

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний

Кафедра акушерства і гінекології



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«29» серпня 2024 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКАДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ**

Факультет медичний, 4 курс

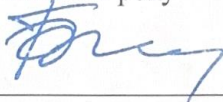
Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №4. Тема: «Підготовка до оперативного втручання»

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри  (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробники:

к.мед.н., асистент кафедри акушерства і гінекології  Антоненко І.В.

Практичне заняття №4

Тема: «Підготовка до оперативного втручання»

Мета: Вміти складати план обстеження пацієнтки перед плановим та ургентним оперативним втручанням. Складати план передопераційної підготовки при планових та ургентних гінекологічних операціях. Отримати практичні навички ведення післяопераційного періоду.

Основні поняття: Великі та малі гінекологічні операції. Підготовка хворих до ургентного та планового хірургічного втручання. Вedenня 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 вищої освіти щодо вивчення теми): Визначення поняття - великі та малі гінекологічні операції; ургентні та планові хірургічні втручання має велике значення для майбутнього лікаря. Тому набуття практичних навичок складання алгоритму обстеження пацієнтки перед хірургічним втручанням та раціональне ведення післяопераційного періоду є вкрай необхідним для збереження здоров'я та життя жінки.

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

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;
- Визначати критерії ведення післяопераційного періоду, характер харчування, необхідний режим праці та відпочинку;
- виконувати медичні маніпуляції;
- вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць

- Великі та малі гінекологічні операції.
- Підготовка хворих до ургентного та планового хірургічного втручання.
- Вedenня післяопераційного періоду.

Питання:

1. Визначення поняття «великі гінекологічні операції».

2. Визначення поняття «малі гінекологічні операції».
3. Підготовка гінекологічної хворої до ургентного хірургічного втручання.
4. Підготовка пацієнтки до планового хірургічного втручання.
5. Скласти алгоритм обстеження пацієнтки перед ургентним хірургічним втручанням
6. Скласти алгоритм обстеження пацієнтки перед плановим хірургічним втручанням
7. Ведення післяопераційного періоду.

Типові тестові завдання

1. Жінка 33 років у минулому перенесла дві операції з приводу позаматкової вагітності, обидві маткові труби видалені. Звернулася до консультації з питанням: що можна зробити, щоб настала вагітність?

- A. Екстракорпоральне запліднення*.
- B. Інсемінація спермою чоловіка.
- C. Сурогатне материнство.
- D. Штучне запліднення спермою донора.
- E. Індукція овуляції.

2. До гінекологічного стаціонару звернулася жінка 36 років зі скаргами на значну кровотечу зі статевих шляхів та затримку місячних на 1 міс. При бімануальному дослідженні: шийка матки бочкоподібної форми, м'якої консистенції. Матка звичайних розмірів, дещо розм'якшена. Придатки без особливостей з обох сторін. При дзеркальному дослідженні: шийка матки синюшна, збільшена у розмірах, зовнішнє вічко розкрите до 0,5 см. Дослідження сечі на ХГ-позитивне. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Шийкова вагітність*
- B. Маткова вагітність.
- C. Аборт у ході.
- D. Загроза переривання вагітності.
- E. Позаматкова вагітність.

Типові ситуаційні задачі

1. У гінекологічне відділення доставлена жінка 46 років з дисфункціональною матковою кровотечею після затримки менструації на 2 тижні. З чого необхідно почати лікування?

Еталон відповіді : Фракційного лікувально-діагностичного вишкрібання слизової оболонки матки.

2. У гінекологічне відділення поступила хвора 34 років зі скаргами на гострі болі внизу живота праворуч, які почалися гостро, нудоту, блювоту. Бімануальне дослідження: матка нормальних розмірів, зміщення її болісно, правий яєчник кілька збільшений, округлий, болісний. Склепіння піхви глибокі, пальпація праворуч болюча. У дзеркалах: шийка матки і слизова оболонка піхви не змінені. Виділень нет. Який з методів дослідження найбільш інформативний?

Еталон відповіді : Лапароскопія.

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

- Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації, тощо)

Нетипові тестові завдання:

1. Жінка 22 років звернулася до жіночої консультації з приводу вагітності 11–12 тиж. Під час обстеження виявлено позитивну реакцію Васермана. Дерматолог діагностував вторинний латентний сифіліс. Яка тактика ведення даної вагітності?

- А. Штучне переривання вагітності після курсу протисифілітичної терапії*
- В. Штучне переривання вагітності до курсу протисифілітичної терапії.
- С. Термінове переривання вагітності.
- Д. Пролонгування вагітності після першого курсу протисифілітичної терапії.
- Е. Протисифілітичне лікування тричі протягом вагітності.

2. Жінку 17 років турбує гострий біль унизу живота. Відзначає затримку менструації на 2 тижні. Статеве життя протягом року. Охоронялася від вагітності перерваним статевим актом. Об'єктивно: бліда. Температура тіла 36,6°C, АТ 95/60 мм рт.ст., Пульс 90 уд/хв. При бімануальному дослідженні визначається злегка збільшена матка, екскурсії шийки болісні, придатки чітко не контуруються, заднє склепіння випнуте. Виділення зі статевих шляхів темно-кров'яністі, убогі. Найбільш інформативний метод:

- А. Ультразвукове дослідження органів малого таза.
- В. Загальний аналіз крові.
- С. Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви.
- Д. Кольпоскопія.
- Е. Лапароскопія*

Нетипові ситуаційні задачі

1. Хвора 25 років скаржиться на болі в правій здухвинній ділянці протягом 10–12 днів. Затримка менструації 7–8 тижнів. При пальпації біль у правій здухвинній області. Гінекологічне дослідження: матка і яєчники не збільшені,

болючість в правому зводі піхви. Виділення з статевих шляхів слизові. Оптимальний метод дослідження:

Еталон відповіді :Ультразвукове дослідження органів малого тазу.

2. Хворій 23 років проведена гістросальпінгографія з приводу первинного безпліддя. На рентгенограмі: порожнина матки Т-подібної форми, маткові труби вкорочені, ригідні, з булавовидними розширеннями в ампулярних відділах; виходу контрастної речовини в черевну порожнину не спостерігається. Для якого захворювання НАЙБІЛЬШ характерні подібні зміни?

Еталон відповіді :Туберкульоз статевих органів.

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

Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового ендокхірургічного втручання (оперативна гістероскопія, лапароскопія) (згідно наказу МОЗ України № 620 від 29.12.2003р.)

1. Загальне фізикальне обстеження
2. Визначення групи крові та резус-фактору
3. Аналіз крові на РВ, ВІЛ, Hbs –a/г
4. Загальний аналіз крові і сечі
5. Цукор крові
6. Бактеріологічний аналіз виділень із статевих шляхів (уретра, цервікальний канал, піхва)
7. Біохімічний аналіз крові (загальний білок, креатинін, білірубін, печінкові проби)
8. Коагулограма
9. Онкоцитологічне дослідження мазків з шийки матки і цервікального каналу або результат патогістологічного дослідження
10. Електрокардіограма
11. ФГ або рентгенографія органів грудної клітки
12. Огляд терапевта
13. Огляд профільними спеціалістами за показаннями
14. Ультразвукове дослідження органів малого тазу
15. Кольпоскопія

Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням планових «малих» діагностичних та лікувальних оперативних втручань (згідно наказу МОЗ України № 620 від 29.12.2003р.)

1. Загальне фізикальне обстеження
2. Група крові і резус-фактор
3. Онкоцитологічне дослідження
4. Бактеріоскопічне дослідження виділень із статевих шляхів

**Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням
ургентного оперативного втручання(згідно наказу МОЗ України № 620 від
29.12.2003р.)**

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

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

**Показання, протипоказання, умови та технічні особливості операцій на
жіночих статевих органах.**

Вибір доступу до черевної порожнини залежить від ургентності, показами до неї; локалізації патологічного процесу; супутніми захворюваннями; наявністю рубців після попередніх втручань. Розрізняють лапоротомний, лапороскопічний та вагінальний доступ.

Великі та малі гінекологічні втручання.

Малі гінекологічні операції: біопсія шийки матки, зондування матки, поліпектомія, фракційне вишкрібання порожнини матки, гістероскопія, пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви, вакуум-аспірація плодового яйця в терміні до 5 тижнів, штучний аборт в терміні до 12 тижнів.

Операції при опущенні і випаданні жіночих статевих органів: передня, задня (кольпоперинеорафія) і серединна (операція Лефора-Нейгебауера) кольпорафія.

Операції на шийці матки: конусоподібна ампутація шийки матки за Штурмдорфом, клиновидна ампутація шийки матки за Шредером, видалення поліпів, діатермокоагуляція, діатермоексцизія, кріодеструкція.

Гінекологічні операції :Тубектомія, сальпінгостомія, резекція яєчника, аднексектомія.

На матці виконують консервативні операції (із збереженням органу або більшої його частини, що дає жінці зберегти менструальну і репродуктивну функції); пластичні (у разі природжених вад розвитку і порушення репродуктивної функції) і радикальні (видалення матки або більшої її частини). Показання: міома матки, аденоміоз, атипова гіперплазія ендометрія, рак тіла і шийки матки, аномалії розвитку.

Консервативні операції: консервативна міомектомія, дефундація матки, видалення субсерозного міоматозного вузла, видалення через піхву субмукозного вузла, що народжується.

Радикальні операції: Надпівхвова ампутація матки без придатків, Екстирпація матки з додатками. Радикальна гістеректомія з тазовою лімфаденектомією (операція Вертгейма), Радикальна гістеректомія за Кларком-Вертгеймом, Бохманом.

Лапароскопія – це огляд органів черевної порожнини за допомогою ендоскопа з метою діагностики та проведення лікувальних хірургічних втручань.

Показання для проведення лапароскопії в ургентному порядку: Позаматкова вагітність, апоплексія яєчника з внутрішньочеревною кровотечею, розрив кісти яєчника, перекрут «ніжки» пухлини яєчника, гнійно-запальні захворювання органів малого тазу (гнійний сальпінгіт, піовар, піосальпінкс, гнійні тубооваріальні утворення, абсцеси міхурово-маткового та прямокишково-маткового простору), диференційна діагностика гострої хірургічної і гінекологічної патології, некроз субсерозних міоматозних вузлів, діагностика ускладнень під час чи після проведення гінекологічних маніпуляцій

Показання для проведення лапароскопії в плановому порядку: Діагностична лапароскопія, трубна стерилізація, пухлини процеси яєчників, міома матки, аномалії розвитку внутрішніх статевих органів, хронічний тазовий біль, моніторинг ефективності лікування ендометріозу III-IV стадії, онкогінекологічних захворювань (“second look” після проведення комбінованого лікування рака яєчників.

Гістероскопія – це огляд стінок порожнини матки за допомогою ендоскопа з метою діагностики та проведення лікувальних хірургічних втручань

Показання для гістероскопії в ургентному порядку: Мено- чи метрорагія, метрорагія після вагітності, народження субмукозної міоми, некроз субмукозної міоми

Показання для гістероскопії в плановому порядку: Аномальні маткові кровотечі, субмукозна міома матки, поліп ендометрія, гіперплазія ендометрія, підозра на рак ендометрія, внутрішньоматкові сінехії, аденоміоз, аномалії розвитку матки, чужорідні тіла у порожнині матки, неплідність, моніторинг ефективності лікування гіперпластичних процесів ендометрія

Противопоказання до проведення гістероскопії: Профузна маткова кровотеча, вагітність, гострі запальні захворювання жіночих статевих органів, інфекційні захворювання, рак шийки матки., цервікальний стеноз

Післяопераційне ведення хворих.

Післяопераційний період - цей час, що пройшов від моменту операції до одужання.

Алгоритм ведення гінекологічної пацієнтки в післяопераційному періоді.

1. догляд у ранньому післяопераційному періоді
2. контроль виділень зі статевих шляхів
3. контроль гемодинаміки
4. контроль вмісту цукру у крові (при тривалих операціях)

5. контроль відсутності симптомів подразнення очеревини

Післяопераційне ведення хворих ґрунтується на моніторингу серцево-судинної, дихальної, сечовивідної систем, лабораторних даних. Частота післяопераційних ускладнень зменшується при повноцінному обстеженні, правильно поставленому діагнозі, обґрунтованому об'ємі оперативного втручання, оцінки загального стану хворої, адекватній передопераційній підготовці.

Ведення післяопераційного періоду спрямоване на профілактику та своєчасне виявлення можливих ускладнень. Здійснюється адекватне знеболювання, інфузійна терапія, антибактеріальна терапія, профілактика кровотеч і тромбоемболії, нормалізація перистальтики кишечника, ЛФК.

У післяопераційному періоді здійснюють контроль за гемодинамікою, диханням, виділеннями по дренажу та зі статевих органів, кількістю введеної рідини, діурезом, лабораторними показниками. Хворі можуть скаржитись на головний біль, сонливість, запаморочення, нудоту, блювання, біль у місці втручання, затримку сечі. Оральне харчування дозволяють через 24 год після оперативного втручання (за відсутності нудоти або блювання). Виконання лапароскопії може супроводжуватись різноманітними ускладненнями. Деякі з них виявляються ще під час лапароскопії і для їх усунення нерідко потребують переходу на лапаротомію. Інші проявляються в післяопераційному періоді і супроводжуються відповідними симптомами.

Травми органів шлунково-кишкового тракту діагностуються протягом перших чотирьох днів (іноді пізніше). Симптоми – гострий біль у животі, гарячка, нудота і блювання, діарея, лейкоцитоз. Діагноз підтверджують за допомогою рентгенографії, ультрасонографії. Лікування хірургічне.

Травми сечового міхура, сечовода. Ушкодження сечового міхура можуть виникнути при введенні голки Вереша, троакара, дисекції тканин, коагуляції. Якщо травма діагностована під час операції, необхідно відновити цілісність тканин або дренувати. В післяопераційному періоді недиагностовані ушкодження сечового міхура проявляються гематурією, зменшенням діурезу, анурією, надлобковою гематомою, перитонітом, сечовим асцитом. Локалізація травми встановлюється за допомогою ретроградної цистограми. Лікування хірургічне. В разі екстраперитонеальної травми міхура вводять постійний катетер Фолея (1–4 тиж). Травми сечовода діагностують на основі таких ознак, як гарячка, біль у животі, у боці, парез кишечника, ознаки перитоніту, гематурія, лейкоцитоз. Для уточнення діагнозу проводять внутрішньовенну урографію. Лікування хірургічне.

Інфекційні ускладнення після лапароскопічних операцій включають ранову (нагноєння місць проколів) та внутрішньочеревну інфекції. Діагностика здійснюється на підставі даних фізикального обстеження та допоміжних методів діагностики. Лікувальна тактика включає заходи місцевого та загального впливу на запальний процес. Профілактика

інфекційних ускладнень здійснюється на передопераційному етапі, інтраопераційно та в післяопераційному періоді.

Післяопераційні грижі утворюються при незащитих фасціальних дефектах у місцях введення троакарів. У грижовому дефекті можуть защемлюватись кишки. Проявляються локальним больовим синдромом, іноді ознаками кишкової непрохідності. Профілактика полягає в евакуації газу з черевної порожнини до моменту виведення троакарів, виведення троакарів здійснюється за релаксації пацієнтки. Проколи після 10 мм троакарів повинні бути повноцінно зашиті. Лікувальна тактика передбачає ушивання грижі.

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

Післяопераційні кровотечі можуть виникати після резекції ендометрія або міоми матки зі значним інтерстиціальним компонентом, у результаті відривання струпа після абляції ендометрія та внаслідок травми шийки матки. Для з'ясування джерела кровотечі здійснюється огляд у дзеркалах. Лікування полягає в призначенні утеротонічних засобів, антибіотиків (за винятком випадків кровотечі з шийки матки). Якщо кровотеча продовжується, здійснюють ревізію порожнини матки, повторну гістероскопію, емболізацію маткових артерій, гістеректомію

Гематометра. Виникають переймоподібні болі у нижніх відділах живота, аменорея. Для уточнення діагнозу проводять ультрасонографію (вагінальним датчиком). Лікування полягає в евакуації вмісту матки.

Інфекційні ускладнення. Ендометрит, загострення хронічного сальпінгоофориту виникають при затяжних операціях, частих повторних введеннях та виведеннях гістероскопа. Проявляються болями внизу живота, підвищенням температури тіла, гнійними виділеннями зі статевих шляхів, які виникають найчастіше через 48–72 год після операції. Важливо з'ясувати, чи не є причиною ускладнення термічне пошкодження органів черевної порожнини. Для лікування призначають антибіотики. Хірургічне лікування потрібне в рідкісних випадках, здебільшого при формуванні тубооваріальних абсцесів.

Тромбоемболічні ускладнення. У пацієнток, яким виконують лапароскопічні операції, та з додатковими факторами ризику тромбоемболії легеневої артерії, рекомендовано тромбопрофілактику з використанням стандартного не фракціонованого гепарину (НФГ), низькомолекулярного гепарину (НМГ), механічних методів. Після великих гінекологічних операцій тромбопрофілактика рекомендована всім пацієнткам. У хворих із великим ризиком венозного тромбозу призначають механічну профілактику та НМГ. Пацієнткам, яким виконують велику за об'ємом гінекологічну операцію, профілактику продовжують до виписки зі стаціонару, а при особливо високому ризику – ще протягом 2–4 тижнів після виписки. При високому ризику тромбоемболії хірургічне лікування можна виконувати на тлі імплантації тимчасового кава-фільтру.

Внутрішньоматкові синехії формуються при експансивних гістероскопічних операціях із великою рановою поверхнею. Клінічні прояви внутрішньоматкових синехій включають олігоменорею, маткову аменорею, безплідність. При формуванні замкнених просторів або стенозі цервікального каналу виникає гематометра, яка супроводжується циклічними болями внизу живота. У випадках безплідності, зумовленої внутрішньоматковими синехіями, здійснюють гістероскопічний синехіолізис. Для усунення гематометри проводять розширення каналу шийки матки, гістероскопію. Профілактика полягає у введенні в порожнину матки внутрішньоматкового контрацептиву як протектора, та призначенні естрогенів.

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

- Збирати спеціальний гінекологічний анамнез.
- Виконувати гінекологічне дослідження (дослідження у дзеркалах, бімануальне, ректальне).
- Проводити взяття матеріалу з уретри, цервікального каналу та піхви для бактеріоскопічного та цитоморфологічного дослідження.
- Складати план передопераційного обстеження пацієнтки.
- Оцінювати результати обстеження пацієнтки, поставити попередній діагноз.
- Вміти застосовувати на практиці алгоритм ведення гінекологічної пацієнтки в післяопераційному періоді.
- Застосування мультимедійної презентації за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

- матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести, тощо.

4. Тестові завдання для самоконтролю.

Тестові завдання КРОК-2:

1. Жінка, 32 роки, 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. Санаторно-курортне лікування
- C. Терапія андрогенами
- D. Оперативна лапароскопія*
- E. Консервативна терапія естроген-гестагенними препаратами

2. У гінекологічне відділення надійшла хвора 20 років зі скаргами на різкий біль внизу живота після фізичного навантаження. Остання менструація 2 тижні тому. При піхвовому дослідженні матка не збільшена, безболісна, ліворуч придатки різко болісні при пальпації, що утрудняє дослідження. Симптом Промтова позитивний. Заднє склепіння нависає, болісне. Пульс 96 уд/хв., АТ 100/60 мм рт.ст. Який попередній діагноз?

- A. Гострий лівобічний сальпінгоофорит.
- B. Апоплексія лівого яєчника.*
- C. Піосальпінкс ліворуч.
- D. Порушена лівобічна трубна вагітність.

Завдання:

1. Викладач проводить опитування за контрольними питаннями по темі заняття.
2. Викладач розподіляє між здобувачами вищої освіти перелік медичних маніпуляцій в гінекології :
 - Виконати гінекологічне дослідження (огляд у дзеркалах та бімануальне)
 - Провести забір матеріалу для бактеріоскопічного, бактеріологічного та цитоморфологічного досліджень.
 - Виконати клінічне обстеження молочних залоз.
3. Оцінювати результати лабораторного дослідження (загального та біохімічного аналізів крові, сечі, згортаючої системи крові та ін.),
4. Оцінювати результати бактеріоскопічного дослідження.
5. Оцінювати результати цитоморфологічного дослідження.
6. Оцінити результати ультразвукового дослідження органів малого таза.
7. Розробляти план передопераційної підготовки перед плановим та ургентним оперативним втручанням.
8. Скласти алгоритм ведення гінекологічної пацієнтки в післяопераційному періоді.

5.Підведення підсумків

Поточний контроль: усне опитування, оцінювання виконання практичних навичок, оцінювання комунікативних навичок під час рольової гри, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті.

Підсумковий контроль: КПП

Оцінювання поточної навчальної діяльності на практичному занятті:

1.Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:

методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі

максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

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 пацієнтами з теми заняття:

Методи оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом та його батьками, 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.

Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті

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

5.Список літератури:

Основна

1. 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., Марічереда В.Г., Волянська А.Г. .-К.: ВСВ «Медицина», 2014. - 696 с.
2. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2017.- 424 с.
 3. Оперативна гінекологія : навч. посібник / Ю. С. Паращук, М. Г. Грищенко, В. Ю. Паращук, Р. А. Сафонов. – Харків :ХНМУ, 2017. – 132 с., 6 арк. іл.
 4. 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», 2017. – 592 с
 5. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management NICE guideline Published: 17 April 2019; 34p.

Додаткова

1. Hemostasis and thrombosis in obstetrics & gynecology / Paidas, Michael J. [et al.] ; Michael J. Paidas ... [et al.]. - Chichester, West Sussex, UK : Wiley-Blackwell, 2016. - ix, 223 p. : ill. ; 25 cm. - Includes bibliographical references. - ISBN 9781405183994
2. Emergencies in obstetrics and gynecology / L.Markin, O.Medvyedyeva, O.Matviyenko. – Lviv: ЗУКЦ, 2018. – 160 p.
3. Acute Pelvic Pain. Pubmed. Dewey K, Wittrock C. Emerg Med Clin North Am. 2019 May
4. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології.

Електронні інформаційні ресурси

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
7. <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
8. <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
9. <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health

10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / [American Medical Association](http://www.ama-assn.org)
12. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
13. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
14. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
15. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
16. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
17. www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я