17. Як проводити профілактику раку шийки матки?

## **Тема 8. Контрольне заняття. Дисгормональні захворювання та рак молочних залоз.**

Код розділу 16.5.

Контрольні питання:

1. Охарактеризуйте анатомію молочної залози.
2. В чому полягає алгоритм обстеження молочної залози?
3. Що включають доброякісні захворювання молочної залози? Клінічні варіанти, клініка, діагностика, лікування.
4. Які існують злоякісні захворювання молочної залози?
5. Що включають неінвазивні злоякісні захворювання молочної залози?
6. Що таке інвазивний рак молочної залози? Який алгоритм його діагностики та лікування?
7. Як проводити моніторинг хворих на рак молочної залози?
8. В чому полягає лікування метастатичного та рецидивного раку молочної залози.

## **МОДУЛЬ 5. НЕПЛІДНІСТЬ ТА ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї**

**Мета модулю:**

1. Вивчити ендокринну причину неплідності.
2. Встановити трубно-перитонеальний фактор неплідності і вивчити його лікування.
3. Вивчити матковий фактор неплідності.
4. Вивчити малі форми ендометріозу як причини неплідності.
5. Освоїти методи природнього планування сім'ї.
6. Вивчити гормональні, внутрішньоматкові і хірургічні методи контрацепції.
7. Профілактика інфекцій в програмах планування сім'ї.

**Теми для вивчення:**

### **Тема 1. Ендокринна безплідність, пов'язана з відсутністю овуляції.**

Визначення ФСГ, ЛГ, пролактину, естрадіолу, тестостерону (3-7-й день МЦ), прогестерону (20-22-й день МЦ), УЗД наявності домінантного фолікула. Гіпоталамо-гіпофізарна недостатність, яєчникові форма, наднирникові форма дисфункції гіпоталамо-гіпофізарної системи. Гіперпролактинемія.

### **Тема 2. Трубно-перитонеальний фактор неплідності.**

Складає 20-30% безпліддя. Зміни зі сторони труб: непрохідність, закупорення, стеноз. Трубні оклюзії можуть бути дистальними, проксимальними, істмічними та поєднані. Перитонеальний фактор безпліддя - тазові адгезії (спайки). Причиною адгезій можуть бути гострі запальні процеси органів малого таза (ЗЗОТ), розриви тубооваріальних процесів та внутрішніх органів (апендицит, дивертикуліт), а також попередня абдомінальна або тазова хірургія. Анамнестично часто визначається інфікований аборт, запальні процеси, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) - гонорея, хламідіоз, використання ВМС, туберкульоз, апендицит, попередня трубна хірургія. При бімануальному обстеженні найбільш часто визначається обмежена рухливість матки з ретрофлексією, вузлуватість і болючість в ділянці крижово-маткових зв'язок, болючість і фіксованість придатків матки. Прохідність маткових труб перевіряється за допомогою гістросальпінгографії в перші 7



днів менструального циклу, або при хромосальпінгоскопії під час лапароскопії. Профілактика інфекції - застосування антибіотиків до ГСГ. Можна використати метод гідросонографії. Найбільш ефективним методом лікування є хірургічний - усунення всіх перитубарних, перияєчникових і інших адгезій. При значних деформаціях труб - фертилізація in vitro. (IVF).

### **Тема 3. Матковий фактор неплідності.**

Причини: субмукозні вузли, внутрішньоматкові синехії, дворога матка, маткова перетинка, гіперплазія ендометрію, рак ендометрію. Ці фактори можуть спричинювати деформацію порожнини матки, запобігати імплантації або порушувати розвиток заплідненої яйцеклітини в матці. Фактори ризику: ендометрит, травматизація від численних вишкрябань порожнини матки, післяабортний ендометрит. Клініка може бути безсимптомною. В анамнезі ендометрит, запальні процеси, лихоманка, тазовий біль, субмукозна фіброміома, звичне невиношування, аномальні маткові кровотечі. Обстеження. Виявляють стан матки і придатків, наявність міом. Проводять УЗД, бактеріологічне, бактеріоскопічне дослідження вмісту цервікального каналу, ГСГ, гістероскопія. Лікування. Внутрішньоматкові адгезії та внутрішньоматкова перетинка підлягають оперативному лікуванню з подальшим введенням ВМС. При виявленні міоми - консервативну міомектомію. Дворогу матку, як правило не лікують. Ефективною профілактикою може бути раціональна протимікробна терапія запальних процесів та уникнення травматизації порожнини матки та цервікального каналу при проведенні гінекологічних маніпуляцій.

### **Тема 4. Малі форми ендометріозу як причина неплідності.**

Ендометріоз може локально пошкодити тканини, спричинити запалення і перитубарні та періоваріальні запалення. Ці зрощення запобігають вивільнення яйцеклітини та її міграцію в труби. Жінки з ендометріозом страждають на циклічний тазовий біль, дисменорею, диспареунію, аномальні маткові кровотечі. Прямим підтвердженням наявності ендометріозу є лапароскопія або лапаротомія. УЗД може допомогти встановити діагноз. Лікування ендометріозу може проводитись медикаментозно (агоністи ГнРГ, даназол, медроксипрогестерон, оральні контрацептиви). Їх використання покращує стан, але не сприяє фертильності. Хірургічний метод - сальпінгооваріолізіс, адгезіолізіс, видалення, коагуляція або вапоризація ендометріюїдних імплантантів. Ефективність залежить від стадії захворювання: при легкій формі досягається 75% успіху, при тяжкому ендометріозі 30-40%. Профілактика. Уникнення травматизації ендометрію при гінекологічних маніпуляціях і операціях, попередження інфекційних ускладнень після абортів, зондування і т. п., ретельне відношення до рани під час кесаревого розтину тощо.

### **Тема 5. Методи природнього планування сім'ї.**

Календарний метод. Метод базальної температури, цервікального слизу, симптомотермальний метод, перерваний статевий акт.

### **Тема 6. Гормональні, внутрішньоматкові і хірургічні методи контрацепції.**

Бар'єрні методи: презерватив, сперміциди (таблетки, аерозолі, суппозиторії, креми, тампони, плівки). Час введення 60-10 хв до початку статевого акту. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК). Однофазні. Трифазні. Високодозовані, низькодозовані, мікродозовані. Режим прийому. Якщо в упаковці 28 таблеток, то приймаються без перерви. Якщо 21 - то між прийомами перерва 7 днів. Обмеження користування КОК. Чисто прогестинний оральний контрацептив - лінестренол. Використовують при лактації, при палінні, після 40 років, при серцево-судинних захворюваннях. Метод лактаційної аменореї. Критерії використання: до 6 місяців плекання, аменорея, годує тільки груддю, перерва між кормліннями вдень до 4, вночі до 6 год. ВМС. Невідкладна контрацепція.

### **Тема 7. Профілактика інфекцій в програмах планування сім'ї.**

Використання презервативу як допоміжний метод для захисту від ІПСШ. Правила використання чоловічого презерватива. Використання сперміцидів до певної міри являється профілактикою ІПСШ. Дослідження вагінального мазка на флору перед використанням ВМС. Виключення запальних процесів геніталій. Цитологічне дослідження вмісту цервікального каналу. Оцінка ризику на ВІЛ, сифіліс. При введенні ВМС дотримання правил профілактики інфекцій. Ретельне та уважне консультування пацієнтки.

### **Тема 8. Сучасні допоміжні репродуктивні технології в лікуванні безпліддя.**

Індукція овуляції. Вживання кломіфену, який діє на естрогенові рецептори в гіпоталамусі та збільшує виділення ГнРГ. Методика використання кломіфену. Застосування менопаузального гонадотропіну людини (МГЛ). Використання при тяжкій та середній дисфункції гіпоталамо-гіпофізарної системи. Пергонал - очищений препарат ФСГ і ЛГ. Використовують протягом фолікулярної фази МЦ. Побічні ефекти і ускладнення: "гарячі приливи", здуття живота, депресія, багатоплідна вагітність, синдром гіперстимуляції (асцит, перекут кісти, плевральний асцит, гіперкоагуляція). Введення зиготи лапароскопічно в маткову трубу - GIFT, введення зиготи в матку через шийку матки -IVF, ZIFT- зигота вводиться в трубу катетером через шийку матки, або при лапароскопії, ICSI - інтраплазматична ін'єкція одного сперматозоїда в цитоплазму виділеного ооцита при чоловічій безплідності. Ембріони переносять в матку на стадії бластоцисти - через 5-6 днів після взяття ооцитів. Нормальна спермограма: 20 млн в 1 мл; більше 30% нормальних форм; > 50% рухливих. Успішність репродуктивних технологій становить 28-30%. Ускладнення: багатоплідна вагітність, що може призвести до прееклампсії, гестаційного діабету, передлежання плаценти, передчасні роди, післяродова кровотеча, ЗВРП, РДС, низька маса при народженні, внутрішньошлункові крововиливи, неонатальний сепсис.

### **Тема 9. Контрольне заняття: неплідність та планування сім'ї.**

1. Що таке безплідність?
2. Визначте поняття первинної і вторинної безплідності.
3. Показники нормальної спермограми.
4. Назвіть жіночі фактори безплідності.
5. Що таке перитонеальний і трубний фактор безплідності?
6. Причини, діагностика, лікування маткового фактора безплідності.
7. Назвіть методи природнього планування сім'ї.
8. Назвіть методи гормональної контрацепції.
9. Назвіть маткову контрацепцію.
10. Хірургічні методи контрацепції.
11. Бар'єрні методи контрацепції.
12. Назвіть сучасні репродуктивні технології в лікуванні безплідності.
13. Назвіть приклади ендокринної безплідності.
14. Профілактика інфекції в плануванні сім'ї.
15. Показання для екстракорпорального запліднення.

## **МОДУЛЬ 6. «ГОСТРИЙ ЖИВІТ» В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ**

### ***Мета змістовного модулю:***

1. Вивчити діагностику та тактику лікаря при кровотечі в черевну порожнину.
2. Вивчити клініку, діагностику "гострого живота" при запаленні статевих органів.
3. Вивчити клініку, діагностику, диференціальну діагностику при порушенні кровопостачання органів малого таза та пухлин.
4. Вивчити клінічні прояви, діагностику та лікування різних форм ендометріозу.

### ***Теми для вивчення:***

### **Тема 1. "Гострий живіт" при кровотечі в черевну порожнину.**

Причини кровотеч в черевну порожнину. Види позаматкової вагітності за локалізацією. Варіанти порушення позаматкової трубної вагітності (за типом трубного аборту; при розриві маткової труби). Клініка порушеної трубної вагітності. Дані гінекологічного обстеження при порушеній трубній вагітності. Загальний стан жінки. УЗД тести на вагітність. Пункція заднього склепіння. Лікування. Об'єм хірургічного втручання. Інтенсивна інфузійна терапія. Реабілітація. Яєчникова вагітність. Об'єм операції. Апоплексія яєчника. Клініка. Об'єм операції, інтенсивна інфузійна терапія. Черевна вагітність. УЗД, лабораторна діагностика. Оперативне лікування. Дренування за Мікуличем. Ведення післяопераційного періоду.

### **Тема 2. "Гострий живіт" при запаленні статевих органів.**

Клініка гострого аднекситу. Дані додаткових методів обстеження. Диференціальна діагностика з позаматковою вагітністю та апендицитом. Лікування. Гострий пельвеоперитоніт. Причини, клініка, діагностика. Диференціальна діагностика з параметритом, аднекситом. Методи лікування, ускладнення. Покази до хірургічного лікування. Принципи антибактеріальної терапії. Інфузійна терапія. Розлитий перитоніт. Причини: розлитий перитоніт, який виходить із тазових органів. Перфоративний перитоніт (піосальпінкс, кіста яєчника, що нагноїлася, прорив осумкованого вогнища інфекції). Клінічна маніфестація. Діагностика. Диференціальна діагностика з пельвеоперитонітом. Лікування перитоніту. Об'єм оперативного втручання. Дренування черевної порожнини. Інтенсивна терапія в післяопераційному періоді. Ускладнення.

### **Тема 3. "Гострий живіт" при порушенні кровозабезпечення органів малого таза та пухлин.**

Перекрут ніжки пухлини яєчника, перекрут субсерозного міоматозного вузла. Клініка, діагностика. Диференціальна діагностика з аднекситом, позаматковою вагітністю, апендицитом, пельвеоперитонітом. Ускладнення. Оперативне лікування. Особливості операції при перекруті ніжки пухлини. Ведення післяопераційного періоду.

### **Тема 4. Контрольне заняття "Гострий живіт" в гінекології.**

1. Які патологічні процеси викликають "гострий живіт" в гінекології?
2. Симптоми "гострого живота" при гострому запаленні придатків матки.
3. Диференціальна діагностика між правостороннім аднекситом та гострим апендицитом.
4. Диференціальна діагностика між аднекситом та позаматковою вагітністю.
5. Диференціальна діагностика між пельвеоперитонітом та аднекситом.
6. Методи лікування пельвеоперитоніту.
7. Покази до оперативного лікування пельвеоперитоніту.
8. Об'єм оперативного втручання при пельвеоперитоніті.
9. Клініка розлитого перитоніту.
10. Тактика лікаря при розлитому перитоніті.
11. Об'єм оперативного втручання при розлитому перитоніті.
12. Ведення післяопераційного періоду після операції при перитоніті.
13. Додаткові методи дослідження при позаматковій вагітності.
14. Симптоми порушеної позаматкової вагітності при розриві маткової труби.
15. Симптоматика порушеної позаматкової вагітності по типу трубного аборту.
16. Тактика лікаря при встановленні непорушеної трубної вагітності.
17. Тактика лікаря при порушеній вагітності.
18. Об'єм обстеження при порушеній позаматковій вагітності, яка супроводжується порушенням гемодинаміки.

## **МОДУЛЬ 7. ЕНДОМЕТРІОЗ**

### **Мета змістовного модулю:**

1. Вивчити причини виникнення ендометріозу.
2. Вивчити симптоматику і діагностику зовнішнього ендометріозу.
3. Вивчити клініку і діагностику внутрішнього ендометріозу.
4. Освоїти методику лікування зовнішнього ендометріозу.
5. Освоїти методику лікування внутрішнього ендометріозу.
6. Ознайомитись з клінікою екстрагенітального ендометріозу. Визначити тактику ведення хворих з екстрагенітальним ендометріозом.
7. Профілактика ендометріозу.

### **Теми для вивчення:**

#### **Тема 1. Внутрішній ендометріоз.**

Ендометріоз цервікального каналу, матки і інтрамуральної частини маткових труб. Фактори ризику ендометріозу: наявність в анамнезі патологічних родів, гінекологічних операцій, гормональні порушення, тривале носіння ВМС, наявність ендометріозу в матері і сестер, зниження імунологічної толерантності. Діагностика. Скарги, дані вагінального дослідження, УЗД, гістероскопія, гістеросальпінгографія, лапароскопія. Диференціальна діагностика. Лікування. Гормональна терапія, неспецифічна протизапальна терапія, імунomodulatory, гепатопротектори, вітаміни, фізіотерапевтичні методи лікування супутніх екстрагенітальних захворювань. Хірургічне лікування.

#### **Тема 2. Зовнішній ендометріоз.**

Класифікація: перитонеальний ендометріоз (яєчників, маткових труб, тазової очеревини); екстраперитонеальний ендометріоз (піхвової частини шийки матки, піхви, вульви, маткових зв'язок, ретроцервікальний, параметріїв, без проростання і з проростанням в сечовий міхур і пряму кишку. Поєднання зовнішнього і внутрішнього. Фактори ризику. Можливі скарги: больовий синдром, безпліддя, геморагічний синдром, тривале безефективне лікування хронічних аднекситів, метритів, психоневрологічні розлади, дизурія, болючість при дефекації. Бімануальне дослідження, УЗД, інші методи дослідження, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, визначення онкомаркерів. Диференціальна діагностика. Лікування. Ускладнення при відсутності лікування.

#### **Тема 3. Екстрагенітальний ендометріоз.**

До цієї патології належить ендометріоз шлунково-кишкового тракту, сечовивідних органів, шкіри, пупка, післяопераційних ран, легень, плеври тощо. Фактори ризику: наявність в анамнезі гінекологічних операцій та маніпуляцій, гормональні зршення, зниження імунологічної толерантності. Клініка. Больовий синдром, пов'язаний із ураженим органом. Інша симптоматика також безпосередньо пов'язана із органом і його функцією. Мають місце психоневрологічні розлади. В окремих випадках відсутність симптомів. Діагностика. Анамнез, УЗД, КТГ, магнітно-резонансна томографія, лапароскопія, визначення онкомаркерів. Вибір тактики лікування залежить від віку жінки, поширеності процесу, вираженості і тривалості захворювання, ефективності попереднього лікування, стану уражених органів та систем. Покази до хірургічного лікування: ендометріоз, що супроводжується гіперплазією ендометрію, відсутність ефекту від 6 місячного лікування, поєднання екстрагенітального ендометріозу з іншими органами, нагноєння ендометріюїдних утворень, ендометріоз пупка, післяопераційного рубця, протипокази до гормональної терапії. Медикаменти: КОК, гестагенні препарати, антигонадотропні, антиестрогенні, агоністи гонадотропін релізінг гормонів. Профілактика.

#### **Тема 4. Контрольне заняття: ендометріоз.**

1. Які органи уражаються при генітальному ендометріозі?
2. Які органи уражаються при перитонеальному ендометріозі?
3. Що відноситься до екстраперитонеального ендометріозу?
4. Що відноситься до екстрагенітального ендометріозу?

5. Фактори ризику виникнення ендометріозу?
6. Скарги жінок при генітальному ендометріозі.
7. Дані бімануального дослідження при генітальному ендометріозі.
8. Додаткові методи діагностики ендометріозу.
9. Дані УЗД при внутрішньому ендометріозі.
10. Дані гістероскопії при аденоміозі.
11. Дані гістросальпінгографії при внутрішньому ендометріозі.
12. Дані лапароскопії при внутрішньому ендометріозі.
13. Результати бімануального обстеження при перитонеальному ендометріозі.
14. Фактори які впливають на вибір тактики лікування ендометріозу.
15. Можливі наслідки при відсутності лікування ендометріозу.
16. Групи препаратів гормонотерапії ендометріозу.
17. Покази до хірургічного лікування генітального ендометріозу.
18. Можливі ускладнення нелікованого ендометріозу.
19. Критерії ефективності лікування ендометріозу.
20. Покази до залучення в процес лікування ендометріозу профільних спеціалістів.

## **МОДУЛЬ 8. ВІЙСЬКОВО-СПЕЦІАЛЬНА ПІДГОТОВКА**

### ***Мета змістовного модуля:***

1. Ознайомити лікарів-інтернів з особливостями надання акушерсько-гінекологічної допомоги в військових умовах.
2. Врахування часового фактору.
3. Оцінка можливості транспортування вагітних, роділь і породіль подалі від місця ведення бойових дій.
4. Використання будь-якого медичного закладу, в якому можна надати невідкладну допомогу.
5. При необхідності використати допомогу військового медичного підрозділу.
6. Дотримання асептики в наявних умовах, використати індивідуальні пакети військовослужбовця.
7. Після надання необхідної першочергової допомоги чим скоріш потерпілих, породіль і новонароджених відправити в тил.

### ***Теми для вивчення:***

#### **Тема 1. Особливості надання акушерсько-гінекологічної допомоги в військових умовах.**

Надання акушерсько-гінекологічної допомоги залежить в першу чергу від наявності чи відсутності бойових дій в місці надання допомоги. Якщо пацієнтка знаходиться під обстрілом чи бомбардуванням, то необхідно перевести або перенести в підвал, бомбосховище тощо. При наявності кровотечі від поранень насамперед зупинити кровотечу. При пораненні зовнішніх статевих органів - тиснучу пов'язку, туге бинтування, накласти затискач. Для профілактики больового шоку - введення промедолу, морфію або будь-яких знеболюючих засобів. При загрозі геморагічного шоку - переливання колоїдів, кристалоїдів (NaCl - 0,9%, глюкоза 5,5%, введення в/в розчину спирта на глюкозі). Мета: якнайшвидше відновити ОЦК, враховуючи, що кристалоїди виводяться через 30 хв після їх введення. Для короткочасних хірургічних втручань - знеболення наркотичними в/в засобами, при їх відсутності вжити атропін, дімедрол, седуксен, етиловий спирт. В першому періоді родів провести внутрішнє обстеження і спрогнозувати резерв часу до народження плода. При достатньому резерві часу скерувати роділлю в медичний заклад. Якщо такої можливості нема - використати військовий медичний підрозділ. Основний принцип - профілактика інфекційних ускладнень та післяродової кровотечі.

#### **Тема 2. Надання акушерсько-гінекологічної допомоги при вогнепальних ураженнях.**

Діагностувати проникаючі та непроникаючі ураження. При непроникаючих ураженнях треба обробити шкіру навколо рани дезрозчинами, або спиртом, або теплою водою з милом чи навіть бензином. Видалити сторонні тіла із рани, які доступні і накласти асептичну суху пов'язку, використавши індивідуальний пакет бійця тощо. При невеликій кровотечі промити рану перекисем водню і накласти тугу пов'язку. При можливості для зупинки кровотечі рану обколоти Z-швами, або накласти затискачі на кровоточиву судину. Для зняття больового шоку - знеболюючі препарати, які доступні в даних умовах, а при їх відсутності - алкоголю 40 мл в перерахунку на чистий спирт. При загрозі геморагічного шоку - відновлення ОЦК будь-якими розчинами для інфузій, враховуючи, що резерви організму вичерпуються при крововтраті до 1500 мл за годину. Для надання допомоги використовувати можливість будь-якого військового медичного підрозділу. При проникаючих пораненнях після первинної допомоги - евакуація в заклад, де проводиться адекватне хірургічне лікування з лапаротомією. У всіх випадках при пораненнях вводять антибіотики. Об'єм наданої допомоги, час поранення і час надання медичної допомоги записується олівцем, кульковою ручкою і надійно фіксується в доступному місці.

### **Тема 3. Надання акушерсько-гінекологічної допомоги при хімічних ураженнях.**

При ураженнях бойовими отруйними речовинами шкірно-поверхневої дії насамперед місце ураження треба промити достатньою кількістю води або прийняти душ. Обережно тампоном видалити прилиплі речовини, обривки шкіри. На уражені ділянки накласти асептичні пов'язки. При значних болях використати знеболюючі препарати, при психо-емоційних зривах - транквілізатори. При отруєнні газоподібними речовинами - винести постраждалих із зони ураження, дати інгаляцію кисню. Якщо допомога надається в зоні дії газу - натягнути на ураженого протигаз. Після ідентифікації отрути - використати відповідний антидот згідно з інструкцією і відправити жінку в найближчий військовий або цивільний медичний заклад. Надання акушерської допомоги залежить від періодів родів, резерву часу. Отруєння газом негативно впливає на стан плода аж до його загибелі. Новонародженому слід дихати сумішшю кисню із балона через маску, а при необхідності - використати протигаз. Проводиться профілактика кровотечі після родів та антибіотикопрофілактика.

### **Тема 4. Надання акушерсько-гінекологічної допомоги при радіаційних ураженнях.**

Насамперед треба евакуювати постраждалих із зони ураження. Як відомо, радіаційне ураження людина отримує від  $\gamma$ -випромінювання в момент ядерного вибуху, а також від радіоактивного ураження продуктами радіоактивного розпаду, які покривають навколишні предмети - радіоактивна пилюка. Радіоактивна пилюка випромінює  $\alpha$ ,  $\beta$  і  $\gamma$  промені. Особливо небезпечне поступлення в організм людини продуктів розпаду з повітрям, водою, їжею. Осівши на одягу, радіоактивна пилюка продовжує опромінювати людину. Тому необхідно після виходу із зараженої зони скинути всю одягу, помитись під душем, прополоскати рот, промити ніс, очі і вуха, переодягтись і евакуюватись в безпечне місце. Потім пройти дозиметричний контроль, визначити дозу отриманого опромінення і прийняти антидот. Наприклад: якщо в складі радіоактивних опадів є ізотоп  $I^{131}$ , то треба прийняти препарат йоду, який посівши місце в щитоподібній залозі, не дає можливості радіоактивному  $I^{131}$  накопичуватись в залозі, чим зменшує ризик онкологічного росту. Особливо важливий фактор часу, наскільки період напіввидення радіоактивного  $I^{131}$  становить 8 діб. Після евакуації із зони ураження обстеження і надання медичної і психотерапевтичної допомоги проводиться у відповідних медзакладах. Треба врахувати негативний вплив радіоактивного ураження на фертильну та генетичну функцію жінок. Тому доцільно запропонувати вагітним перервати вагітність в терміни, передбачені законодавством. А також проводити контрацепцію до часу небезпеки ураження гонад.

### **Тема 5. Контрольне заняття з питань військово-спеціальної підготовки.**

1. Особливості надання допомоги в зоні ведення бойових дій.
2. Об'єм надання допомоги при кровотечі з ран на зовнішніх статевих органах.

3. Як обробляють рану?
4. Яку допомогу надають першочергово при пораненні?
5. Для чого вводять знеболюючі препарати?
6. Профілактика геморагічного шоку.
7. Профілактика інфекційних уражень.
8. При яких умовах доцільно відправляти роділь в тил?
9. Надання допомоги при ураженні шкіри та слизових БОР.
10. Надання допомоги при отруєнні газоподібними БОР.
11. Фактор часу в наданні допомоги.
12. Шляхи радіоактивного ураження.
13. Заходи по наданню допомоги особам, які знаходяться в зоні радіоактивного ураження.
14. Рекомендації жінкам, які зазнали радіоактивного впливу, щодо їх майбутньої фертильної функції.
15. Рекомендації вагітним після отримання ними радіоактивного впливу.
16. Тривалість часу використання протигазу при наявності в навколишньому середовищі газоподібних БОР.
17. Що треба зробити особі, яка покинула зону радіоактивного ураження.
18. Віддалені наслідки отриманого радіоактивного ураження.

## **МОДУЛЬ 9. ЕТИКА І ДЕОНТОЛОГІЯ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ**

### ***Мета змістовного модуля:***

1. Ознайомити з основними поняттями і вимогами щодо лікарської деонтології.
2. Навчити засадам деонтології в акушерстві та гінекології.
3. Навчити особливостям деонтології в жіночій консультації, в стаціонарних відділеннях гінекологічної допомоги, в акушерських відділеннях, під час родів, після родів, при диспансерному післяродовому веденні.
4. Навчити проводити санітарно-просвітницьку роботу серед різних верств населення: в школах, у виробничих колективах, у засобах масової інформації.

### ***Теми для вивчення:***

#### **Тема 1. Поняття про лікарську етику і деонтологію. Деонтологія в акушерстві та гінекології.**

Лікарі акушери-гінекологи повинні демонструвати найвищий рівень персональної відповідальності, дотримання конфіденційності, відповідальності за емоційний та фізичний комфорт пацієнта. Основні принципи професійної етики: самоврядування, добродійність, справедливість, ретельність у виконанні службових обов'язків. Застосувати принципи балансування інтересів пацієнтки і суспільства в цілому. Кодекс професійної етики складається з таких підрозділів: взаємовідносини пацієнт-лікар, тобто пацієнт має право на свій власний вибір. Лікар повинен отримати згоду пацієнтки на виконання будь-якого терапевтичного або хірургічного лікування. Акушер-гінеколог мусить визнати межі своєї компетентності і щиро та правдиво поводитись зі своїми колегами та пацієнтками - принцип правдивості. Акушер-гінеколог не має права практикувати у разі наявності алкогольної або наркотичної залежності, фізичної або розумової нездатності. Призначати види і засоби лікування, базуючись лише на медичних показаннях, незалежно від власної вигоди, інтересів фармацевтичних фірм тощо. Клінічні викладачі мають додаткову відповідальність за навчання студентів, інтернів та лікарів-курсантів. Акушер-гінеколог повинен передавати та розвивати медичні знання, прислуховуватись до порад та консультацій, підтримувати чуйність, терплячість до колег та пацієнтів, розвивати пунктуальність та ефективність праці. Безпека пацієнтів - повсякденне правило акушера-гінеколога.

## **Тема 2. Особливості деонтології в різних структурно-функціональних підрозділах акушерсько-гінекологічних закладів.**

Акушер-гінеколог жіночої консультації являється першим спеціалістом, до якого звертаються по допомогу, уже починаючи з дитячої гінекології. Це особливий відбиток до вимог лікаря: довірливість малолітньої пацієнтки. Лікар повинн ретельно та уважно спілкуватись із жінками, враховуючи делікатність вирішення багатьох проблем. При веденні вагітних треба бути оптимістом в наслідках вагітності, але уникати легковажності і вміло формувати у вагітних відповідальність. У стаціонарі перед призначенням лікування, операції необхідно доступно, але достатньо, на рівні сприйняття поінформувати доцільність призначеного лікування не уникаючи можливих труднощів. В ургентних випадках надання допомоги обоснувати необхідність оперативного втручання для пацієнтки і при необхідності для рідних. У доступній формі повідомити родичам про суть і можливі ускладнення оперативного втручання, вселяючи надію та оптимізм. Виконувати тільки такі операції та маніпуляції, якими лікар володіє достатньо професійно. Прислуховуватись до порад досвідченіших колег і при необхідності користуватись їхньою допомогою. Об'єктивність самооцінки, несприйняття зазнайства, самовпевненості та пихатості - важлива вимога лікарської деонтології.

## **Тема 3. Санітарно-просвітницька діяльність серед населення.**

Основні засади проведення санітарно-просвітницької роботи за напрямками: фізіологія жіночого організму, гігієна жінки, профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом (особливо серед молоді), контрацепція, планування сім'ї, здоровий спосіб життя, зміни в організмі вагітної, гігієна вагітності, відповідальне батьківство, грудне вигодовування, шкідливий вплив паління, алкоголю та наркотиків на специфічні функції жіночого організму, перебіг вагітності та здоров'я потомства, догляд за грудними залозами, важливість профоглядів жіночого населення, невідкладна контрацепція, раціональне харчування, навчання в школі матерів, радість материнства. проводити санітарно-просвітницьку роботу найбільш ефективно можна в організованих колективах, на телебаченні, в пресі. Спілкуватись зі слухачами потрібно доступною мовою з урахуванням культурних, релігійних та вікових особливостей. Ефективно співпрацювати з керівниками закладів та громадських організацій.

### **НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН**

підготовки клінічних ординаторів зі спеціальності  
“Акушерство і гінекологія”

на кафедрі охорони материнства і дитинства і суміжних кафедрах  
(очна частина – 1 рік навчання)

Тривалість навчання – ... місяців (...годин).

Код курсу	Код розділу	Назва курсу та розділу	Кількість учбових годин			
			Л	С	П	Сума
01	1.13	Робота ЖК і дит.поліклінік в охороні репродуктивного здоров'я населення	2	4	6	12
	1.14	Медико-соціальні заходи профілактики невиношування вагітності в роботі ЖК та дит. поліклінік	2	4	6	12
03	3.4	УЗ-методи дослідження в акушерстві і гінекології	0	6	36	42



	3.8	Сучасні ендоскопічні діагностично-лікувальні методи (гістеро-, лапароскопічні)	4	6	22	32
	3.6	Кольпоцервікоскопія, прицільна біопсія/цитологія	0	4	18	22
07		Патологічне і оперативне акушерство	0	8	142	150
	7.1	Неправильні передлежання та вставлення голівки плода			18	18
	7.1-2	Неправильні положення плода. Акушерський поворот			14	14
	7.1	Клінічний перебіг вагітності, діагностика та ведення пологів при звужених тазах			18	18
	7.1	Перебіг та ведення пологів при тазових передлежаннях плода			18	18
	7.2	Акушерські щипці			18	18
	7.1	Аномалії родової діяльності. Несвоєчасне відходження навколоплідних вод. Діагностика, лікування, акушерська тактика, ускладнення.			20	20
	7.2	Кесарський розтин в сучасному акушерстві		4	36	40
	7.1-2	Контрольне заняття по курсу 07		4		4
09		Кровотечі в акушерстві. Шок і термінальні стани в акушерстві і гінекології	0	18	0	18
	9.4	Геморагічний шок в акушерстві та гінекології		6		6
	9.4	Тромбогеморагічний синдром в акушерстві		6		6
	9.4	Емболія навколоплідними водами		6		6
14		Запальні захворювання та септична інфекція в акушерстві та гінекології	6	28	112	146
	14.1	Септичні захворювання в акушерстві	2	6	38	46
	14.2	Запальні захворювання статевих органів, тазової клітковини, очеревини (неспецифічні)		4	18	22
	14.3	Запальні захворювання статевих органів (специфічні)		6	18	24
	14.4	Септичні захворювання в гінекології	2	4	22	28
	14.5	Лактаційний мастит	2		16	18
	14.1,5	Контрольне заняття: післяпологовий сепсис		4		4
	14.2-4	Контрольне заняття: запальні захворювання та септична інфекція в гінекології		4		4
15		Оперативна гінекологія	2	18	262	282
	15.1	Передопераційна підготовка			8	8

	15.2	Діагностичні операції			12	12
	15.3	Операції на матці консервативні			30	30
	15.3	Операції на матці радикальні та напіврадикальні			60	60
	15.4	Операції на додатках матки			56	56
	15.5	Операції при злоякісних пухлинах статевих органів			32	32
	15.6	Методи оперативного лікування при ретродевіаціях матки, зміщенні стінок вагіни, випадінні матки. Операції на шийці матки		4	36	36
	15.7	Оперативні втручання при аномаліях розвитку жіночих статевих органів		6	8	14
	15.8	Відновлюючі операції при травмах і фістулах кишечника і сечовивідних шляхів			8	8
	15.9	Інтенсивна терапія та профілактика ускладнень в післяопераційному періоді	2	2	12	16
	15.1-9	Семінар-кологвіум: оперативна гінекологія		6		6
16		Передракові захворювання та пухлини геніталій та молочних залоз	10	48	108	166
	16.1	Передракові захворювання зовнішніх геніталій і шийки матки	2	8	30	40
	16.2	Пухлинні захворювання яєчників	2	8	22	32
	16.3	Гіперпластичні процеси та рак ендометрію	2	8	22	32
	16.4	Стромальні пухлини матки	2	6	26	34
	16.5	Дизгормональні захворювання та рак молочних залоз	2	6	8	16
	16.6	Трофобластична хвороба		6		6
	16.1-6	Контр. заняття: Передракові захворювання і пухлини геніталій, молочних залоз		6		6
17.		„Гострий” живіт в акуш. і гінекології	4	16	148	168
	17.1	„Гострий” живіт при кровотечі в черевну порожнину	2	4	60	66
	17.2	„Гострий” живіт при запаленні статевих органів	1	4	56	61
	17.3	„Гострий” живіт при порушенні кровозабезпечення органів малого тазу та пухлин	1	4	32	37
	17.1-3	Контр. заняття: „Гострий” живіт в гінекології		4		4
18		Ендометріоз	4	12	70	86
	18.1	Внутрішній ендометріоз	2	2	28	32

	18.2	Зовнішній ендометріоз	1	2	28	31
	18.3	Екстрагенітальний ендометріоз	1	4	14	19
	18.1-3	Контрольне заняття: ендометріоз		4		4
19		Неплідність та планування сім'ї	8	28	88	124
	19.1	Ендокринна неплодність	4	2	12	18
	19.2	Трубно-перитонеальний фактор неплодності		2	12	14
	19.3	Матковий фактор неплодності		2	12	14
	19.4	Малі форми ендометріозу як причина неплодності		2	14	16
	19.5	Методи природнього планування сім'ї		2	6	8
	19.6	Гормональні, внутрішньоматкові і хірургічні методи контрацепції		4	8	12
	19.7	Профілактика інфекцій в програмах планування сім'ї		4	4	8
	19.8	Сучасні допоміжні репродуктивні технології в лікуванні неплодності	4	6	8	18
	19.1-8	Контрольне заняття: неплодність та планування сім'ї		4		4
20		Військово-спеціальна підготовка	4	22	12	38
	20.1	Особливості надання акуш.-гін. допомоги в військових умовах	4		6	
	20.2	Надання акуш.-гін. допомоги при вогнепальних пошкодженнях		6	2	
	20.3	Надання акуш.-гін. допомоги при хімічних ураженнях		6	2	
	20.4	Надання акуш.-гін. допомоги при радіаційних ураженнях		6	2	
	20.1-4	Контрольне заняття з питань військово-спеціальної підготовки		4		
21		Етика і деонтологія в професійній діяльності лікаря	4	8	0	12
	21.1	Поняття про лікарську етику і деонтологію. Деонтологія в акуш. і гінекології	4			
	21.2	Особливості деонтології в різних структурно-функціональних підрозділах акуш.-гін. закладів		4		
	21.3	Санітарно-просвітницька діяльність серед населення		4		
		Заключний комп'ютерний контроль		2		
		Іспит та залік з практичних навичок		4		
		Підсумковий контроль знань та практичних навичок за 2-й рік навчання		4		4
		Всього за 2-й рік навчання	50	240	1030	1320

	<b>Самостійна робота</b>				
	Суміжні клінічні дисципліни				320
	Клініка, діагностика і лікування невідкладних станів				160
	Радіаційна медицина				30
	Медична генетика				50
	Елективні курси				100
			<b>РАЗОМ:</b>		<b>660</b>
	<b>ВСЬОГО:</b>				<b>1980</b>

**ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ/КОМПЕТЕНТНОСТІ, ЯКИМИ ПОВИНЕН  
ВОЛОДІТИ КЛІНІЧНИЙ ОРДИНАТОР ПІСЛЯ  
ЗАКІНЧЕННЯ КЛІНІЧНОЇ ОРДИНАТУРИ**

<b>ЗАГАЛЬНІ МЕДИЧНІ ЗНАННЯ ТА НАВИЧКИ</b>		
<b>Перелік компетентностей / практичних навичок</b>	<b>Рівень оволодіння</b>	<b>Обов'язкова кількість в якості 1-ї особи</b>
Периопераційна допомога з включенням класифікації ASA ( <i>Physical Status Classification System</i> )	<b>D</b>	<b>30</b>
Визначення категорій ризику оперативних втручань	<b>D</b>	<b>30</b>
Визначення показань до тромбопрофілактики	<b>D</b>	<b>30</b>
Визначення показань до гемотрансфузії та її проведення	<b>D</b>	<b>20</b>
Серцево-легенева реанімація (на тренажері)	<b>D</b>	<b>15</b>
Оцінка болю за аналоговими візуальними шкалами	<b>D</b>	<b>30</b>
<b>ДОРОДОВИЙ ДОГЛЯД</b>		
Зовнішнє акушерське обстеження	<b>D</b>	<b>100</b>
Внутрішнє акушерське обстеження	<b>D</b>	<b>50</b>
Визначення 30-тижневого терміну вагітності	<b>D</b>	<b>25</b>
Кардіомонітування серцевої діяльності плода	<b>D</b>	<b>50</b>
Діагностика передчасного розриву плодових оболонок	<b>D</b>	<b>25</b>
Оцінка та інтерпретація результатів лабораторних, інструментальних (УЗД) та функціональних методів дослідження	<b>D</b>	<b>50</b>

Інтерпретація подвійного тесту / потрійного тесту / NIPT.	<b>D</b>	<b>25</b>
Ведення вагітних з гіпертензивними розладами під час вагітності (пreekлампсія, еклампсія, HELLP-синдром)	<b>D</b>	<b>20</b>
Оцінка рухової активності плода	<b>D</b>	<b>50</b>
Діагностика неправильних положень і передлежань плода	<b>D</b>	<b>25</b>
Діагностика тазового передлежання плода і багатоплодової вагітності	<b>D</b>	<b>25</b>
Діагностика затримки росту плода	<b>D</b>	<b>25</b>
Діагностика гестаційного діабету з інтерпретацією тесту толерантності до глюкози	<b>D</b>	<b>25</b>
Ведення вагітних з цукровим діабетом	<b>D</b>	<b>10</b>
Діагностика переносування вагітності	<b>D</b>	<b>15</b>
Визначення показань до обстеження вагітних на перинатальні інфекції (токсоплазмоз, сифіліс, вітряна віспа, парвовірус В19, краснуха, цитомегаловірус, герпес) та інтерпретація результатів.	<b>D</b>	<b>25</b>
Надання допомоги при істміко-цервікальній недостатності	<b>D</b>	<b>25</b>
Діагностика олігогідрамніону	<b>D</b>	<b>15</b>
Діагностика багатоводдя	<b>D</b>	<b>15</b>
<b>ВНУТРІШНЬОПОЛОГОВИЙ ТА ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ДОГЛЯД</b>		
Допомога при неускладнених пологах	<b>D</b>	<b>40</b>
Активне ведення III періоду пологів	<b>D</b>	<b>40</b>
Допомога при передчасних пологах	<b>D</b>	<b>10</b>
Вагінальні пологи з вакуум-екстракцією плода	<b>D</b>	<b>5</b>
Оперативні пологи за допомогою акушерських щипців	<b>D</b>	<b>10</b>
Пологи в тазовому передлежанні	<b>D</b>	<b>10</b>
Пологи при багатоплідній вагітності	<b>D</b>	<b>10</b>
Діагностика травм пологових шляхів	<b>D</b>	<b>10</b>
Профілактика РДС плода	<b>D</b>	<b>20</b>
Діагностика удаваних перейм	<b>D</b>	<b>15</b>
Діагностика порушення прогресування пологів	<b>D</b>	<b>15</b>
Діагностика хоріоамніоніту	<b>D</b>	<b>5</b>
Медичний аналіз попереднього кесаревого розтину	<b>D</b>	<b>20</b>
Діагностика післяпологових гнійно-септичних ускладнень	<b>D</b>	<b>5</b>
Оцінка ризику тромбоемболічних ускладнень	<b>D</b>	<b>20</b>

Діагностика пізньої післяпологової кровотечі	D	5
Зашивання епізіотомної рани	D	10
Зашивання розриву промежини 1/2 ступеня	D	10
Кесарів розтин перший	D	35
Повторний кесарів розтин	D	15
<b>ДОБРОЯКІСНІ ГІНЕКОЛОГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ</b>		
Забір матеріала з піхви для бактеріоскопічного дослідження	D	30
Взяття мазка з шийки матки для цитологічного дослідження	D	30
Клінічне обстеження молочних залоз	D	30
Введення ВМК та/або ВМ системи з левоногестрелом	D	10
Кольпоскопія	D	40
Пайпель-біопсія ендометрія	D	40
Біопсія шийки матки	D	45
Гістероскопія	D	15
Діагностичне роздільне вишкрібання	D	20
Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви	D	15
Марсупіалізація кісти бартолінової залози	D	10
Вакуум-аспірація залишків плідного яйця при неповному аборті	D	40
Операції на шийці матки	D	50
Операції на придатках <b>(Всього)</b>	D	90
Тубектомія (1 асистент)	D	10
Тубектомія (оператор)	D	20
Цистектомія (1 асистент)	D	10
Цистектомія (оператор)	D	20
Аднексектомія (1 асистент)	D	10
Аднексектомія (оператор)	D	20
Операції на матці <b>(Всього)</b>	D	25
Гістеректомія (1 асистент)	D	15
Гістеректомія (оператор)	D	10
Операції на матці (інші)	D	10
Передня, задня, серединна кольпорафія, тощо	D	10
Лапороскопія	D	15

<b>РЕПРОДУКТИВНА МЕДИЦИНА</b>		
Консультавання з питань контрацепції	<b>D</b>	<b>15</b>
Діагностика СПКЯ згідно клінічних настанов	<b>D</b>	<b>10</b>
Діагностика гіперпролактинемії згідно клінічних настанов	<b>D</b>	<b>10</b>
Діагностика гіперандрогенії згідно клінічних настанов	<b>D</b>	<b>10</b>
Діагностика неплідності в шлюбі згідно клінічних настанов	<b>D</b>	<b>10</b>
Метросальпінгографія	<b>D</b>	<b>5</b>
Визначення показань до застосування допоміжних репродуктивних технологій (IUI, IVF, ICSI)	<b>D</b>	<b>5</b>
<b>УРОГІНЕКОЛОГІЯ</b>		
Визначення ступеню дисфункції тазового дна за POP-Q шкалою	<b>D</b>	<b>5</b>
Встановлення песарію при опущенні / випадінні матки	<b>D</b>	<b>10</b>
<b>ПЕРЕДРАКОВА ПАТОЛОГІЯ</b>		
Взяття мазка з шийки матки для цитологічного дослідження	<b>D</b>	<b>50</b>
Кольпоскопія	<b>D</b>	<b>50</b>
Пайпель-біопсія ендометрія	<b>D</b>	<b>30</b>
Біопсія шийки матки	<b>D</b>	<b>25</b>
Інтерпретація даних ультразвукового обстеження органів малого тазу та молочних залоз	<b>D</b>	<b>30</b>
<b>ГІНЕКОЛОГІЧНА ОНКОЛОГІЯ</b>		
Інтерпретація даних ультразвукового обстеження органів малого тазу	<b>D</b>	<b>30</b>
Визначення показань до дослідження онкомаркерів і інтерпретація результатів	<b>D</b>	<b>30</b>
<b>ДИТЯЧА І ПІДЛІТКОВА ГІНЕКОЛОГІЯ</b>		
Інтерпретація даних ультразвукового обстеження органів малого тазу у дівчат перипубертатного віку	<b>D</b>	<b>30</b>
Консультавання дівчат з питань контрацепції	<b>D</b>	<b>15</b>
Оцінка стадії статевого розвитку за Таннером	<b>D</b>	<b>15</b>
Оцінка гірсутизму	<b>D</b>	<b>10</b>
<b>ПАТОЛОГІЯ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ</b>		
Клінічне обстеження молочних залоз	<b>D</b>	<b>30</b>
Інтерпретація даних ультразвукового обстеження молочних залоз	<b>D</b>	<b>20</b>

Інтерпретація даних мамографії		<b>D</b>	<b>20</b>
<b>Рівень оволодіння практичними навичками</b>	Для кожної компетенції, практичної навички визначається в діапазоні від «А» до «D»: <b>A:</b> Знає, описує. <b>B:</b> Виконує, демонструє під наглядом. <b>C:</b> Виконує, демонструє самостійно. <b>D:</b> Виконує		

- Наведені цифри обов'язкової кількості маніпуляцій, операцій представляють мінімальну кількість разів, коли клінічний ординатор повинен виконати процедуру в якості першої особи (рівень D), що має бути зафіксовано в медичній документації (амбулаторна карта пацієнтки, історія пологів, операційний журнал тощо).

### 5. РОЗПОДІЛ БАЛІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ СЛУХАЧІ ШКАЛА ОЦІНЮВАННЯ: НАЦІОНАЛЬНА ТА ECTS

Сума балів за всі види навчальної діяльності	Оцінка ECTS	Оцінка за національною шкалою	
		для екзамену, атестації	для заліку
90 – 100	<b>A</b>	відмінно	зараховано
82-89	<b>B</b>	добре	
74-81	<b>C</b>		
64-73	<b>D</b>	задовільно	
60-63	<b>E</b>		
35-59	<b>FX</b>	незадовільно з можливістю повторного складання	не зараховано з можливістю повторного складання
0-34	<b>F</b>	незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни	не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни

### 6. МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ (кафедральне, рекомендована література, інтернет-ресурси)

#### ІНСТРУМЕНТИ, ОБЛАДНАННЯ ТА ПРОГРАМНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ, ВИКОРИСТАННЯ ЯКИХ ПЕРЕДБАЧАЄ НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА (у разі потреби)

**Технічні засоби:** ляльки, муляжі, тази, фантоми, симулятори, медичний інструментарій, гістерограми, ардіотокограми, УЗД, тонометри, акушерські стетоскопи, акушерські щипці, дзеркала, симулятори, мікроскопи.

**Обладнання:** мультимедійний проектор, комп'ютери, ноутбуки, кардіомонітори та ультразвукові апарати, які використовуються на навчальній базі міського пологового будинку тощо.



**Програмне забезпечення:** відеопротколи, практичні рекомендації і протоколи МОЗ України, клінічні рекомендації, алгоритми дії лікаря тощо.

### ЛІТЕРАТУРА, ЕЛЕКТРОННІ РЕСУРСИ

1. Закон «Про вищу освіту» - <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1556-18>.
2. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78  
«Охорона здоров'я» Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 року № 117.
3. Постанова Кабінету міністрів України №762 від 07 липня 2021 «Про внесення змін до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти»
4. Перелік галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти 2015 – <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-п>.
5. Наказ Міністерства освіти і науки України №584 від 30.04.2020 «Про внесення змін до Методичних рекомендацій щодо розроблення стандартів вищої освіти».
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №1254 від 22.06.2021 (zareestrovano v Ministerstvi yustitsii Ukraini 17 serpnia 2021 roku za №1081/36/36703) Про затвердження Положення про інтернатуру та вторинну лікарську (провізорську) спеціалізацію.
7. Стандарти і рекомендації щодо забезпечення якості в Європейському просторі вищої освіти (ESG) – [https://ihed.org.ua/wp-content/uploads/2018/10/04\\_2016\\_ESG\\_2015.pdf](https://ihed.org.ua/wp-content/uploads/2018/10/04_2016_ESG_2015.pdf)
8. [https://www.uems.eu/data/assets/pdf\\_file/0004/64399/UEMS-2018.18-European-Training-Requirements-OBGYN.pdf](https://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0004/64399/UEMS-2018.18-European-Training-Requirements-OBGYN.pdf)
9. European Training Requirements in Obstetrics and Gynaecology. UEMS Section Obstetrics and Gynaecology / European Board and College of Obstetrics and Gynaecology. Standing Committee on Training and Assessment. Version 2018 [https://www.uems.eu/data/assets/pdf\\_file/0004/64399/UEMS-2018.18-European-Training-Requirements-OBGYN.pdf](https://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0004/64399/UEMS-2018.18-European-Training-Requirements-OBGYN.pdf)
10. Академічні лекції з акушерства та гінекології / За ред. акад. Ю.Г. Антипкіна. – К.: ТОВ «КРІЕЙТІВ МЕДІА», 2021. – 424 с.
11. Акушерство та гінекологія: у 4 томах. / В.М. Запорожан, В.К. Чайка, Л.Б. Маркін та ін.; за ред. В.М. Запорожана. – 2-е вид., випр. – К.: ВСВ «Медицина», 2017. – 1032 с.
12. Акушерство: підручник / Пирогова В.І., Булавенко О.В., Вдовиченко Ю.П. за ред. Пирогової В.І. – Вінниця: Нова книга, 2021. – 472 с.
13. Акушерство та гінекологія: У 2 кн.-Кн 1: Акушерство: Підручник для мед. ВНЗ III-IV р.а. Допущено МОЗ/ За ред.В.І.Грищенка, М.О.Щербини. - К.,2017.-424 с.
14. Акушерство: Підручник для мед.ВНЗ III-IV р.а. Затверджено МОН/ III-IV р.а. Б.М.Венцівського, Г.К.Степанківської, М.Є.Яроцького.-К., 2012.- 648 с.
15. Grishchenko V.I. Obstetrics and gynecology, v.1., 2015.-Kyiv.
16. Grishchenko V.I. Obstetrics and gynecology, v.2., 2015.-Kyiv.
17. Денесюк В.Г. Посібник з клінічної лабораторної діагностики. К., 2004. – 118 с.
18. Сучасні аспекти ультразвукової діагностики в акушерстві та гінекології/ Л.Б.Маркін, Л.В.Суслікова, К.Л.Жатилевич та ін.-Львів: ЗУКШ – 2018. - 111с.
19. Ганич М.М. Фантомне акушерство

20. Ганич М.М. Практикум з акушерства і гінекології
21. [https://www.dec.gov.ua/cat\\_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/](https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/)
22. <http://www.drlz.com.ua/>
23. <https://www.who.int/ru>
24. [https://www.gfmer.ch/Guidelines/Obstetrics\\_gynecology\\_guidelinesTemplate.htm](https://www.gfmer.ch/Guidelines/Obstetrics_gynecology_guidelinesTemplate.htm)
25. Електронні протоколи МОЗ України:
  - [medstandart.net/browse/228](http://medstandart.net/browse/228) – Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні
  - [medstandart.net/browse/229](http://medstandart.net/browse/229) – Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги.
  - [medstandart.net/browse/230](http://medstandart.net/browse/230) – Нормативи надання медичної допомоги жіночому населенню за спеціальністю «Акушерство і гінекологія» в умовах амбулаторно-поліклінічних лікувальних закладів.
  - [medstandart.net/browse/231](http://medstandart.net/browse/231) – Спостереження за перебігом нормальної вагітності.
  - [medstandart.net/browse/232](http://medstandart.net/browse/232) – Ускладнення під час вагітності. Гестози вагітних.
  - [medstandart.net/browse/233](http://medstandart.net/browse/233) – Кровотечі в ранні терміни вагітності.
  - [medstandart.net/browse/235](http://medstandart.net/browse/235) – Аномальні продукти запліднення та аборти.
  - [medstandart.net/browse/236](http://medstandart.net/browse/236) – Багатоплідна вагітність та неправильні положення плода.
  - [medstandart.net/browse/237](http://medstandart.net/browse/237) – Аномалії кісткового тазу та статевих органів.
  - [medstandart.net/browse/238](http://medstandart.net/browse/238) – Патологія плаценти, ПФПН.
  - [medstandart.net/browse/239](http://medstandart.net/browse/239) – Переношена вагітність.
  - [medstandart.net/browse/242](http://medstandart.net/browse/242) – Ускладнення абортів.
  - [medstandart.net/browse/243](http://medstandart.net/browse/243) – Звичайний викидень.
  - [medstandart.net/browse/244](http://medstandart.net/browse/244) – Цукровий діабет і вагітність.
  - [medstandart.net/browse/245](http://medstandart.net/browse/245) – Інфекції нирок при вагітності.
  - [medstandart.net/browse/246](http://medstandart.net/browse/246) – Звичайне невиношування (допомога при вагітності, герпес вагітних, ВМК при вагітності, гіпотензивний синдром, ураження печінки).
  - [medstandart.net/browse/248](http://medstandart.net/browse/248) – Неправильні положення та передлежання плода.
  - [medstandart.net/browse/249](http://medstandart.net/browse/249) – Патологічні стани плода (гіпоксія або резус-конфлікт, СЗРП, крупний плід, інші імунконфлікти).
  - [medstandart.net/browse/252](http://medstandart.net/browse/252) – Запальні процеси жіночих статевих органів та ЗПСШ. Сальпінгіт та оофорит.
  - [medstandart.net/browse/254](http://medstandart.net/browse/254) – Запальна хвороба шийки матки.
  - [medstandart.net/browse/264](http://medstandart.net/browse/264) – Ендометріоз.
  - [medstandart.net/browse/266](http://medstandart.net/browse/266) – Лейоміома матки та доброякісні новоутворення статевих органів.
26. [medicine medscape](http://www.medicinescape.com) - стандарти надання невідкладної допомоги з акушерства та гінекології.