

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №4. Оперативна лапароскопія при лікуванні жіночої неплідності та СХТБ.

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

**З А Т В Е Р Д Ж У Ю**
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«01» вересня 2023 р.

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА

**до практичних занять
з навчальної дисципліни**

Факультет медичний, 6 курс

Навчальна дисципліна **«ЕНДОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В АКУШЕРСТВІ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ»**

Практичне заняття №4. «Оперативна лапароскопія при лікуванні жіночої неплідності та СХТБ».

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №4. Оперативна лапароскопія при лікуванні жіночої неплідності та СХТБ.

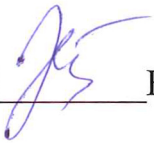
Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «28» серпня 2023 р.

Завідувач кафедри _____  (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробники:

к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології  Бикова Н.А.

Практичне заняття №4

Тема: «Оперативна лапароскопія при лікуванні жіночої неплідності та СХТБ».

Мета. Засвоїти причини жіночої неплідності. Засвоїти план обстеження подружньої пари при неплідності. Ознайомитися з можливостями сучасного ендоскопічного обладнання в діагностиці і лікуванні неплідності та СХТБ. Оволодіти базовою технікою ендоскопічних втручань. Визначати показання та протипоказання до лапароскопії в діагностиці і лікуванні СХТБ та неплідності. Ознайомитися за визначити основні етапи лапароскопічної сальпінгостомії, сальпінгооваріолізу, ексцизії ендометріюїдних гетеротопій, хромогідротубації. Сформувати чітке уявлення про обстеження пацієнок перед оперативною лапароскопією. Засвоїти план ведення пацієнок у післяопераційному періоді.

Основні поняття: Причини жіночої неплідності та СХТБ. Сальпінгооваріолізіс. Сальпінгостомія. Ексцизія ендометріюїдних гетеротопій. Хромогідротубація. Передопераційна підготовка та ведення післяопераційного періоду.

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби.

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів щодо вивчення теми).

За даними вітчизняних та закордонних авторів 10-15% усіх шлюбів є неплідними. Звідси впливає актуальність цієї проблеми не тільки в медичному аспекті, але й у соціальному. Соціальна значимість проблеми безплідності шлюбу полягає в значному зниженні народжуваності по країні та більш частих розлучень у родині, що не мають дітей. Своєчасна діагностика та правильно розроблений алгоритм лікування неплідності є запорукою стабілізації демографічної ситуації в Україні.

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць).

- Вимоги до знань:

- Навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання

- Виконувати медичні маніпуляції
- Здатність вести медичну документацію
- Перелік дидактичних одиниць:
 - Причини жіночої неплідності та СХТБ.
 - Сальпінгооваріолізис.
 - Сальпінгостомія.
 - Ексцизія ендометріодних гетеротопій.
 - Хромогідротубація.
 - Передопераційна підготовка та ведення післяопераційного періоду.

Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Класифікація неплідності в шлюбі.
2. Методи діагностики жіночої неплідності, показання.
3. Сучасні методи консервативного лікування хворих з неплідністю.
4. Ендоскопічні методи лікування хворих на неплідність.
5. Оперативна лапароскопія як метод діагностики та лікування хворих на зовнішній генітальний ендометріоз.
6. Оперативна лапароскопія як метод діагностики та лікування хворих на СХТБ.
7. Хірургічні методи реконструктивно-пластичних операцій на маткових трубах.
8. Хромогідротубація як метод діагностики трубно-перітонеальної форми неплідності.
9. Операції ВЧ-каутеризації яєчників, резекції яєчників при ановуляторній формі неплідності.

Типові ситуаційні задачі

1. До гінеколога звернулася хвора 29 років зі скаргами на безплідність. Статевим життям живе в шлюбі 4 роки, від вагітностей не оберігається. Вагітностей не було. При обстеженні жінки встановлено: розвиток статевих органів без відхилень від норми. Маткові труби не прохідні в дистальних відділах. Базальна температура протягом трьох менструальних циклів двофазна. Найвірогідніша причина безплідності? Лікування.

Відповідь: Трубно-перітонеальна форма неплідності. Показано проведення лапароскопії, сальпінгонеостомії, хромогідротубації.

-
- 2. Жінка 25 років звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на відсутність наступання вагітності. В шлюбі 2 роки, живе регулярним статевим життям, контрацептивами не користується. З анамнезу відомо, що неодноразово лікувалася в гінекологічному відділенні з приводу загострень хронічного аднекситу. Який метод діагностики найбільш доцільно рекомендувати пацієнтці?

Відповідь: Діагностична лапароскопія. Хромогідротубація.

Типові тестові завдання

1. Хвора 35 років скаржиться на відсутність вагітності протягом 7 років подружнього життя. Під час гінекологічного огляду лікар запідозрив зовнішній генітальний ендометріоз. Який метод є золотим стандартом діагностики зовнішнього генітального ендометріозу?
 - A. Кульдоскопія.
 - B. Лапароскопія.
 - C. Гістероскопія.
 - D. Кольпоскопія.
 - E. УЗД.
2. Жінка Т, 27 років, звернулася до гінеколога з приводу ненастання вагітності в шлюбі 3 роки. Чоловік обстежений, патології не виявлено. Під час попередніх обстежень жінки було виявлено синдром полікістозних яєчників. Проведено консервативне лікування (гормональне, стимуляція овуляції) – без ефекту. Що найбільш доцільно запропонувати пацієнтці в даному випадку?
 - A. Протизапальна терапія.
 - B. Лапароскопія. Дрилінг яєчників.
 - C. Лапаротомія. Кліновидна резекція яєчників.
 - D. Лапароскопія. Сальпінгооваріолізис.
 - E. Лапароскопія. Оваріектомія.

Відповіді 1 - B, 2B.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

— Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої.

III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

Задача 1.

Жінка 26 років звернулася до гінеколога зі скаргами на неплідність, СХТБ протягом 3 років. Менструації з 14 років, безболісні, помірні. Цикл 4-5/28, регулярний. У віці 16 років перенесла апендектомію, ускладнену перитонитом. Посткоїтальна проба і аналіз сперми чоловіка - в межах норми.

За даними вимірювання базальної температури цикли овуляторні, лютеїнова фаза складає 12-14 днів. За даними УЗД органів малого таза – в області правої маткової труби утворення 4х6 см. Визначте подальший план ведення.

Відповідь: Лапароскопія лікувально-діагностична, хромогідротубація. Адгезіолізис. Сальпінгонеостомія.

Задача 2.

При гінекологічному дослідженні хворої 29 років, яка страждає на хронічні тазові болі, виявлено: матка в фіксованому retroflexio-versio, хворобливі та бугристі крижово-маткові зв'язки. Із анамнезу відомо, що у шлюбі 5 років, вагітності не наступають. Попередній діагноз? Тактика ведення

Відповідь: Зовнішній генітальний ендометріоз? Для визначення остаточного діагнозу ЗГЕ пацієнтці показано проведення лапароскопії, ексцизія вогнищ ендометріоза з подальшим гістологічним дослідженням.

Нетипові тестові завдання :

1. Хвора 32 років скаржиться на відсутність вагітності протягом 5 років подружнього життя. Базальна температура двофазна. Чоловік обстежений - здоровий. При метросальпінгографії - маткові труби наповнюються контрастом до ампулярного відділу, в черевній порожнині контрасту немає. Що з переліченого найбільш доцільно призначити для лікування цієї хворої?

- A. Лапароскопічну пластику маткових труб
- B. Курси гідротубацій
- C. Стимуляцію овуляції
- D. Екстракорпоральне запліднення
- E. Інсемінацію спермою донора

2. Під час візиту до гінеколога у жінки 30 років з неплідністю протягом 5 років в анамнезу за даними клінічного обстеження та УЗД органів малого таза було виявлено ендометріюїдну кісту лівого яєчника 5 см в діаметрі. Запропоновано оперативне лікування. Визначте передбачуваний об'єм операції.

- A. Лапаротомія. Вилущування капсули кісти.
- B. Лапаротомія. Аднексектомія.
- C. Лапароскопія. Аднексектомія.
- D. Лапароскопія. Енуклеація капсули кісти яєчника.
- E. Лапароскопія. Тубектомія.

Вірні відповіді: 1 – А, 2 – D.

— Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

Жіноча неплідність

<u>Класифікація:</u>	
I. Ендокринного генезу (безпліддя, пов'язане з порушенням овуляції) – 35-40%:	<ul style="list-style-type: none"> - гіпоталамо-гіпофізарна недостатність (ГГН); - гіпоталамо-гіпофізарна дисфункція (ГГД) (яєчникова та надниркова форми); - первинна недостатність яєчників; - порушення функції статевих органів; - гіперпролактинемія.
II. Трубно-перитонеального генезу – 20 – 30%.	
III. Маткового генезу – 2 – 3%:	<ul style="list-style-type: none"> - відсутність матки; - аномалії розвитку матки; - синехії у порожнині матки (синдром Ашермана).
IV. Шийкового генезу – 5%.	
V. Імунологічного генезу – 20%:	<ul style="list-style-type: none"> - наявністю антиспермових АТ тільки у цервікальному слизі; - з наявністю антиспермових АТ у крові жінки, яйцеклітині, фолікулярній рідині.
VI. Інші форми жіночого безпліддя:	<ul style="list-style-type: none"> - жіноче безпліддя, обумовлене урогенітальною інфекцією; - ендометріоз та безпліддя; - міома матки та безпліддя.

Чоловіча безплідність

<u>Класифікація:</u> Екскреторна безплідність	(недостатність секреторної функції статевих залоз), яка обумовлена вродженою та набутою патологією.
Секреторна безплідність	обумовлена порушенням транспорту сперматозоїдів по сім'явивідним

<p>Змішана безплідність</p> <p>Імунологічна безплідність.</p>	<p>шляхам.</p> <p>коли секреторна недостатність статевих залоз поєднується з обструктивним, імунологічним та запальним процесом.</p>
---	--

<p><u>Обстеження жінок:</u></p>	<p>Збір соматичного анамнезу. Збір гінекологічного анамнезу. Збір репродуктивного анамнезу. Загальний та гінекологічний огляд. RW, ВІЛ. Графік базальної температури за 2 – 3 місяці. Кольпоскопія. Обстеження на уrogenітальну інфекцію, цитологічне обстеження. УЗД органів малого тазу. Гістеросальпінгографія (7 – 11 день менстр. циклу). Гормональне обстеження.</p> <p>Імунологічні тести: - ПКТ (посткоїтальний тест) – дозволяє оцінити біологічну сумісність сперматозоїдів та цервікального слизу жінки. - MAP-тест – визначення антиспермальних антитіл в еякуляті (в нормі < 30%).</p> <p>Гістероскопія, лапароскопія.</p> <p><u>Додаткові дослідження за ознаками:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Гормональне обстеження (кортизол, ДГЕА-с, інсулін, Т₃, Т₄, ТТГ, СТГ, антитіла до тиреоглобуліну та ін.); проби. <input type="checkbox"/> Обстеження мамолога, мамографія (7 – 10 день менстр. циклу). <input type="checkbox"/> R-графія турецького сідла (за показами). <input type="checkbox"/> КТ, МРТ (за показами). <input type="checkbox"/> УЗД щитовидної залози (за показами).
<p><u>Обстеження чоловіків:</u></p>	<p><u>(проводиться спільно і одночасно з обстеженням жінки)</u></p> <p>Загальноклінічні методи обстеження. Обстеження на уrogenітальну інфекцію. Обстеження еякуляту за класифікацією ВООЗ (3 – 4</p>

	<p>дністатевого покою).</p> <p>Консультація терапевта, генетика, сексопатолога (за окказами).</p> <p><i>При наявності патології у спермограмі додатково проводиться:</i></p> <p>Бак. посев сперми на стерильність.</p> <p>Гормональне обстеження (ФСГ, ЛГ, пролактин, тестостерон).</p> <p>Пробна капациація.</p> <p>УЗД передміхурової залози та мошонки.</p>
--	--

Алгоритм лікування різних форм безпліддя

<u>Алгоритм лікування безпліддя трубного генезу.</u>	<p>Оперативна лапароскопія – для відновлення прохідності маткових труб.</p> <p>Немає ефекту (протягом 6-12 міс.) – ЕКО з ПЕ (перенесення ембріона).</p> <p>Відсутність маткових труб, неможливість відновлення їх прохідності – ЕКО з ПЕ.</p>
<u>Алгоритм лікування жіночого безпліддя маткового генезу</u>	<p>(відсутність матки; аномалії розвитку матки; синдром Ашермана).</p> <p>Сурогатне материнство.</p> <p>За умови наявних можливостей – оперативне реконструктивне лікування.</p>
<u>Алгоритм лікування жіночого безпліддя шийкового генезу.</u>	<p>Інсемінація спермою чоловіка (ІСЧ) у фізіологічному або індукованому циклі.</p> <p>Відсутність ефекту – ЕКО з ПЕ.</p>
<u>Алгоритм лікування імунологічного безпліддя.</u>	<p><i><u>З наявністю антиспермальних антитіл тільки у цервікальному слизі-</u></i> внутрішньоматкова інсемінація спермою чоловіка.</p> <p><i><u>З наявністю антиспермальних антитіл крові жінки, яйцеклітині, фолікулярній рідині -</u></i> внутрішньоматкова інсемінація спермою донора на фоні стимуляції овуляції.</p>
<u>Алгоритм лікування безпліддя,</u>	<p>Олігоастеноспермія 1-2 ступеня – лікування у</p>

<u>зумовленого чоловічим фактором.</u>	андролога та ІСЧ. Олігоастеноспермія 3 ступеня та азооспермія – інсемінація спермою донора (ІСД) або ICSI. Відсутність ефекту – ЕКО з ПЕ з донорською спермою.
---	--

Хромогідротубація (рис. 1)

Виконання будь-якої операції з приводу трубного або перитонеального безпліддя вимагає застосування інтраопераційної висхідної хромогідротубації. Для цього перед операцією обробляють зовнішні статеві органи та піхву розчином антисептиків. Шийку матки захоплюють кульовими щипцями. Через зовнішній матковий зів вводять маточну канюлю. Кульові щипці та канюлю фіксують один до одного. Хромогідротубацію проводять на початку операції визначення рівня обструкції маткової труби.

Після закінчення лапароскопічного втручання на маткових трубах хромогідротубація підтверджує ефективність виконаної операції. Рівень обструкції маткової труби можна визначити із заповнення її рідиною. Відсутність заповнення маткової труби рідиною, що вводиться, свідчить про її непрохідності у істмічній частини. Для проведення хромогідротубації використовують ізотонічний розчин натрію хлориду, пофарбований метиленовим синім.



Рис. 1. Хромогідротубація. Етап процедури. Вилиття метиленового синього у черевну порожнину.

Сальпінгонеостомія (рис. 2)

Виконується за наявності гідросальпінксу. Після хромопертубації з застосуванням барвника метиленового синього (для кращої візуалізації маткової труби) проводиться хрестоподібний розріз по рубцевій тканині на дистальному полюсі гідросальпінксу з формування чотирьох клаптів. Надрізані краї труби обережно захоплюють атравматичним затискачем та виробляють коагуляцію серозної оболонки маткової труби для їхнього вивертання.

При правильно проведеній операції заново формується фімбріальний відділ маткової труби, що також зветься сальпінгостомією по Брюа.

Згідно з альтернативною методикою застосовуються два атравматичні затискачі, за допомогою яких проводять вивертання дистального відділу труби протягом 2-3 см. Деякі хірурги віддають перевагу при цьому накласти 1-2 шви підтримки труби в заданому положенні.

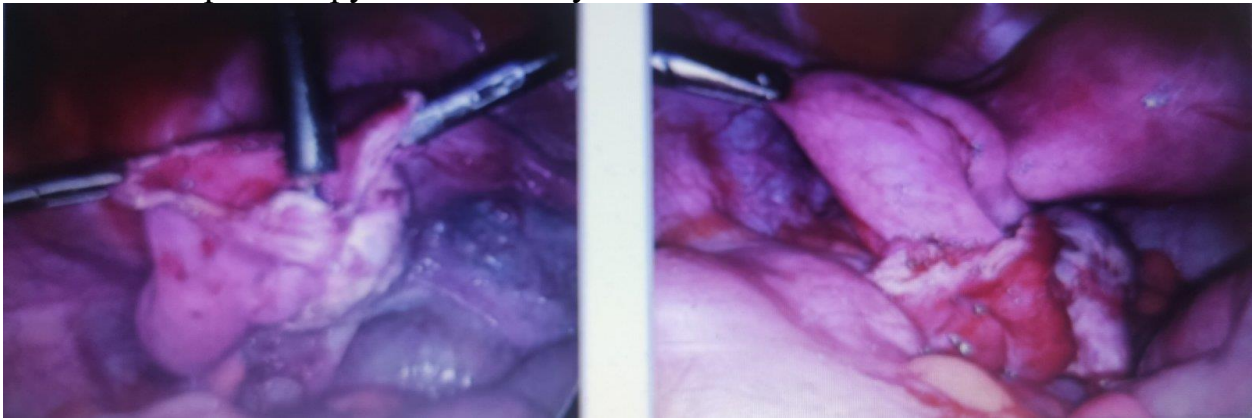


Рис. 2. Сальпінгостомія. Етапи операції.

Діатермокаутерізація яєчників (дрилінг) (рис. 3)

Проводиться як хірургічна стимуляція овуляції при синдромі полікістозних яєчників і є більш щадним методом порівняно з резекцією яєчника. Методика полягає у створенні перфораційних отворів на поверхні одного або обох яєчників за допомогою термокоагуляції. При необхідності виконується додатковий гемостаз.



Рис. 3. Вид яєчників після діатермокаутеризації монополярним коагулятором.

Хірургічне лікування ендометріозу.

Етапи операції ексцизії вогнищ ендометріоза на очеревині малого тазу (рис. 4)

1. Детальний огляд очеревини міхурово-маткового, прямокишково-маткового заглиблень, яєчників, маткових труб, широких зв'язок, матки, дистального відділу прямої кишки, сигмовидної кишки;
2. Оцінка розмірів виявлених вогнищ, ступеня інвазії в оточуючі тканини, дослідження їх поверхні за допомогою атравматичних затискачів (Піднімаючи і зміщуючи очеревину, що оточує вогнище поразки); при роростанні в підлягаючі тканини патологічні ділянки на зміщуються щодо підочеревинної клітковини;
3. створення оптимальних умов ліквідації патологічних вогнищ (відведення петель кишечника, сальника у верхні поверхи черевної порожнини, розсічення спайок і т.д.);
4. висічення або локальна деструкція вогнищ ендометріозу на очеревині малого тазу (електорокоагуляція)



Рис. 4. Вогнища ендометріоза на парієтальній очеревині.

Ендоскопічне лікування спайкового процесу органів малого таза.

Для диссекції спайок застосовують ножиці, аквадиссекцію, електрохірургію, лазерну хірургію, ультразвуковий скальпель. При вираженому ступені спайкового процесу існує небезпека пошкодження внутрішніх органів (рис. 5).

Монополярні електроди не слід застосовувати при маніпуляціях на кишечнику, оскільки можливе виникнення іскри та пошкодження кишечника, що знаходиться поза видимості. При поділі спайок на кишечнику частіше всього використовують ножиці та при необхідності біполярну коагуляцію.

Для профілактики рецидиву спайкової хвороби використовують протиспайкові бар'єри та рідини.



Рис. 5. Спайковий процес органів малого таза.

— **Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.**

1. Обстежити пацієнтку з безплідністю.
2. Призначити обстеження пацієнток з неплідністю.
3. Оцінити дані клініко-лабораторного та інструментального обстеження хворих з безплідністю.
4. Визначити стадії ендометріозу під час діагностичної лапароскопії.
5. Визначити обсяг оперативного втручання при лікуванні зовнішнього генітального ендометріозу у пацієнток з неплідністю.
5. Призначити найбільш прийнятне лікування пацієнтки з ЗГЕ.
6. Призначити найбільш прийнятне лікування пацієнтки з СХТБ, гідросальпінксом.

— **Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.**

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Під час діагностичної лапароскопії у хворої 34 років, що звернулася до клініки з приводу безпліддя, виявлено: геморагічний випіт в черевну порожнину, синюшні «глазки», зірчато-рубцеві пошкодження очеревини. Маткові труби прохідні з обох сторін. Яєчники візуально не змінені. Здійснена біопсія вказаних утворень. Попередній діагноз? Обсяг оперативного втручання.

Відповідь. Зовнішній генітальний ендометріоз. Лапароскопія. Екцизія вогнищ ендометріоза з подальшим гістологічним дослідженням.

2. У гінекологічне відділення поступила хвора 28 років зі скаргами на безпліддя протягом 4 років, СХТБ. З анамнезу: 1 пологи, 1 штучний аборт, менструальний цикл без особливостей, базальна температура – двофазна. Спермограма чоловіка в нормі. Неодноразово лікувалася з приводу запальних процесів органів малого таза. 2 роки тому перенесла правобічну тубектомію з приводу порушеної трубної вагітності.

Яка тактика ведення?

Відповідь: Лапароскопія. Хромогідротубація. Розсіднання спайок

Тестові завдання Крок-2

1. (2020р.) Хвора 26-ти років перебуває в шлюбі 5 років. За відсутності контрацепції та наявності регулярного статевого життя вагітність відсутня, чоловік обстежений, фертильний. З анамнезу: в 19 років оперована з приводу явищ розлитого перитоніту. Які дослідження необхідно провести для з'ясування причин безпліддя?

- A. Гістеросальпінгографія або лапароскопія*
- B. Дослідження статевих стероїдів, гонадотропінів, фолікулометрія
- C. Тести функціональної діагностики
- D. Гістероскопія з оцінкою функціонального стану ендометрію
- E. Кімографічна пертубація маткових труб.

2. (2019р.) Жінка 32-х років звернулась до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності впродовж 4-х років. У анамнезі: 5 років тому перша вагітність закінчилась штучним абортom. За даними вагінального дослідження та ультразвукового дослідження (УЗД) встановлено діагноз: ендометріодна кіста правого яєчника. Який оптимальний метод лікування?

- A. Протизапальна терапія
- B. Терапія андрогенами
- C. Консервативна терапія естроген-гестагенними препаратами
- D. Санаторно-курортне лікування
- E. Оперативна лапароскопія*

3. (2018р.) Хвора 25-ти років скаржиться на неплідність та вторинну аменорею. Об'єктивно: надмірного харчування, явища гірсутизму. Бімануально: матка нормальних розмірів, яєчники з обох боків дещо збільшені, неболючі. Рівень ЛГ та тестостерону підвищений, проба з АКТГ - негативна. Поставте діагноз:

- A. Синдром полікістозних яєчників*
- B. Адреногенітальний синдром
- C. Двобічний хронічний сальпінгоофорит
- D. Вірилізуючі пухлини яєчників

Е. Синдром резистентних яєчників

4. Підведення підсумків:

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання на практичному занятті:

- Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
- Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
- Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:
 - методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

5. Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб. / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін.; за ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
2. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
3. Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац.підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічерета В.Г., Волянська А.Г. .-К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
4. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. – Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV р.а.) / за ред. В.І. Грищенко, М.О. Щербини - 3-є вид., випр., 2020. – 376 с
5. Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.

Додаткова:

1. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О. Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. – 174 с.
2. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. poradnik / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
3. Ситуаційні задачі з гінекології: навчальний посібник. / І.З.Гладчук, А.Г.Волянська, Г.Б.Щербина та інш.; за ред. проф. І.З.Гладчука. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018.-164 с.
4. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
5. Безплідність та доброякісні захворювання молочної залози / НАМН України, МОЗ України, Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології, УМСА; за ред. А.Г. Корнацької, Т.Ф. Татарчук, О.Д. Дубенко. – К.; Полтава, 2017. – 271 с.

6. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник / Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко, В.П. Кващенко, О.В. Кравченко та ін. / Київ, 2016. – 444 с.
7. Планування сім'ї: універсальний посібник для постачальників послуг із планування сім'ї. Оновлене 3-тє видання 2018 р. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021
8. Plu-Bureau G, Sabbagh E, Hugon-Rodin J. Hormonal contraception and vascular risk: CNGOF Contraception Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018 Dec;46(12):823-833.
9. Репродуктивна функція у жінок, хворих на міому матки та ендометріоз / Н.М. Рожковська, Д.М. Железов, Т.В. Коссей // Здоров'я жінки – 2018. - №2. – С.5-7.
10. Оваріальний резерв при хірургічному лікуванні ендометріом яєчників / А.Г. Волянська, Л.М. Попова, Т.П. Тодорова, О.П. Рогачевський, О.І. Шевченко // Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Інноваційні технології в акушерстві та гінекології: від науки до практики» - м. Івано-Франківськ, 2019р. – С. 12-13.
11. Вплив хірургічних енергій на оваріальний резерв при ендоскопічному лікуванні ендометріозу яєчників / Т.П. Тодорова // Науково-практична конференція з міжнародною участю, присвячена 150-річчю з дня народження В.В. Воронова «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» - м. Одеса, 2020р. – с.118.
12. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства та гінекології.

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/>
2. <https://www.ebcog.org/>
3. <https://www.acog.org/>
4. <https://www.uptodate.com>
5. <https://online.lexi.com/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. <https://www.thelancet.com/>
9. <https://www.rcog.org.uk/>
10. <https://www.npwh.org/>

