

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра акушерства та гінекології

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«01» вересня 2025р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З ВИРОБНИЧОЇ ЛІКАРСЬКОЇ ПРАКТИКИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»

**(Основні обов'язки та професійні дії лікаря гінекологічного відділення
стаціонару)**

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Спеціалізація: Акушерство та гінекологія

Освітньо-професійна програма: Медицина

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету
Протокол №1 від 27.08.2025р.

Завідувач кафедри, професор _____ Ігор ГЛАДЧУК



Розробники:

д.мед.н., професор кафедри акушерства та гінекології Алла ВОЛЯНСЬКА
к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Ганна ЛАВРИНЕНКО
д.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Зінаїда ЧУМАК
к.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології Ольга ШЕВЧЕНКО

Рецензенти:

Завідувач кафедри гістології, цитології, ембріології та патологічної морфології
з курсом судової медицини, професор, д.мед.н. Варвара СИТНІКОВА
Доцент кафедри хірургії, променевої діагностики, радіаційної медицини, терапії
та онкології, к.мед.н. Сергій ПОЛЯК

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №1

Тема: «Медичні маніпуляції в гінекології»

Мета: Ознайомитися з раціональною схемою медичних маніпуляцій в гінекології у гінекологічних хворих. Виконувати медичні маніпуляції в умовах лікувальної установи, вдома або на виробництві на підставі попереднього клінічного діагнозу та/або показників стану пацієнта, використовуючи знання про людину, її органи та системи, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення та використовуючи стандартні методики.

Основні поняття: Бімануальне дослідження та обстеження жінки в дзеркалах. Взяття мазків для бактеріоскопічного, бактеріологічного та цитологічного досліджень. Клінічне обстеження молочних залоз. Онкопрофілактика та онкодіагностика в гінекології.

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.
- Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.
- Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань
- Здатність до виконання медичних маніпуляцій.
- Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.

Перелік дидактичних одиниць

- Бімануальне дослідження та обстеження жінки в дзеркалах.
- Взяття мазків для бактеріоскопічного, бактеріологічного та цитологічного досліджень.
- Клінічне обстеження молочних залоз.
- Онкопрофілактика та онкодіагностика в гінекології.

Типові тестові завдання

1) Хвора 51-го року скаржиться на значні кров'янисті виділення із піхви протягом 15-ти діб. Із анамнезу: порушення менструальної функції впродовж року, хвора відмічає підвищену дратівливість, порушення сну. УЗД: матка відповідає віковим нормам, додатки без особливостей, товщина ендометрію 14 мм. Яка тактика лікаря?

А. Діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки*

В. Консервативне лікування кровотечі

- C. Гістеректомія
- D. Надпівхвова ампутація матки без додатків
- E. Обстеження на TORCH-інфекцію.

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

- A. Оперативна лапароскопія*
- B. Протизапальна терапія
- C. Консервативна терапія естроген-гестагенними препаратами
- D. Гормональна терапія чоловічими статевими гормонами
- E. Санаторно-курортне лікування

Типові ситуації та задачі

До гінекологічного відділення поступила хвора 30-ти років зі скаргами на різкий біль у низу живота, температуру 38,8°C. В анамнезі - статеве життя поза шлюбom, 2 штучних аборти. При гінекологічному обстеженні: матка не змінена. Придатки - збільшені, болючі з обох сторін. Виділення з піхви гнійні, значні.

Завдання: Визначте подальший алгоритм обстеження.

Відповідь: -негайна госпіталізація жінки

- провести загальне фізикальне обстеження
- взяти аналізів крові, сечі та мазків
- УЗД обстеження
- призначити терапію антибіотиками
- консультація профільних спеціалістів
- при неефективності можлива лапаротомія

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Анатомія і фізіологія жіночих статевих органів.
2. Особливості виконання медичних маніпуляцій в гінекології у гінекологічної хворої.
3. Сформулювати деонтологічні принципи опитування і обстеження гінекологічної хворої під час проведення медичних маніпуляцій в гінекології у гінекологічних хворих.
4. Схема проведення медичних маніпуляцій в гінекології у гінекологічної хворої.
5. Специфічні функції жіночого організму.
6. Будова зовнішніх і внутрішніх жіночих статевих органів.
7. Загальні і спеціальні методи обстеження гінекологічної хворої.

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок.

- **Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).**

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо в симуляційному класі зі стандартизованим пацієнтом (інтерном/аспірантом), 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:

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

Відповідь : Гістероскопія. Кюретаж ендометрія

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. Виділення зі статевих шляхів слизові. Який з методів дослідження найбільш інформативний?

Відповідь : Лапароскопія

Нетипові тестові завдання:

1. До жіночої консультації звернулася жінка 24-х років зі скаргами на затримку менструації на 10 тижнів. В анамнезі 2 спонтанних викидні. В ході ультразвукового дослідження виявлено одне плідне яйце, яке відповідає 6-7 тижням вагітності, серцебиття плода не визначається. Яка подальша тактика в даній ситуації?

- A. Вишкрібання стінок порожнини матки*
- B. Застосування утеротонічних засобів
- C. Призначення гормональної терапії
- D. Спостереження протягом 1 тижня з наступним УЗД-контролем
- E. Призначення антибактеріальної терапії

2. У хворої 36-ти років під час профілактичного огляду в дзеркалах виявлено деформацію шийки матки старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному дослідженні на задній губі виявлені поля дисплазії. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу?

- A. Біопсія шийки матки*
- B. Діагностичне вишкрібання
- C. Цистоскопія, іригоскопія

- D. Бактеріологічне обстеження виділень
- E. УЗД органів малого тазу

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

***Основні методи дослідження гінекологічної хвороби
Обстеження статевих шляхів жінки у дзеркалах***

Кроки виконання процедури:

1. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.
2. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілини, не торкаючись уретри та клітора.
3. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.
4. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки: колір та стан слизової оболонки піхви, характер піхвових виділень, форму шийки матки, довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах, форму зовнішнього вічка шийки матки, характер виділень з цервікального каналу.
5. Обережно видалити двостулкове дзеркало Куско.

Забір мазків на бактеріоскопічне дослідження

Кроки виконання процедури:

1. Взяти предметне скло, що промарковано U/C/V.
2. Провести забір матеріалу для бактеріоскопічного дослідження з уретри ватним аплікатором або ложкою Фолькмана з глибини 1,5-2 см шляхом зішкріба та нанести на предметне скло в ділянці U.
3. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.
4. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести закрите двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілини, не торкаючись уретри та клітора.
5. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.
6. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки: колір та стан слизової оболонки піхви, характер піхвових виділень, форму шийки матки, довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах, форму зовнішнього вічка шийки матки, характер виділень з цервікального каналу.
7. Провести забір матеріалу для бактеріоскопічного дослідження.
8. Другий кінець ложки Фолькмана або цитощітку обережно ввести у цервікальний канал, взяти матеріал шляхом зішкріба, нанести на предметне скло в ділянці С.
9. Шпателем Ейра взяти матеріал із заднього склепіння піхви, нанести на предметне скло в ділянці V.
10. Обережно видалити двостулкове дзеркало Куско.

Забір матеріалу на бактеріологічне дослідження

Кроки виконання процедури:

1. Взяти три стерильні пробірки з аплікаторами. На них написати необхідні дані та промаркувати (уретра, цервікальний канал, заднє склепіння піхви).
2. Провести забір матеріалу для бактеріологічного дослідження з уретри аплікатором з глибини 1,5-2 см. Помістити аплікатор у відповідну стерильну пробірку.
3. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.
4. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести закрите двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілини, не торкаючись уретри та клітора.
5. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.
6. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки: колір та стан слизової оболонки піхви, характер піхвових виділень, форму шийки матки, довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах, форму зовнішнього вічка шийки матки, характер виділень з цервікального каналу.
7. Провести забір матеріалу для бактеріологічного дослідження.
8. Обережно ввести у цервікальний канал аплікатор, помістити аплікатор у відповідну стерильну пробірку.
9. Взяти аплікатором матеріал із заднього склепіння піхви, помістити у відповідну стерильну пробірку.
10. Обережно видалити двостулкове дзеркало Куско.

Забір мазків на цитоморфологічне дослідження

Кроки виконання процедури:

1. Взяти двостулкове дзеркало Куско в домінуючу руку.
2. Пальцями другої руки обережно розвести статеві губи, повільно ввести закрите двостулкове дзеркало Куско в піхву паралельно статевій щілини, не торкаючись уретри та клітора.
3. Двостулкове дзеркало Куско розвернути в піхві та відкрити для огляду піхви та шийки матки.
4. Оцінити стан стінок піхви та вагінальної частини шийки матки: колір та стан слизової оболонки піхви, характер піхвових виділень, форму шийки матки, довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах, форму зовнішнього вічка шийки матки, характер виділень з цервікального каналу.
5. Ватним тампоном видалити зайві виділення.
6. Взяти предметне скло, що промарковано Ш (екзоцервікс) та Ц (ендоцервікс).
7. Провести забір матеріалу для цитоморфологічного дослідження.
8. Шпателем Ейра (або зігнутою на 90° цитощіткою) провести зішкріб з поверхні шийки матки шляхом проведення повного оберту (на 360°),

- матеріал нанести на предметне скло широким штрихом, тонким та рівномірним мазком під позначкою Ш (екзоцервікс).
- Ввести цитощітку в цервікальний канал, повернути її на 360° 2-3 рази, зібраний матеріал обертальними рухами навколо своєї вісі нанести на предметне скло під позначкою Ц (ендоцервікс)
 - Обережно видалити дзеркало Куско.

Бімануальне дослідження органів малого таза жінки

Кроки виконання процедури:

- Першим та другим пальцями лівої (правої) руки розвести статеві губи, середній палець «домінантної» руки розташувати на рівні задньої спайки, обережно натиснути на неї, щоб відкрити вхід до піхви.
- Обережно та повільно ввести середній палець, потім вказівний палець у піхву по задній стінці до склепіння та шийки матки, четвертий та п'ятий пальці привести до долоні, великий палець відвести доверху.
- Визначити довжину та ширину піхви, еластичність стінок піхви, чутливість при пальпації, наявність перетинки, новоутворень та ін.
- Визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах.
- Визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка), прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця), оцінити болісність екскурсії шийки матки.
- Долоню другої руки обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки.
- Вивести тіло матки між двома руками та визначити: положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio), розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені), консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена), рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома), чутливість при пальпації (болісна, безболісна).
- Розмістити пальці в дні правого бокового склепіння та, використовуючи обидві руки, пропальпувати праве вагінальне склепіння та праві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність.
- Розмістити пальці в дні лівого бокового склепіння та, використовуючи обидві руки, пропальпувати ліве вагінальне склепіння та ліві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність.
- Визначити ємкість піхвових склепінь.

Клінічне обстеження молочних залоз

Кроки виконання процедури:

- Оглянути молочні залози, оцінити їх форму, колір шкіри, соски, ділянки навколо соска (асиметрія, втягіння та ін.).
- Попросити пацієнтку покласти руки за голову у положенні стоячи.
- Провести послідовно пальпацію правої та лівої молочних залоз, використовуючи подушечки вказівного, середнього та безіменного пальців «домінантної» руки. Другою рукою

підтримувати молочну залозу. Спочатку провести поверхневу, потім глибоку пальпацію молочної залози.

4. При пальпації обстежити тканину молочних залоз за годинниковою стрілкою чи по квадрантам та визначити її щільність, однорідність, чутливість, наявність/відсутність об'ємних новоутворень.
5. При виявленні новоутворення визначити його форму, розміри, консистенцію, межі утворення, рухомість, болісність.
6. Провести пальпацію лімфовузлів в надключичній, підключичній та пахвовій ділянках.
7. Визначити наявність патологічних виділень з молочних залоз шляхом обережного стискання країв ареоли між вказівним та великим пальцями, провести оцінку виділень (немає, серозні, з домішками крові, молокоподібні, молоко та ін.).

Кольпоскопія: проста та розширена

Кольпоскоп встановлюється на відстані 10-15 см від входу в піхву. За допомогою гінекологічного дзеркала відкривається доступ до шийки матки, і за допомогою тампона видаляється серозні виділення. Лікар аналізує колір, стан шийки матки і піхви, а також судинну сітку.

Розширена кольпоскопія.

Для розширеного дослідження застосовують розчини Люголя і 3% оцтової кислоти. Проба Шиллера дозволяє точно візуалізувати здорову тканину (забарвлюється коричневим відтінком).

Розширена кольпоскопія допомагає визначити ділянки патології, а відібраний з цих зон біопсійний матеріал направляється на гістологічне дослідження.

Фракційне діагностичне вишкрібання слизової порожнини матки

Операцію виконують під загальним (внутрішньовенний наркоз) чи місцевим (парацервікальна новокаїнова анестезія) знеболюванням в умовах строгої асептики. Шийку матки оголюють дзеркалами, обробляють дезінфектантом, передню губу захоплюють кульовими щипцями, відтягують дещо назад (при anteflexio uteri) чи до симфізу (при retroflexio uteri). Проводять зондування матки для визначення її довжини. Потім у цервікальний канал вводять розширювачі Гегара, кожен з яких на 0,5 мм ширший за попередній. Розширення проводять до №12. Після розширення вводять послідовно кюретку №2, №4, №6, стежачи, щоб її вигин збігався з вигином матки. Кюретку вводять у цервікальний канал і вишкрібають його стінки, збираючи зішкребок у окрему баночку з 10 % розчином формаліну. Кінець кюретки доводять до дна матки, а потім рухами від дна до шийки поступово зішкрібають слизову зі всіх стінок матки. Матеріал, що одержали, заливають 10 % розчином формаліну і відсилають на гістологічне дослідження.

Гістероскопія (етапи проведення)

1. Обробка операційного поля.
2. Оголення шийки матки в дзеркалах.
3. Фіксація шийки матки за передню губу.

4. Обробка шийки матки та піхви розчином антисептика.
5. Зондування порожнини матки.
6. Дилатація цервікального каналу розширювачами Гегара до №9.
7. Введення тубуса гістероскопа в порожнину матки та її огляд.
8. При необхідності маніпуляція в порожнини матки.
9. Біопсія. Виведення інструмента.

Огляд порожнини матки повинен бути повним. Після введення тубуса гістероскопа в порожнину матки спочатку проводять панорамну гістероскопію. При цьому тубус інструмента знаходиться за внутрішнім вічком цервікального каналу так, щоб поле зору охопило всю маткову порожнину. Слід визначити її форму, розміри, наявність чи відсутність деформацій її стінок, патологічних утворень, висоту і колір слизової оболонки, провести детальний огляд ендометрія. Тубус гістероскопа наближають до центра дна матки. При цьому головними орієнтирами є вічка маткових труб. Оглянувши ендометрій дна матки, приступають до огляду трубних вічок. Слід звернути увагу на їх наявність, форму, розміри, характер та висоту ендометрія в ділянці трубних кутів, наявність чи відсутність патологічних утворень. Наближаючи кінець гістероскопа до стінок матки, детально оглядають ендометрій та судинний малюнок поверхні передньої, задньої та бокових стінок матки. При виявленні патологічних утворень в порожнині матки, визначають їх консистенцію за допомогою гістероскопічних інструментів, за необхідності – проводять інтраопераційну корекцію патології. Кінцевим етапом є прицільна біопсія ділянок ендометрія та остаточний огляд порожнини матки. Після закінчення дослідження гістероскоп виводять з порожнини матки.

Пункція черевної порожнини через заднє склепіння

Кроки виконання процедури:

1. Зовнішні статеві органи, піхву і шийку матки обробити антисептиком.
2. Обережно, повільно та послідовно ввести у піхву ложкоподібне дзеркало і підйомник, вивести вагінальну частину шийки матки. Передати підйомник для тримання асистенту.
3. Захопити кульовими щипцями задню губу шийки матки, видалити підйомник, ложкоподібне дзеркало передати для тримання асистенту.
4. Шийку матки за кульові щипці підтягнути на себе і дещо доверху. Визначити місце для проведення пункції (під шийкою матки по середній лінії, відступаючи на 1 см від місця переходу заднього склепіння у вагінальну частину шийки матки).
5. У ділянку зазначеного проколу ввести 1-2 мл 0,25% розчину новокаїну (перед застосуванням новокаїну необхідно провести шкірну пробу на індивідуальну чутливість до препарату).
6. Провести пункцію заднього склепіння піхви товстою пункційною голкою довжиною не менше 12 см на глибину не більше 2 см (при проколі має бути відчуття «провалу» голки в порожнечу). Приєднати пункційну голку до шприца. Потягнути поршень шприца на себе. Отриманий вміст черевної

порожнини (гній, кров, ексудат) помістити у стерильну пробірку для подальшого дослідження.

7. Видалити шприц з пункційною голкою, зняти кульові щипці із задньої губи шийки матки, обробити піхву антисептиком, видалити ложкоподібне дзеркало.

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

1. Зібрати анамнез у гінекологічної хворої
2. Проводити дзеркальне дослідження
3. Проводити бімануальне дослідження
4. Зібрати матеріал з піхви, уретри і цервікального каналу та оцінювати результати
5. Проводити та оцінювати тести діагностики функціонального стану яєчників
6. Зібрати матеріал для цитологічного дослідження та оцінювати результати.
7. Провести (на фантомі) зондування матки та фракційне-лікувально-діагностичне вишкрібання слизової матки.

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

Тестові завдання КРОК-2:

1) До жіночої консультації звернулася жінка 24-х років зі скаргами на затримку менструації на 10 тижнів. В анамнезі 2 спонтанних викидні. В ході ультразвукового дослідження виявлено одне плідне яйце, яке відповідає 6-7 тижням вагітності, серцебиття плода не визначається. Яка подальша тактика в даній ситуації?

- А. Вишкрібання стінок порожнини матки*
- В.Застосування утеротонічних засобів
- С.Призначення гормональної терапії
- Д.Спостереження протягом 1 тижня з наступним УЗД-контролем
- Е.Призначення антибактеріальної терапії

2) У хворої 36-ти років під час профілактичного огляду в дзеркалах виявлено деформацію шийки матки старими післяпологовими розривами. При кольпоскопічному дослідженні на задній губі виявлені поля дисплазії. Що необхідно зробити для уточнення діагнозу?

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

3) В жіночу консультацію звернулася хвора 62-х років зі скаргами на наявність водянистих виділень, деколи з домішками крові з піхви. Менопауза 7

років. Періодично у хворої з'являються незначні болі внизу живота, здуття кишківника. Матка при вагінальному огляді збільшена в розмірах до 10 тижнів вагітності, обмежено рухома, чутлива. Додатки не визначаються. Яке дослідження слід провести для уточнення діагнозу?

- А. Роздільне діагностичне вишкрібання цервікального каналу і порожнини матки
- В. УЗД
- С. Контрастна рентгенографія
- Д. Цитологічне дослідження мазків
- Е. Пункція заднього склепіння

Завдання:

1. Під керівництвом викладача здобувачі вищої освіти розглядають основні пункти схеми проведення медичних маніпуляцій в гінекології у гінекологічної хворої.
2. Викладач проводить опитування за контрольними питаннями по темі заняття.
3. Викладач розподіляє між здобувачами вищої освіти виконання медичних маніпуляцій в гінекології у гінекологічних хворих:
 - Огляд у дзеркалах.
 - Забір матеріалу для бактеріоскопічного, бактеріологічного і цитологічного досліджень.
 - Бімануальне дослідження.
 - Клінічне обстеження молочних залоз.
 - Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви
4. Оцінити результати цитоморфологічного дослідження.
5. Оцінити результати бактеріоскопічного дослідження.
6. Оцінити результати УЗД органів малого таза.
7. Оцінити результати гістеросальпінгографії.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №2

Тема: «Консультування з питань планування сім'ї та підбору метода контрацепції»

Мета: В умовах лікувальної установи на підставі анамнестичних даних, загального огляду та гінекологічного обстеження жінки, використовуючи знання про репродуктивні органи жінки, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення, з використанням стандартної процедури: проводити оцінку пацієнтки та медичних критеріїв

прийнятності методу контрацепції; визначати план обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції; проводити консультування з питань планування сім'ї; проводити підбір сучасного методу контрацепції для різних категорій населення.

Основні поняття: План обстеження пацієнтки перед вибором методу контрацепції. Оцінка пацієнтки та медичних критеріїв прийнятності методу контрацепції.

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.
- Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.
- Здатність до виконання медичних маніпуляцій.

Перелік дидактичних одиниць:

- консультування з питань планування сім'ї: напрямки, переваги;
- процес консультування: етапи (початкове (первинне) консультування, консультування з конкретного методу контрацепції, консультування з подальшого використання методу контрацепції);
- медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції (ВООЗ);
- класифікація категорій використання методів контрацепції в залежності від стану здоров'я жінки (ВООЗ);
- оцінка пацієнтки;
- необхідне обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення щодо використання конкретного методу контрацепції.

Типові ситуаційні задачі:

1. Пацієнтка З., звернулася до лікаря жіночої консультації з приводу підбору ефективного методу контрацепції. Жінці 35 років, в анамнезі 1 пологи, 2 штучних аборти. Жінка бажає використовувати КОК. З анамнезу з'ясовано, що вона страждає на гіпертонічну хворобу і під час вагітностей мала прояви преєклампсії.

Завдання: Чи можна рекомендувати жінці КОК?

Відповідь: Не можна.

2. Пацієнтка Л., звернулася до гінеколога студентської амбулаторії з приводу підбору методу контрацепції. Дівчині 18 років, живе з матір'ю,

зустрічається з однолітком. Вважає, що у найближчий час між ними можливі статеві стосунки. Соматично та гінекологічно дівчина здорова.

Завдання: Які методи контрацепції їй бажано рекомендувати?

Відповідь: Бар'єрні.

Типові тестові завдання:

1. Які обстеження обов'язково потрібно провести перед початком використання ВМК?

- a. Стандартні лабораторні аналізи
- b. Вимірювання артеріального тиску
- c. Обстеження тазових статевих органів
- d. УЗД органів черевної порожнини
- e. МРТ головного мозку

2. Які жінки можуть використовувати КОК?

- a. Жінки після абортів
- b. Жінки з інсультом в анамнезі
- c. Жінки з тиском АД 140/90 та >
- d. Жінки старше 35 років, які курять
- e. Жінки, які мають рак молочної залози у даний час або в минулому

3. Перевагами методу МЛА є:

- a. Може використовуватися, якщо дитині виповнилося 6 або більше місяців
- b. Необхідне спеціальне медичне спостереження
- c. Відсутність побічних ефектів
- d. Може використовуватися жінками, які не годують виключно грудьми
- e. Може використовуватися після відновлення менструації

Вірні відповіді: 1 – c; 2 – a; 3 – c.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

- Етапи консультування з планування сім'ї.
- Особливості початкового (первинного) консультування.
- Особливості консультування з конкретного методу контрацепції.
- Особливості консультування з подальшого використання методу контрацепції.
- Психологічні бар'єри у консультуванні та їх попередження.
- Періоди життя із ризиком непланованої вагітності.
- Оцінка пацієнтки для надання їй послуг з планування сім'ї.
- Необхідне обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення щодо використання конкретного методу контрацепції.
- Підбір сучасного методу контрацепції відповідно до періодів життя жінки.

3. Формування професійних вмінь та практичних навичок.

- Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо)

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти розділити на 3 підгрупи. Працюємо в симуляційному класі з тематичною пацієнткою, даємо завдання:

Завдання для підгруп

I підгрупа. Зібрати акушерсько-гінекологічний та соматичний анамнез, визначити наявність протипоказів до використання того чи іншого методу контрацепції.

II підгрупа. Провести консультування з питань планування сім'ї та вибору методу контрацепції.

III підгрупа. Скласти план обстеження жінки перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу контрацепції.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. До лікаря жіночої консультації звернулася породілля В., яка народила 25 днів тому і хоче розпочати статеве життя. Пологи другі у 35 тижнів гестації, передчасні, грудне вигодовування розпочала через 5 днів після народження дитини. Відмічає недостатню кількість молока, двічі на добу заміняє грудне вигодовування молочною сумішшю. За рекомендацією лікаря пологового стаціонару використовує МЛА. Після першої вагітності використовувала КОК, задоволена і хоче продовжити використання даного методу контрацепції. Лікар порекомендував пацієнтці утриматись від початку статевого життя до завершення післяпологового періоду та розпочати використання КОК через 6 тижнів після пологів.

Завдання:

1. Оцініть правильність рекомендації лікарів пологового стаціонару та жіночої консультації.
2. Визначте ефективність МЛА у даному випадку та час початку використання КОК після пологів.

Відповідь:

1. Метод МЛА не може бути рекомендований, оскільки грудне вигодовування не є основним методом годування дитини.
2. Згідно з критеріями ВООЗ у період від 6 тижнів до 6 місяців після пологів ризик використання КОК перевищує користь (категорія 3), тому КОК не рекомендуються. Після 6 місяців після пологів переваги використання КОК перевищують загальний ризик (категорія 2).

2. До жіночої консультації звернулася студентка К., 20 років, незаміжня. З анамнезу встановлено, що в неї є патологія щитоподібної залози. Дівчина потребує надійної, тривалої контрацепції.

Завдання:

1. Визначити обсяг необхідного додаткового обстеження.
2. Які методи можна порекомендувати пацієнтці?

Відповідь:

1. Визначити рівень ТТГ.

2. Провести консультування щодо методів прийнятних за категорією 1: (КОК, контрацептивний пластир, вагінальне кільце, ДМПА, ВМК).

Нетипові тестові завдання:

1. Пацієнтка Ж. 39 років звернулася до лікаря з метою вибору ефективного методу контрацепції. Пацієнтка палить, алкоголь не вживає. В анамнезі 2 пологів, 1 аборт. Вагітностей більше не планує.

Який контрацептивний засіб лікар НЕ ПОВИНЕН рекомендувати пацієнтці?

- a. Сперміциди
- b. ВМК з Cu
- c. КОК
- d. Презервативи
- e. Хірургічна стерилізація

2. Пацієнтка Я., 22 років, вагітностей і пологів не було. Менструальний цикл регулярний. Екстрагенітальною патологією не страждає. Не палить. АТ 110/70 мм.рт.ст. При гінекологічному огляді виявлено перетинка в піхві.

Який метод контрацепції НЕ ПОТРІБНО рекомендувати?

- a. КОК
- b. ПТП
- c. Сперміциди
- d. Ін'єкційні гормональні контрацептиви
- e. Метод розпізнавання фертильності.

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

Необхідне обстеження, яке проводиться у плановому порядку перед прийняттям рішення на користь того чи іншого методу контрацепції.

Вид	КОК	ТНК	ПІК	ВМК	Презервативи	Шийкові ковпачки	Контрацептиви для місцевого	Жіночі стериліза	Вазектомія
-----	-----	-----	-----	-----	--------------	------------------	-----------------------------	------------------	------------

							за ст ос ув ан ня	ц і я	
Обстеження молочних залоз	С	С	С	С	С	С	С	С	Не прово- диться
Обстеження тазових/статевих органів	С	С	С	А	С	А	С	А	А
Скринінг патології шийки матки	С	С	С	С	С	С	С	С	Не прово- диться
Стандартне лабораторне обстеження	С	С	С	С	С	С	С	С	С
Визначення рівня гемоглобіну у крові	С	С	С	В	С	С	С	В	С
Оцінка ризику ІПСШ: збір анамнезу і загальний огляд	С	С	С	А*	С*	С**	С**	С**	С
Скринінг на предмет виявлення ІПСШ/ВІЛ: лабораторне обстеження	С	С	С	В*	С*	С**	С**	С**	С
Вимірювання кров'яного тиску	***	***	***	С	С	С	С	А	С****

Клас „А” – проведення цього обстеження/аналізу обов’язково рекомендується у всіх випадках і є гарантією безпеки та ефективності користування конкретним методом контрацепції.

Клас „В” – проведення цього обстеження/аналізу значною мірою забезпечує безпеку та ефективність користування конкретним методом контрацепції.

Клас „С” – проведення цього обстеження чи аналізу не забезпечує будь-якої суттєвої гарантії безпеки і ефективності конкретного методу контрацепції.

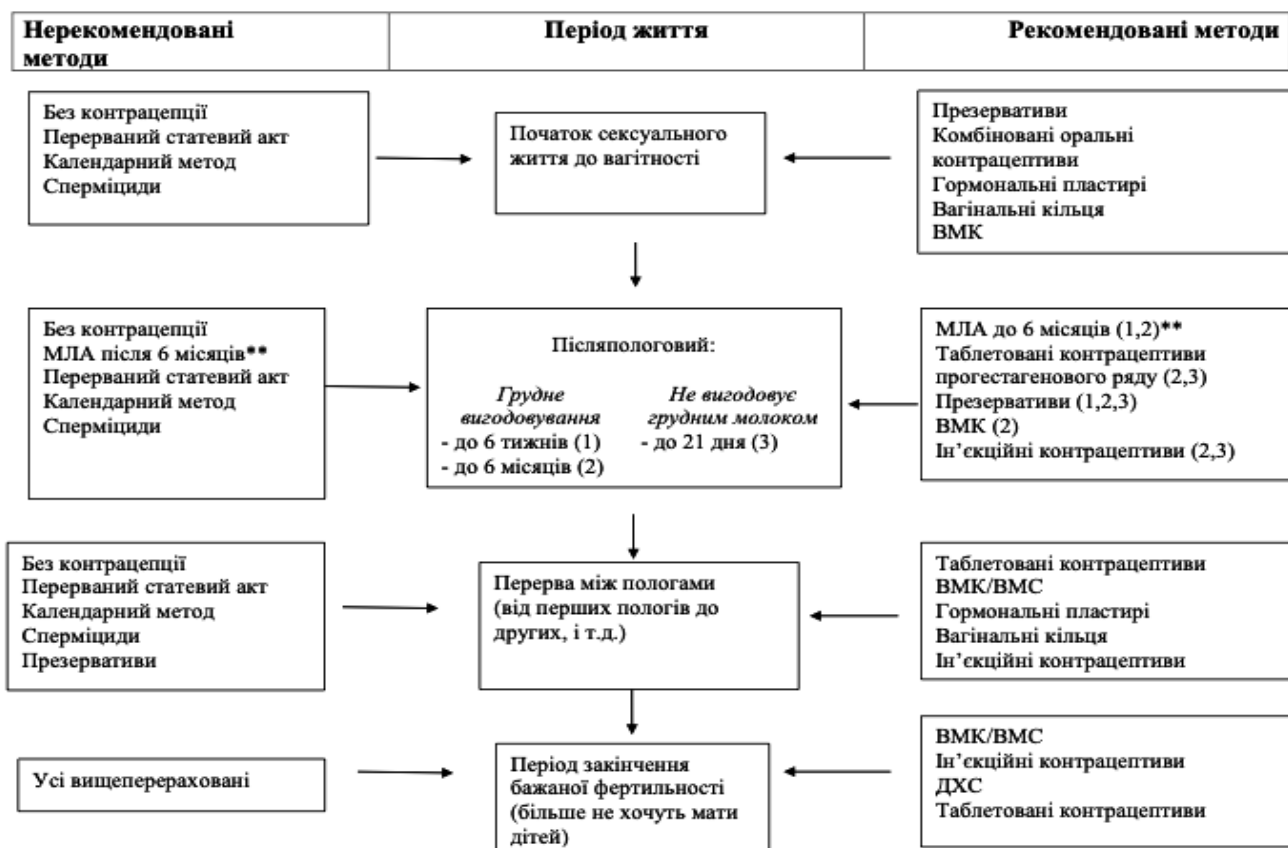
* Якщо жінка з групи високого ризику зараження гонорейною чи хламідійною інфекцією, то в цьому випадку введення ВМК не рекомендується, за винятком обставин, коли застосовувати альтернативні методи контрацепції з тих чи інших причин неможливо або неприйнятно.

** Жінки з групи високого ризику зараження ВІЛ-інфекцією не повинні використовувати сперміциди, до складу яких входить ноноксинол-9.

*** Перед початком використання КОК, ТКП, ІКП рекомендовано вимірювання кров’яного тиску.

**** Процедури, які виконуються із застосуванням місцевої анестезії.

Модель вибору методу контрацепції відповідно до періодів життя жінки



**Планування сім'ї для різних категорій населення та
відповідно до періодів життя**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
1. Методи контрацепції для підлітків та молоді.	Вагітність у підлітковому віці завжди непланована. Перш за все, вагітність у підлітків має, тим більш високий ризик для здоров'я, чим вони молодші (він особливо значний для 13-16-річних). Згідно з рекомендаціями ВООЗ "...підлітки повинні мати велику свободу вибору методів контрацепції. Вік не є основою для обмеження доступу до того чи іншого методу контрацепції". Тому у підлітків, які мають сексуальні стосунки, повинна бути свобода вибору при використанні методів контрацепції. Всі види контрацепції є безпечними для підлітків та молоді. ("Медичні критерії прийнятності використання методів контрацепції", 4-е видання, 2009).	<u>Обов'язкові:</u> Провести консультування з питань здорового способу життя, статевого виховання, запобігання непланованої вагітності та ІПСШ. Почати консультацію про методи контрацепції з бесіди про самий надійний метод уникнення вагітності – відсутність сексуальних контактів. 3. Запропонувати методи контрацепції: Презерватив: захищає від ІПСШ/ВІЛ; використання просте та без візиту до лікаря; не має побічних ефектів. КОК: для жінок молодого віку, які мають регулярне статеве життя і постійного статевого партнера; не захищає від ІПСШ/ВІЛ. Подвійний метод (одночасне застосування КОК з презервативом). ВМК: не пропонувати підліткам та молодим жінкам, які не народжували і не мають одного статевого партнера; не захищає від ІПСШ/ВІЛ. Методи розпізнавання фертильності: можна запропонувати дисциплінованим дівчатам з регулярним менструальним циклом, які сильно мотивовані використовувати цей метод і мають одного партнера; не захищає від ІПСШ/ВІЛ.

		Невідкладна контрацепція: висока ефективність; не можна використовувати як регулярну контрацепцію, тільки для епізодичного використання з нерегулярним статевим життям; не захищає від ІПСШ/ВІЛ.
2. Методи контрацепції для жінок у післяпологовому періоді	Ключовими питаннями післяпологової контрацепції є початок терміну попередження непланованої вагітності та вплив методу контрацепції на лактацію. За даними досліджень відновлення менструації до 6 місяців після пологів відбувається в 11,1- 39,4% випадків, а контрацептивна ефективність МЛА складає від 93,5 до 100%. Контрацептиви прогестагенового ряду не впливають на якість та кількість грудного молока і здоров'я дитини. Використання КОК у перші 6 місяців після пологів зменшує кількість грудного молока і може негативно вплинути на нормальний ріст дитини та у перші 3 тижні після пологів КОК збільшують ризик тромбозу. ВМК протипоказані для жінок з ускладненими пологам (кровотеча, анемія, інфекції); ВМК та ДХС не впливає на кількість та якість	Обов'язкові: 1. Провести консультування щодо особливостей перебігу післяпологового періоду та використання методів планування сім'ї. 2. Запропонувати методи контрацепції: Метод лактаційної аменореї (МЛА): годування грудьми одразу після пологів і до 6 місяців виключно грудне вигодовування (не менше 8-10 разів на добу) при відсутності менструації (аменорея); висока ефективність і значна користь як для здоров'я матері, так і дитини. Контрацептиви прогестагенового ряду: жінкам, які використовують МЛА, тільки через 6 місяців після пологів; жінкам, які не годують грудьми, можна застосувати негайно, за умови відсутності вагітності; жінкам які годують грудьми, але чергують з прикормом - через 6 тижнів після пологів. Внутрішньоматкові контрацептиви: постплацентарно або протягом 48 годин після пологів або операції кесарів розтин, які відбувалися без ускладнень; у післяпологовому періоді тільки через 4 тижні, якщо не введено

	грудного молока (ВООЗ 2012).	постплацентарно. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК): не рекомендовано для жінок, які годують у перші 6 місяців після пологів; якщо жінка грудьми не годує, КОК можна використовувати через 3 тижні після пологів. Добровільна хірургічна стерилізація (ДХС): одразу після пологів, під час операції кесарів розтин або протягом 7 днів після пологів; якщо стерилізацію не проведено після 7 днів, провести тільки через 6 тижнів після пологів. Бар'єрні методи: з часу відновлення сексуальної активності (шийкові ковпачки – через 6 тижнів після пологів). Методи розпізнавання фертильності: не рекомендовано починати використання до відновлення регулярних менструацій.
3. Методи контрацепції для жінок після абортів	Послуги з планування сім'ї після абортів: - консультування про необхідність використання контрацепції та про всі наявні методи контрацепції, їх характеристики, ефективність і побічні ефекти; - надання можливості усвідомленого вибору методів контрацепції; - надання інформації про необхідність захисту від ІПСШ. Надання послуг з планування сім'ї для	Обов'язкові: Провести консультування щодо особливостей перебігу періоду після абортів та використання методів планування сім'ї. Неускладнений аборт: - після абортів до 12 тижнів не треба відкладати використання методів контрацепції. - після абортів після 12 тижнів бар'єрні методи (шийкові ковпачки), хірургічна стерилізація та введення ВМК можна рекомендувати через 4-6 тижнів.

	жінки після аборту потрібно розпочати негайно, оскільки овуляція у неї може наступити вже на 11-й день після аборту і, як правило, відбувається до першої менструації. Здатність до зачаття відновлюється дуже швидко - протягом 2 тижнів після штучного або самовільного аборту, що мав місце у 1-му триместрі вагітності, і протягом 4 тижнів після штучного або самовільного аборту, що мав місце у другому триместрі вагітності. Після неускладненого аборту у I триместрі підходять всі методи контрацепції.	<u>Неускладнений аборт:</u> <i>Гормональні препарати:</i> перша таблетка КОК або ТКП надається одразу в день операції; гормональний пластир, вагінальне кільце можна починати використовувати одразу після аборту. <i>Ін'єкційні препарати:</i> можуть бути введені одразу після аборту або протягом 7 днів після операції. <i>ВМК</i> (що містять мідь) або <i>ВМС</i> (з левоноргестрелом): одразу після аборту або протягом 7 днів (для ВМС з левоноргестрелом) та 12 днів (для ВМК, що містять мідь) за умови відсутності симптомів інфекції. Бар'єрні методи (презервативи, сперміциди): з часу відновлення сексуальної активності. <i>Методи розпізнавання фертильності:</i> тільки після відновлення регулярного менструального циклу. <u>Ускладнений аборт:</u> можна використовувати гормональні оральні контрацептиви, ін'єкційні методи, презервативи; ВМК та стерилізацію відкласти до усунення ускладнення. <u>Медикаментозний аборт:</u> можна розпочинати використання гормональної
--	--	---

		контрацепції уже після прийому першої таблетки по схемі медикаментозного аборту; перед введенням внутрішньоматкового контрацептиву або стерилізацією слід підтвердити повне завершення аборт.
4. Методи контрацепції для жінок, які наближаються до менопаузи.	За статистичними даними країн Західної Європи, 50% жінок у віці 44 років і 30% 45-50-річних сексуально активні, мають збережений менструальний цикл, здатні до зачаття і потребують контрацепції (ВООЗ, 2009). Аборти у цих жінок характеризуються підвищенням частоти ускладнень в 3 рази у порівнянні з жінками репродуктивного віку, частим загостренням гінекологічної і екстрагенітальної патології. Тому метою контрацепції у жінок після 40 років є не тільки попередження непланованої вагітності, але й збереження здоров'я. У перименопаузі, на відміну від репродуктивного віку, куріння є абсолютним протипоказанням для використання КОК. Використання КОК, комбінованих пластирів	Обов'язкові: 1. Провести консультування щодо особливостей перебігу "перехідного" періоду та використання методів планування сім'ї. 2. Вибір методу контрацепції з урахуванням стану здоров'я жінки після медичного обстеження. 3. Консультування про завершення використання протизаплідних засобів (якщо протягом 12 місяців поспіль у жінки були відсутні менструальні кровотечі). Комбіновані гормональні контрацептиви: • відповідно до рекомендацій ВООЗ доцільно пропонувати комбіновані мікро- і низько дозовані КОК останнього покоління. Контрацептиви прогестагенового ряду: • для жінок, яким протипоказане використання засобів контрацепції, які містять естрогени; • не пропонувати ДМП (депо медроксипрогестерону) жінкам, які належать до групи ризику виникнення остеопорозу або мають його прояви.

	і вагінальних кілець протипоказане жінкам старше 35 років з мігренозними болями (незалежно від того, чи супроводжуються такі болі мігренозною аурою).	Бар'єрні методи і сперміциди: •ефективні методи контрацепції для жінок старшого віку. ВМК: •надають перевагу гормональній ВМС, яка має протективний і лікувальний ефект.
5. Методи контрацепції для чоловіків.	Участь чоловіків у процесі планування сім'ї передбачає: відповідальність у прийнятті рішення про метод планування сім'ї з метою збереження здоров'я жінки та свого власного; забезпечення безпечної статевої поведінки; готовність використовувати паралельний метод контрацепції для більш гарантованого запобігання непланованій вагітності та ІПСШ (подвійний голландський метод). Особливе значення чоловіча контрацепція має у тих випадках, коли жінка не може або не готова використовувати	Обов'язкові: 1.Провести консультування щодо переваг та недоліків контрацепції у чоловіків. Бар'єрні методи: •презерватив може бути оброблений сперміцидом для додаткового захисту. Хірургічні: •вазектомія - чоловіча хірургічна стерилізація. Контрацептивний ефект досягається завдяки блокуванню сім'явивідного протоку. Поведінкові: •утримання від статевого акту.

	контрацептиви через ситуацію, яка склалася, або за станом здоров'я. (ВООЗ 2011)	
--	---	--

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

- провести консультування з питань планування сім'ї;
- оцінити пацієнтку;
- підібрати метод контрацепції у підлітків, у жінок репродуктивного віку, у післяпологовому періоді;
- усна доповідь про тематичну пацієнтку;
- аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки;
- мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. 17-річна дівчина звернулася на консультацію з приводу запобігання вагітності та ПСШ. Менструації з 11 років, часто бувають затримки від декількох днів до місяця. За останній рік відмічає значну прибавку маси тіла, що її дуже засмучує. Вона потребує надійної контрацепції та бажає, але не може, відрегулювати менструальний цикл.

Завдання: Які дії лікаря?

Відповідь:

1. Скласти план обстеження.
2. Провести консультування щодо ризику ПСШ.
3. Проінформувати про прийнятні методи контрацепції.
4. Запропонувати їй подвійний метод контрацепції із одночасним застосуванням презервативів та КОК.
5. Проінформувати про методи невідкладної контрацепції.
6. Призначити наступний візит.

2. До лікаря жіночої консультації звернулася жінка Д., яка 5 днів тому зробила штучний аборт. АТ 120/70, пульс 78 уд./хв. До вагітності жінка використовувала бар'єрний метод запобігання вагітності, ускладнень не було, бажає більш надійний метод контрацепції. З анамнезу відомо, що вона страждає жовчно-кам'яною хворобою з частими періодами загострення. Лікар порекомендував жінці розпочати використання КОК після наступної менструації.

Завдання:

1. Оцініть правильність рекомендації лікаря.

2. Які обов'язкові обстеження потрібно провести жінці перед використанням даного методу?
3. Які сучасні методи контрацепції для неї більш прийнятні.

Відповідь:

1. Рекомендації лікаря невірні, враховуючи наявну екстрагенітальну патологію.
2. Обстеження: вимірювання артеріального тиску, УЗД органів черевної порожнини, біохімічний аналіз крові.
3. ВМК, бар'єрні.

Тестові завдання КРОК-2:

1. Жінка 32-х років звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на хронічний тазовий біль, який підсилюється під час менструацій, диспареунію, кровомазання напередодні та після менструації. Остання менструація 3 тижні тому. При огляді у дзеркалах: на шийці матки 2 кісти діаметром 3 і 5 мм синьо-багрового кольору, з яких виділяється темно-коричнева рідина. При бімануальному дослідженні: тіло матки шароподібної форми, збільшене до 6 тижнів вагітності, болісне при пальпації. Придатки з обох боків без особливостей. Лікаря проінформовано, що у найближчий час народження дитини не планується. Яка тактика лікування цієї пацієнтки є найбільш доречною?

А. Контрольована гіперстимуляція яєчників

В. Призначення комбінованих оральних контрацептивів*

С. Призначення андрогенів

Д. Хірургічне втручання

Е. Призначення антагоністів гонадотропін-рилізінг гормону

2. Жінку 26-ти років, що народжувала 7 місяців тому, протягом останніх двох тижнів непокоїть нудота, блювання вранці, сонливість. Годує грудьми, менструацій не було. Від вагітності не застерегувалася. Який з методів доцільно застосувати для уточнення діагнозу?

А. Ультразвукове дослідження*

В. Рентгенографія органів малого тазу

С. Пальпація молочних залоз і видавлювання молока

Д. Дворучне піхвово дослідження

Е. Дослідження за допомогою дзеркал

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №3.

Тема: «Невідкладна допомога при аномальних маткових кровотечах (АМК)»

Мета: Набуття практичних навичок надання невідкладної допомоги при аномальних маткових кровотечах. На підставі даних етіопатогінезу та класифікації порушень функції репродуктивної системи, оволодіти та удосконалити навички збору анамнезу, огляду у дзеркалах, бімануальному дослідженню. На підставі отриманих даних визначати план обстеження пацієнтки, вміти поставити попередній діагноз. Вміти оцінювати результати клініко–лабораторного обстеження пацієнтки. Складання алгоритму надання невідкладної допомоги при АМК.

Основні поняття: Класифікація. Обстеження хворих із АМК. Надання ургентної медичної допомоги.

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- На підставі даних скарг, анамнезу, клінічного перебігу захворювання встановлювати попередній діагноз;
- Здійснювати диференціальну діагностику та визначати клінічний діагноз захворювання;

- Визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень;
- Оцінювати дані клініко-лабораторного та інструментального обстеження пацієнтки;
- Призначити патогенетичне лікування.

Перелік дидактичних одиниць:

- Класифікація.
- Обстеження хворих із АМК.
- Надання ургентної медичної допомоги.

Типові тестові завдання

1) Для хірургічного лікування аномальної маткової кровотечі застосовують такі методи як:

- A. Кольпоскопія
- B. Кульдоцентез
- C. Лапароскопія
- D. Фракційно-діагностичне вишкрібання*
- E. Гістеросальпінгографія

2) У гінекологічне відділення доставлена жінка 47 років зі скаргами на помірні кров'яністі відділення зі статевих шляхів після затримки менструації на 2 тижні. Менструальний цикл регулярний, без особливостей. Який з методів дослідження найбільш інформативний?

- A. Лапароскопія
- B. Кольпоскопія
- C. Гістероскопія та кюретаж порожнини матки*
- D. Гістеросальпінгографія
- E. УЗД органів малого тазу

Типові ситуаційні задачі

1) У гінекологічне відділення поступила хвора 28 років зі скаргами на гострі болі внизу живота ліворуч, які почалися гостро, нудоту, блювання. Бімануальне дослідження: тіло матки нормальних розмірів, зміщення її болісно, лівий яєчник кілька збільшений, округлий, болісний. Склепіння піхви глибокі, пальпація ліворуч болюча. У дзеркалах: шийка матки і слизова оболонка піхви не змінені. Який з методів дослідження найбільш інформативний?

Еталон відповіді : Лапароскопія.

2) Хвора 32 роки пред'являє скарги на затримку чергової менструації на 14 днів. Менструації з 12 років, по 3-4 дні, цикл 28-30 днів Статеве життя регулярне, від вагітності не охороняється. При огляді: стан задовільний, живіт м'який, безболісний, АТ 115/75 мм рт. ст., пульс 74 в 1 хв. При трансагінальній ехографії діагностовано трубна вагітність. Тактика лікаря жіночої консультації?

Еталон відповіді : Терміново госпіталізувати хвору у гінекологічне відділення для уточнення діагнозу та вирішення питання про тактику лікування.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Аномальні маткові кровотечі (АМК): визначення.
2. Етіологічні та патогенетичні фактори при порушеннях функції репродуктивної системи.
3. Класифікація аномальних маткових кровотеч.
4. План обстеження пацієнтки з АМК.
5. Складання алгоритму надання невідкладної допомоги при АМК.
6. Медикаментозне лікування АМК.
7. Показання до хірургічного лікування АМК

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок.

- **Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).**

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо в симуляційному класі зі стандартизованим пацієнтом (інтерном/аспірантом), 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:

1. У гінекологічне відділення доставлена жінка 48 років з аномальною матковою кровотечею після затримки менструації на 10 днів. Менструальний цикл регулярний, без особливостей. Який з методів дослідження найбільш інформативний?

Еталон відповіді : Гістероскопія та кюретаж матки.

2. Хвора 26 років пред'являє скарги на затримку чергової менструації на 12 днів. Менструації з 15 років, 5-6 днів, через 29-30 днів. Статеве життя з 18 років, регулярне. При огляді: загальний стан задовільний, живіт м'який, безболісний, АТ 110/70 мм. рт. ст., пульс 70 в 1 хв. При трансвагінальній ехографії виникла підозра на прогресуючу трубну вагітність. Яка тактика лікаря?

Еталон відповіді: Оперативне лікування. Лікувально-діагностична лапароскопія.

Нетипові тестові завдання:

1. Пацієнтка 20 років, звернулась до лікаря-гінеколога зі скаргами на відсутність менструацій протягом 7 міс. З анамнезу: в ранньому віці хворіла на дитячі інфекції і ангіни, менархе з 12 років, місячні регулярні, менструальний цикл – 28 днів, менструація триває 5–6 днів, безболісна. 7 місяців тому перенесла стрес. При гінекологічному огляді змін з боку матки і придатків не виявлено. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Вторинна аменорея*.
- В. Первинна аменорея.
- С. Альгодисменорея.
- Д. Олігоменорея.
- Е. Несправжня аменорея.

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?

- А. Шийкова вагітність.*
- В. Маткова вагітність.
- С. Аборт у ході.
- Д. Загроза переривання вагітності.
- Е. Позаматкова вагітність.

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

Уніфікований клінічний протокол етапного надання медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах (АМК) - Наказ МОЗ України №353 від 13.04.2016р.

Аномальна маткова кровотеча (АМК) – будь-яке відхилення менструального циклу від норми, що включає зміну регулярності та частоти менструацій, тривалості кровотечі або кількості втраченої крові.

Гострі АМК – це епізоди кровотеч у невагітних жінок репродуктивного віку, інтенсивність яких вимагає негайного втручання з метою попередження подальшої втрати крові.

Хронічні АМК – це кровотечі з відхиленнями від норми за тривалістю, об'ємом та/або частотою, які виникають впродовж більшої частини останніх 6 місяців.

Тяжка менструальна кровотеча (ТМК) – надмірна менструальна крововтрата, що негативно впливає на фізичний стан жінки, соціальні, емоційні та/або матеріальні аспекти її життя.

Класифікація (PALM/COEIN)

для визначення причин АМК, не пов'язаних з вагітністю

Структурні	Неструктурні
Р – поліпи А – аденоміоз L - лейоміома М – злоякісні пухлини, гіперплазія	С – коагулопатія О- порушення овуляції Е – патологія ендометрію І – ятрогенні N – некласифіковані

Межі норми для менструального циклу (FIGO, 2018)

Параметри	Кількісні характеристики
Інтервал	24-38 днів
Тривалість кровотечі	4,5-8 днів
Кількість крові	5-80 мл/цикл

Алгоритм обстеження пацієнтки з АМК:

1. Збір анамнезу.
2. Фізикальне обстеження.
3. Лабораторні методи обстеження:
 - Мазок за Папаніколау за показаннями; при підозрі на наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом.
 - загальний аналіз крові (скринінг анемії), при нормальному вмісті гемоглобіну — визначення рівня феритину (стан депо заліза);
 - визначення хоріонічного гонадотропіну людини (β -субодиниця) в сироватці або сечі, експрес-тест на вагітність;
 - визначення рівня гормонів: тиреотропного гормону (ТТГ), вільного тироксину (Т4 віль.), пролактину (виявлення субклінічного гіпотиреозу та гіперпролактинемії);
 - у разі наявності в анамнезі тяжких кровотеч, починаючи з менархе; інших видів кровотеч або ознак порушення коагуляції в сімейному анамнезі – коагулограма та консультація гематолога.
4. Інструментальні методи:
 - трансвагінальне (трансректальне) УЗД або сольова інфузійна соногістерографія;
 - сліпа аспіраційна біопсія з гістологічним дослідженням отриманого матеріалу;
 - діагностична гістероскопія з прицільною біопсією.
5. Диференційна діагностика згідно класифікації АМК за PALM-COEIN.

Диференційна діагностика.

При визначенні діагнозу АМК необхідно виключити наявність структурних патологій, а також кровотечу, пов'язану з вагітністю. В підлітковому віці

причиною аномальних маткових кровотеч переважно виступають розлади овуляції, пов'язані з незрілістю гіпоталамо-гіпофізарно-яєчникової регуляції. Особливу увагу у пацієток даної категорії необхідно звернути на виключення АМК, спричинених соматичною патологією (коагулопатія та інші) та кровотеч внаслідок артеріо-венозних мальформацій матки.

Невідкладна допомога при АМК.

Гостра АМК.

В разі гострої АМК за умови порушення вітальних функцій проводиться стабілізація їх показників (артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, частота дихання, температура) та ліквідація гіповолемії. Медикаментозне лікування є терапією вибору у більшості пацієток (якщо дозволяють клінічні обставини). Метод лікування обирається з урахуванням тяжкості стану, анамнезу, супутньої патології і наявності протипоказань.

Для лікування гострих АМК може бути використаний один з наступних лікарських засобів: транексамова кислота, комбінований оральний контрацептив, пероральні прогестагени (Таблиця 1). При застосуванні гемостазу комбінованими оральними контрацептивами враховується ризик тромбоемболічних ускладнень.

Таблиця 1

Препарат	Разова доза	Режим
КОК	Монофазні (30-35 мкг етинілестрадіолу)	3 рази на добу протягом 7 днів або до 4-5 разів на добу 3-5 днів, потім зменшення кожні 2 дні на 1 табл. Загальний термін застосування КОК не менше 20 днів.
Транексамова кислота	1,5 г перорально або 10 мг/кг внутрішньовенно (максимум до 600 мг)	3 рази на добу впродовж 5 днів, кожні 8 годин.
Лінестренол	5 мг перорально	3 рази на добу протягом 7 днів.

Серед хірургічних методів при лікуванні гострої АМК залежно від клінічної ситуації та технічних можливостей застосовуються:

абляція/резекція ендометрія, емболізація маткових артерій, гістеректомія, специфічне хірургічне лікування при виявленні структурної патології.

Дилатація та кюретаж не є методом вибору, за винятком випадків тяжкого стану, зумовленого гострою АМК, що не піддається контролю за допомогою медикаментозної терапії, відсутня можливість проведення інших методів хірургічного втручання.

Хронічна АМК

Якщо причиною маткових кровотеч є системне захворювання, необхідно проводити його специфічне лікування у профільного спеціаліста.

При виявленні структурної патології органів малого тазу лікування повинно здійснюватися згідно відповідних клінічних протоколів.

Після виключення структурної патології органів малого тазу в якості першої лінії терапії АМК слід розглядати медикаментозне лікування.

Задачі лікування :

1. Зменшення обсягу крововтрати при менструації.
2. Профілактика рецидивів.
3. Корекція анемії.
4. Підвищення якості життя.

Медикаментозне лікування залізодефіцитної анемії проводиться оральними формами препаратів заліза (таблетки, рідкі форми). В разі гострої АМК можуть бути застосовані препарати внутрішньовенного заліза. Про ефективність медикаментозного лікування свідчить збільшення рівнів гемоглобіну через 21 день на 20 г/л від початку медикаментозного лікування. Якщо реакція на лікування позитивна — лікування триває. Щомісяця робиться загальний аналіз крові. Лікування триває протягом 3 місяців після нормалізації рівня гемоглобіну і феритину (протокол ведення хворих із залізодефіцитною анемією).

Медикаментозне лікування АМК

Перед призначенням лікування з'ясовуються репродуктивні плани жінки та потреба в гормональній контрацепції.

Для медикаментозного лікування аномальної маткової кровотечі не застосовується етамзилат.

Гормональні методи лікування

При відсутності протипоказань та за схвалення жінкою цього методу лікування призначаються наступні гормональні лікарські засоби: внутрішньоматкова система з прогестагеном чи комбінація естрадіолу валерату з дієногестом у режимі динамічного дозування; комбіновані оральні контрацептиви; препарати пероральних гестагенів або ін'єкції прогестагенів тривалої дії.

Внутрішньоматкова система з прогестином

Внутрішньоматкова система з левоноргестрелом (ЛНГ-ВМС) за відсутності значної структурної патології істотно знижує менструальні крововтрати, сприяє підвищенню рівней гемоглобіну та феритину.

Комбіновані оральні контрацептиви

Єдиною комбінацією естрогену і прогестину, в показаннях якої зазначене лікування АМК, естрадіолу валерат + дієногест у режимі динамічного дозування.

Комбіновані оральні контрацептиви, що містять етинілестрадіол, можуть застосовуватись при лікуванні хронічної аномальної маткової кровотечі як в циклічному, так і переважно – в безперервному режимах, з урахуванням тромботичних ризиків.

Пероральні прогестини.

Застосування прогестинів в режимі з 5-го до 25го дня менструального циклу (не менше 20 днів у циклі) супроводжується скороченням обсягів менструальної крововтрати. Застосування прогестинів лише в лютеїнову фазу циклу не є ефективним засобом для лікування аномальної маткової кровотечі.

Агоністи гонадотропін-релізінг гормону.

Призначення агоністів гонадотропін - релізінг гормону розглядається, коли всі інші методи лікування протипоказані або пов'язані з високим ризиком ускладнень, або пацієнтка відмовляється від їх застосування.

Негормональні методи лікування

Якщо аномальна маткова кровотеча супроводжується дисменореєю, то перевага надається нестероїдним протизапальним лікарським засобам (НПЗП), а не транексамовій кислоті.

Нестероїдні протизапальні лікарські засоби пригнічують синтез простагландинів, змінюючи співвідношення між простагландинами і тромбоксаном, що сприяє вазоконстрикції в матці. У плановому порядку терапію НПЗП слід починати за день до менструації, продовжувати до припинення кровотечі (3–5днів). Істотні відмінності ефективності між різними нестероїдними протизапальними лікарськими засобами не виявлені.

Інгібітори фібринолізу.

У жінок із аномальною матковою кровотечею в ендометрії підвищений рівень активаторів плазміногену з більш вираженою місцевою фібринолітичною активністю. Транексамова кислота (інгібітор активатора плазміногену) є антифібринолітиком, який зворотно зв'язується з плазміногеном, зменшуючи місцевий розпад фібрину без зміни параметрів згортання крові.

Застосування нестероїдних протизапальних лікарських засобів та/або транексамової кислоти припиняється, якщо не відмічається позитивна динаміка зменшення кровотечі впродовж трьох менструальних циклів.

Індикатори неефективності медикаментозної терапії:

- При гострій АМК–відсутність динаміки зменшення обсягу крововтрати впродовж 12 годин після призначення терапії з розвитком гемодинамічних та/або гематологічних ускладнень;
- При хронічній АМК – відсутність динаміки зменшення обсягу крововтрати впродовж 3 місяців після призначення терапії.

Хірургічні методи лікування АМК

Показання до хірургічного лікування жінок з АМК:

- неефективність медикаментозної терапії,
- неможливість застосування медикаментозної терапії (побічні реакції, протипоказання, тощо),
- структурна патологія матки.

Хірургічні методи:

- гістероскопічна абляція/резекція з обов'язковим гістологічним дослідженням ендометрію;
- дилатація і кюретаж (вишкрібання порожнини матки) з обов'язковим гістологічним дослідженням ендометрію;
- абляція ендометрію;
- емболізація маткових артерій;
- гістеректомія;
- хірургічні методи лікування структурної патології матки.

Ідеальний підхід до терапії полягає в підборі методів лікування, починаючи з менш інвазивних і закінчуючи більш інвазивними.

- 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.
- Скласти план обстеження пацієнтки з АМК
- Оцінювати результати обстеження пацієнтки, поставити попередній діагноз.
- Розробляти алгоритм надання невідкладної допомоги при аномальних маткових кровотечах.
- Застосування мультимедійної презентації за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

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

Тестові завдання КРОК-2:

1. Дівчинка 12 років відмічає кровотечу зі статевих шляхів останні 2 тиж, після затримки менструації впродовж 3 міс, слабкість, головний біль, запаморочення. Менструації з 10 років. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, тахікардія, АТ –

100/60 мм рт. ст. У крові: Нb – 100 г/л, тромбоцити 200×10^9 Г/л. Гінекологічне обстеження: virgo. При ректальному обстеженні: тіло матки і придатки без патології. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Аномальна маткова кровотеча ювенільного періоду.
- В. Перервана вагітність.
- С. Хвороба Верльгофа.
- Д. Синдром склерокістозних яєчників.
- Е. Геморагічний діатез.

2. Хвора 34 роки, звернулась в жіночу консультацію з скаргами на помірні кров'яні виділення із статевих шляхів, які з'явилися після затримки чергової менструації на 1 міс. При гінекологічному дослідженні: шийка матки епітелізована, тіло матки не збільшено, щільне, рухоме, безболісне, придатки матки з обох боків не збільшені, безболісні, зведення глибокі. Який попередній діагноз?

- А. Аномальна маткова кровотеча.
- В. Внутрішній ендометріоз.
- С. Позаматкова вагітність.
- Д. Підслизиста міома матки.
- Е. Ендометріоз шийки матки.

Вірні відповіді: 1 - А, 2 - А.

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 бактеріоскопічного дослідження.
4. Оцінювати результати цитоморфологічного дослідження.
5. Оцінити результати ультразвукового дослідження органів малого таза.
6. Розробляти алгоритм обстеження жінки з аномальною матковою кровотечею.
7. Складати план надання невідкладної допомоги пацієнтки з аномальною матковою кровотечею.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №4

Тема: «Великі та малі гінекологічні операції»

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. Ведення післяопераційного періоду.

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

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.
- 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.

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

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.

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок.

- **Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).**

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо в симуляційному класі зі стандартизованим пацієнтом (інтерном/аспірантом), 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:

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:

Відповідь: Ультразвукове дослідження органів малого тазу.

2. Хворій 23 років проведена гістеросальпінгографія 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?

Відповідь: Туберкульоз статевих органів.

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 36,6⁰С, 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*

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

Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового ендокірургічного втручання (оперативна гістероскопія, лапароскопія).

1. Загальне фізикальне обстеження
2. Визначення групи крові та резус-фактору
3. Аналіз крові на РВ, ВІЛ, Hbs –а/г
4. Загальний аналіз крові і сечі
5. Цукор крові
6. Бактеріологічний аналіз виділень із статевих шляхів (уретра, цервікальний канал, піхва)
7. Біохімічний аналіз крові (загальний білок, креатинін, білірубін, печінкові проби)
8. Коагулограма
9. 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 таза
15. Кольпоскопія

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

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

3. Онкоцитологічне дослідження
4. Бактеріоскопічне дослідження виділень із статевих шляхів

***Стандартне обстеження гінекологічних хворих перед проведенням
ургентного оперативного втручання***

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

Антибіотикопрофілактику проводять під час ввідного наркозу шляхом внутрішньовенного 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: Надпівхова 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- або 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

Протипоказання 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 не діагностовані 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 гризовому 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 тромбoproфілактику з використанням стандартного не фракціонованого гепарину (НФГ), низькомолекулярного гепарину (НМГ), механічних методів. Після великих гінекологічних операцій тромбoproфілактика 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.
- Скласти 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.

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.
- E. Порушена правостороння 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.

ПРАКТИЧНЕ ЗАНЯТТЯ №5

Тема: «Курація гінекологічної хвороби, підготовка учбової історії хвороби»

Мета: навчитися збирати скарги пацієнта, анамнез хвороби, анамнез життя, інформацію про загальний стан пацієнта та зовнішній вигляд, обстежувати стан серцево-судинної системи, органів дихання, стан органів черевної порожнини, кістково-м'язового апарату, нервової системи, стан сечостатевої системи. Виявити зі скарг, анамнезу захворювання, даних суб'єктивного, об'єктивного і спеціальних методів обстеження ознаки і особливості які потрібні для установлення остаточного діагнозу, оцінити їх.

Основні поняття: Загальний аналіз крові. Загальний аналіз сечі. Гормони крові. Коагулограма. Ампліфікаційні методи при інфекційних хворобах (ПЛР. ЛЛР). Мікробіологічне дослідження біологічних рідин та виділень. Методи інструментальної візуалізації органів черевної порожнини. Методи інструментальної візуалізації сечостатевої системи (МСГ. УЗД). Методи інструментальної візуалізації черепа. Методи інструментальної візуалізації грудної залози. Цитологічне дослідження з шийки матки. Гістоморфологічне дослідження біоптату слизових оболонок. Встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання. Підготовка учбової історії хвороби.

1. Контроль опорного рівня знань (тестові завдання, задачі, письмова робота, клінічні ситуації, фронтальне опитування з основної термінології тощо).

Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- Здатність збирати медичну інформацію про пацієнта і аналізувати клінічні дані.
- Здатність до визначення необхідного переліку лабораторних та інструментальних досліджень та оцінки їх результатів.
- Здатність до встановлення попереднього та клінічного діагнозу захворювання.
- Здатність до визначення необхідного режиму праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань
- Здатність до визначення характеру харчування при лікуванні та профілактиці захворювань.
- Здатність до визначення принципів та характеру лікування та профілактики захворювань.
- Здатність до діагностування невідкладних станів.
- Здатність до визначення тактики та надання екстреної медичної допомоги.
- Здатність до виконання медичних маніпуляцій.
- Здатність до ведення медичної документації, в тому числі електронних форм.
- Здатність визначати тактику ведення осіб, що підлягають диспансерному нагляду

Перелік дидактичних одиниць:

- Скарги.
- Анамнез захворювання.
- Анамнез життя.
- Гінекологічний анамнез.
- Об'єктивне обстеження.
- Попередній діагноз.
- Лабораторні та інструментальні методи дослідження.
- Диференціальний діагноз.
- Заключний діагноз.
- Методи лікування гінекологічної хвороби.
- Профілактика.

Тестові тестові завдання

1. До жіночої консультації звернулася жінка 40-ка років зі скаргами на порушення менструального циклу за типом гіперполіменореї протягом півроку, тягнучі болі в нижніх відділах живота, слабкість. В ході гінекологічного обстеження тіло матки збільшене до 12 тижнів вагітності, щільне, рухоме, безболісне. В крові: НЬ- 90 г/л. Яку патологію можна припустити?

- А. Міома матки*
- В. Рак тіла матки
- С. Вагітність
- Д. Кістома яєчника
- Е. Аномальна маткова кровотеча

2. Хвора скаржиться на біль внизу живота, який посилюється під час місячних і статевих контактів, та іррадіює в піхву. Під час піхвового дослідження - ззаду від матки виявляються щільні, вузлуваті, болючі утворення. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Ретроцервікальний ендометріоз*
- В. Аденоміоз
- С. Периметрит
- Д. Хронічне запалення придатків матки
- Е. Параметрит

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

1. Анатомія і фізіологія жіночих статевих органів.
2. Специфічні функції жіночого організму. Регуляція менструального циклу.
3. Особливості збору анамнезу у гінекологічної хвороби.
4. Спеціальні методи обстеження гінекологічних хворих.
5. Механізми дії лікарських препаратів, які можуть застосовуватися при гінекологічних захворюваннях.

6. Диференціальної діагностика гінекологічних захворювань.

3.Формування професійних вмінь та практичних навичок.

- **Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).**

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо в симуляційному класі зі стандартизованим пацієнтом (інтерном/аспірантом), 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:

1. Жінка, 36 років. Скаржиться на переймоподібний біль внизу живота. В даному випадку порушень менструації не виявлено. Об'єктивно: шкіра блідо-жовтого кольору, слизові бліді, пульс 80/хв. При гінекологічному огляді: з шийки матки в піхву звисає тверда, кругла пухлина, розмірами дещо більше від грецького горіха, розміри матки відповідають 6-ти тижням вагітності, матка рухома, не болюча, додатки не пальпуються. Дзеркально: пухлина, що виходить з шийки матки темно-багряного кольору, з цервікального каналу помірні кров'янисті виділення.

Відповідь: Фіброматозний вузол, що народжується. Викручування фіброматозного вузла. Вишкрібання стінок матки.

2. Жінка 54 років звернулась до гінекологічного відділення, пред'являє скарги на кровотечу зі статевих шляхів після затримки місячних протягом 5 місяців, У неї відмічаються слабкість, запаморочення. Об'єктивно: бліді шкірні покриви, тахікардія. При гінекологічному обстеженні: тіло матки нормальних розмірів, безболісне, рухоме; з обох сторін не визначаються придатки. Який імовірний діагноз у хворої?

Відповідь: Аномальна маткова кровотеча. Для встановлення діагнозу необхідно провести додаткове обстеження.

Нетипові тестові задачі:

1. Жінка 29 років скаржиться на головний біль, підвищення температури тіла до 37,5° С, наявність болю у нижніх відділах живота, виділення із статевих шляхів- світлі, у великій кількості. Скарги протягом двох днів, початок після загального охолодження. Бімануальне дослідження, ультрасонографія - ознаки аднекситу. Додаткові методи дослідження - лейкоцитоз в крові, аналіз сечі - норма, аналіз піхвових виділень - багато кокків, лейкоцити в усьому полі зору. Паритет: пологів - 0, аборти - 2. Найбільш вірогідний діагноз?

A. Гострий аднексит *

B. Апендицит

C. Периметрит

D.Хронічне запалення придатків матки

Е. Альгодисменорея

2. Дівчина 15-ти років, скарги на кров'янисті виділення із статевих шляхів протягом 10-ти днів після 3 місячної затримки, загальну слабкість. З анамнезу: менструації з 14-ти років, встановились через 6 місяців, помірні, болісні, статевим життям не живе. Астенічної тілобудови. Із статевих шляхів значні кров'янисті виділення. При ректальному дослідженні патології не виявлено. Який діагноз найбільш ймовірний?

- А. Гемофілія
- В. Гормонопродукуюча пухлина яєчника
- С. Аномальна маткова кровотеча *
- Д. Рак ендометрія
- Е. Поліпоз ендометрія

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

СХЕМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ХВОРОЇ

Хвора (Прізвище ім'я та по-батькові) _____

Клінічний діагноз (встановлюється протягом перших трьох днів після госпіталізації хворої до медичного закладу) _____

Супутні захворювання _____

Куратор _____

Факультет _____

Курс _____ Група _____

Керівник курації _____

Час курації _____

ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

Прізвище, ім'я та по батькові _____.

Вік _____. Сімейний стан _____.

Професія _____. Місце роботи _____.

Домашня адреса _____. Дата госпіталізації _____.

СКРАГИ

Скарги основні, що привели хвору до медичного закладу, а також скарги в теперішній час. Супутні скарги.

АНАМНЕЗ ЗАХВОРЮВАННЯ (anamnesis morbi).

Коли і як почалось дане захворювання, як воно розвивалось; раптово, або поступово, чи були при цьому болі, їх локалізація і характер, кровотеча та ін. Скільки часу знаходилась в лікарні чи дома в ліжку, чим лікувалась. Як пізніше протікало захворювання, чим і де лікувалась, результати лікування. Якщо захворювання хронічне, коли було останнє загострення.

АНАМНЕЗ ЖИТТЯ (anamnesis vitae).

Умови народження, розвитку, дитинства. Перенесені захворювання у дитинстві та у наступні періоди життя - дитячі хвороби, хронічні інфекційні хвороби, малярія, тиф, туберкульоз, гепатити, травми, оперативні втручання, гемотрансфузії. Часті простудні захворювання. Психоемоційний стан. Чи приймає лікарські засоби у даний момент і які.

Перенесені гінекологічні хвороби, де і коли лікувалась, ефект від лікування. Сімейний анамнез: стан здоров'я батьків (спадкові захворювання), братів, сестер - туберкульоз, венеричні захворювання, ожиріння, безпліддя, пухлини органів репродуктивної системи, вади розвитку, патологія основних систем організму. Психічні захворювання, злоякісні новоутворення, алкоголізм. Стан здоров'я чоловіка (паротит, венеричні захворювання, захворювання, що передаються статевим шляхом тощо).

Умови побуту у дитинстві й в теперішній час. Житлові умови (екологічний анамнез): скупченість, освітлення, опалення, вологість, загальний санітарний стан. Стан місцевості (наявність шкідливих виробництв, полів зрошення, радіоактивних випромінювачів тощо).

Харчування: кількість, якість, систематичність прийому їжі.

Характер роботи (важка фізична праця). Професійні шкідливості (органічні розчинники, робота в гарячих цехах, заповишених приміщеннях, радіація, вібрація і т.д.).

Шкідливі звички (куріння, алкоголізм, наркоманія).

Алергологічний анамнез: непереносимість ліків та інших речовин (виробничих, побутових), харчових продуктів.

Менструальна функція

На якому році життя почалися менструації, чи відразу стабілізувались. Характер менструального циклу (об'єм крововтрати, наявність білю, тривалість та регулярність менструації. Характер їх зміни після початку статевого життя, пологів, абортів та ін. Контактні кровотечі. Час останньої нормальної менструації.

Статева функція

Коли почалося статеве життя. Чи перебуває в шлюбі. В якому шлюбі (за кількістю) знаходиться, скільки часу була у попередніх шлюбах. Як часто змінює статевих партнерів. Чи не з'явилися захворювання після початку статевого життя. Особливості статевого життя (болі під час статевого акту, кров'янисті виділення під час статевого акту, коли були останні статеві зносини). Чи використовує засоби контрацепції і які. Наскільки вони ефективні.

Дітородна функція

Як скоро завагітніла після початку статевого життя. Скільки раз була вагітна, з якими проміжками часу між вагітностями. Скільки було пологів: термінових, передчасних. Як вони протікали (якщо ненормально, то в чому це проявлялось). Скільки живих дітей, коли були останні пологи. Скільки було абортів: штучних, самовільних, на якому місяці вагітності. Чи були ускладнення після абортів, коли був останній аборт.

Секреторна функція

Чи є білі, з якого часу їх помітила, їх характер (колір, консистенція, запах) і кількість. Чи подразнюють зовнішні статеві органи та шкіру стегон та сідниць.

ОБ'ЄКТИВНИЙ СТАН ХВОРОЇ В ТЕПЕРІШНІЙ ЧАС

(Status praesens objectivus)

Загальний огляд хворої. Положення хворої (активне, пасивне), свідомість, температура, артеріальний тиск, пульс, слизові, язик. Зріст. Вага. Будова тіла. Харчування. Язик.

Стан шкіри та шкірних покривів. Характер оволошіння. Ріст волосся у нетипових для жінки місцях (на стегнах, біла лінія живота, підборіддя, навколососкова ділянка); час його появи (до чи після першої менструації). Стан шкіри (припухлість, свербіж, висипка, наявність акне, підвищена вологість). наявність смуг розтягування, їх колір, розташування, час появи. Підшкірний шар (тургор).

Щитовидна залоза. Лімфатична система (пальпація лімфовузлів). Кістково-м'язова система. Грудна клітка. Стан серця з кровоносною системою (артеріальний тиск, біль у серці, серцебиття, набряки). Органи дихання (дихання, кашель, задишка, біль у грудях).

Неврологічний статус (настрій, пам'ять, сон, увага, головний біль, от зміна чутливості). Зір, смак, слух, нюх.

Пальпація молочних залоз (наявність пухлиноподібних утворень, виділення із сосків, їх колір).

Органи травлення: апетит, спрага; болі, сухість у роті, слинотеча, зал. рота. Диспептичні явища, печія, відрижка, гіркота у роті, нудота, блювання. Йому животі. Зміна об'єму живота під час хвороби: газу, бурчання. Стілець (частота, характер, болі, тенезми).

Сечовидільна функція, сечовипускання вільне, безболісне, частота. Симптом Пастернацького.

Живіт.

Його форма (випуклий, впалий, пігментація білої лінії, стан передньої черевної стінки (тургор), участь у акті дихання. Перкусія живота. Пальпація живота (напруження м'язів передньої черевної стінки). Дані глибокої пальпації. Печінка, шлунок, кишківник, селезінка. При наявності пухлини визначити її межі, рухливість, розмір, форму, характер поверхні, консистенцію та болючість. Симптоми подразнення почеревини. Аускультация живота.

Статеві органи.

Огляд зовнішніх статевих органів. Характер і тип оволошіння на зовнішніх статевих органах. Лобок (форма, характер і тип оволошіння, стан підшкірного жирового шару). Внутрішня поверхня стегон (наявність гіперемії, пігментації). Опис зовнішніх статевих органів: великі та малі статеві губи – розмір, наявність гіперемії, пігментвції, варикозу, кондиллом, виразок, набряку, стан слизової (сухість, блідість). Клітор (величина). Промежина (наявність старих розривів, рубців). Статева щілина (стан, ступінь змикання). Присінок піхви з залозами - стан Бартолінових залоз, зовнішній отвір уретри (наявність поліпів, гіперемія). Гімен – цілісність.

Огляд у дзеркалах: піхва (складчастість, стан слизової, наявність набряку, новоутворень). Піхвова частина шийки матки (форма, величина, колір слизової оболонки, наявність передракових захворювань, якщо так - то їх колір та характер). Зовнішнє вічко цервікального каналу (колір слизової, форма, стан). Характер виділень (колір, кількість, запах) з цервікального каналу та піхви.

При огляді у дзеркалах виконується рН-метрія вмісту піхви, проводиться забір матеріалу для визначення ступеня чистоти піхви, цитологічного, бактеріологічного і бактеріоскопічного досліджень. При необхідності виконуються тести функціональної діагностики гормональної функції яєчників.

Піхвове дослідження: довжина, ширина піхви, стан промежини, м'язів тазового дна, рухливість слизової оболонки. Стан склепінь піхви, (глибина, болісність). Шийка матки (форма, консистенція, ступінь рухомості, ступінь чутливості).

Бімануальне дослідження (черевно-піхвове):

Матка (положення, розміри, ступінь рухливості, чутливість, консистенція). Маткові труби – тонкі і м'які при відсутності в них патологічних змін, в нормі не пальпуються. Яєчники (форма, розміри, болісність). Зв'язки матки (консистенція, болісність, інфільтрація). Навколоматкова клітковина (стан – м'яка, не обмежує рухливість матки, ступінь чутливості).

Ректально-абдомінальне дослідження проводиться дівчаткам, при необхідності детального дослідження тазових органів жінкам (при підозрі на пухлинопобідний процес або при його констатації для визначення стадії), а

також при запальних процесах для визначення ступеня інфільтрації крижово-маткових зв'язок і параректальної клітковини, при атрезії та стенозі піхви. При необхідності - а вона виникає при підозрі на наявність патологічних процесів у стінці піхви, прямої кишки або прямокишково-піхвової перетинки – проведення прямокишково-піхвового дослідження.

Дані лабораторних, інструментальних та інших спеціальних методів дослідження.

Дані методів дослідження виписуються з історії хвороби та аналізуються.

Попередній діагноз.

Короткі висновки об'єктивного дослідження. Діагноз пишеться стисло та може носити узагальнюючий характер.

Диференційний діагноз

При необхідності диференціювати дане захворювання з іншими патологіями, що мають з ним спільне, спочатку вказують елементи подібності, потім дається опис форми, що диференціюється і тільки після цього описується заключення малої її вірогідності у даному випадку.

План додаткового дослідження

Складається план додаткових методів дослідження, які, на думку здобувача вищої освіти, необхідно виконати для уточнення або постановки заключного діагнозу.

Заключний діагноз

Діагноз має носити розвернутий характер. Це означає, що в ньому мають знайти відображення всі виявлені у хворобі патологічні зміни.

Лікування

Лікування висвітлюється у двох планах: загальні принципи лікування даного захворювання і лікування, яке має бути проведено даній хворій у клініці. Основні лікарські форми записуються у рецептах. Якщо було проведено оперативне втручання – описується операція. Для фізіотерапевтичного лікування – дози разові та курсові.

Гістологічні та інші дослідження видалених під час операції органів та їх частин.

Щоденник

(докладний щоденний опис стану хворобі протягом 3 днів)

Профілактичні вказівки

Вказівки повинні містити дані щодо рекомендованих умов побуту, праці, дієти та лікарських призначень.

Результат захворювання. Прогноз.

Прогноз пишеться «для одужання», «для життя», «для працездатності» Якщо внаслідок хвороби працездатність хворої обмежена, то вказується передбачувана група інвалідності та заходи з працевлаштування. Диспансерне спостереження.

Епікриз

Коротко викладаються основні скарги, дані анамнезу, об'єктивний стан, динаміка захворювання. Основні лабораторно-інструментальні дослідження. Обґрунтування діагнозу. Проведена терапія. Результати лікування (одужання, покращення, без змін, погіршення, смерть). Втрата працездатності (відновлена, втрачена, знижена).

Використана література

Дата

Підпис куратора

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

Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться на занятті

1. Під керівництвом викладача здобувачі вищої освіти розглядають основні пункти схеми курації гінекологічної хворої; знайомляться з історією хвороби; аналізують данні лабораторних, інструментальних, апаратних методів дослідження.
2. Викладач розподіляє поміж здобувачами вищої освіти гінекологічних хворих для курації.
3. Після написання історії хвороби здобувач повинен захистити її, при цьому обґрунтувати постанову діагнозу, складений план обстеження і лікування хворої.
4. Схема курації гінекологічної хворої, як графологічної структури курації, дається окремо.

Тестові завдання КРОК-2:

1. Жінка 27-ми років висловлює скарги на нерегулярні місячні з затримками до 2-3 місяців, значне збільшення маси тіла, гірсутизм. Заміжня 5 років, вагітностей не було. Під час піхвового дослідження матка дещо менше норми, з обох боків визначаються щільні, рухливі яєчники до 4-5 см у діаметрі. Про яку патологію можна думати у даному випадку?
 - А. Синдром склерокістозних яєчників
 - В. Двобічні кісти яєчників
 - С. Хронічний двобічний сальпінгіт
 - Д. Туберкульоз придатків матки
 - Е. Гіпоменструальний синдром

2. Жінка 49-ти років скаржиться на головний біль, "припливи жару" до голови, шиї, підвищену пітливість, серцебиття, підвищення артеріального тиску до 170/100 мм рт.ст., дратівливість, безсоння, плаксивість, послаблення пам'яті, рідкі мізерні менструації, збільшення маси тіла на 5 кг впродовж останніх півроку. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Клімактеричний синдром*
- B. Передменструальний синдром
- C. Вегетосудинна дистонія
- D. Артеріальна гіпертензія
- E. Посткастраційний синдром

3. Хвора 29-ти років звернулася до гінеколога зі скаргами на дратівливість, плаксивість, головний біль, нудоту, інколи - блювання, біль у ділянці серця, напади тахікардії, зниження пам'яті, метеоризм. Ці скарги виникають за 6 днів до менструації та зникають напередодні або в перші два дні. Вагінально: матка та придатки без змін. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Передменструальний синдром*
- B. Альгодисменорея
- C. Апоплексія яєчників
- D. Генітальний ендометріоз
- E. Невроз

4. Підведення підсумків:

Поточний контроль: опитування, тестування, 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 діяльності на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:
 - методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 2
2. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 2
3. Оцінювання роботи із пацієнтами з теми заняття:
 - методи: комунікативні навички спілкування з пацієнтом та його близькими; правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень; дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу; обґрунтування клінічного діагнозу; складання плану лікування
 - оцінювання: максимально – 5, мінімально – 3, незадовільно – 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
Відмінно «5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, бере активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички. Відмінно інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
Добре «4»	Здобувач добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички. Добре інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
Задовільно «3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під та інтерпретує данні клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.
Незадовільно «2»	Здобувач не володіє матеріалом, не бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички.

Здобувач допускається до КПП за умови виконання вимог наскрізної робочої програми практики та в разі, якщо за поточну діяльність він отримав не менше 3,00 балів.

Оцінювання результатів практики здобувачів під час підсумкового контролю – комплексного практичного іспиту (КПІ).

Методика проведення підсумкового контролю у формі КПІ є уніфікованою та передбачає використання стандартизованих форм. Кількість практичних навичок, які виносяться на КПІ, відповідає кількості профілів виробничої практики на відповідному курсі за відповідною ОПП.

Оцінювання здобувача проводиться за чек-листом. Під час КПІ, здобувач отримує білет, а екзаменатори використовують чек - лист до відповідного білету з еталонними відповідями та визначають, які обов'язкові складові відповіді було виконано або не виконано здобувачем.

Кожному пункту алгоритму, залежно від складності, присвоюється певна кількість балів. Питома вага (кількість балів) кожного пункту може бути різною - залежно від кількості пунктів та складності виконання конкретного пункту. Деякі сценарії можуть мати критичні точки, при невиконанні яких завдання вважається невиконаним. При формуванні пунктів чек-листу повинні бути виключені двоякості розуміння.

При виконанні здобувачем певних дій, він може отримати "мінус бали", а саме:

№	Критерій оцінювання	Бал
1.	Нерегламентована дія або спроба спілкування з екзаменатором, не передбачена завданням	- 5
2.	Друга нерегламентована дія або спроба спілкування з екзаменатором, не передбачена завданням	- 5
3.	Третя нерегламентована дія або спроба спілкування з екзаменатором, не передбачена завданням	-5
4.	Четверта нерегламентована дія або спроба спілкування з екзаменатором, не передбачена завданням	- 5
5.	Більше 4-х нерегламентованих дій	- 20
6.	Небезпечна дія (яка неминуче приведе до погіршення стану пацієнта)	- 20
7.	Неприпустима поведінка	- 20
8.	Пошкодження сім'юляційного обладнання або інвентаря	- 20

Максимальна оцінка за виконання завдання на одній станції становить 100 балів. КПП вважається складеним, якщо здобувач набрав не менше 60% від максимальної кількості балів на кожній станції.

Загальна оцінка за КПП складається як середньо арифметична всіх отриманих оцінок за всі профілі. КПП проводиться в Навчально-виробничому комплексі інноваційних технологій навчання, інформатизації та внутрішнього моніторингу якості освіти Університету в період екзаменаційних сесій наприкінці семестру (осіннього та весняного) згідно з розкладом.

Список рекомендованої 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., Подольский В.В., Рожковська Н.М., Марічереда В.Г., Волянська А.Г. -К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
2. Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б. Венцківської, В.П. Лакатоша, В.М. Куца). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.
3. 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, 2020.- 376 с.
4. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
5. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с.

Додаткова:

1. Збірник ситуаційних задач та тестових завдань з гінекології: навчальний посібник / А.Г.Волянська, Г.Л. Лавриненко, Н.А. Бикова та ін.; за ред. проф. І.З. Гладчука. – Одеса: Олді+, 2024. - 310с.
2. Внутрішньочеревні кровотечі в гінекології : монографія / І. З. Гладчук, О. Я. Назаренко, Р. О. Ткаченко . – Одеса. : ОНМедУ, 2021. – 112 с.
3. 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.
4. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
5. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник / Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко, В.П. Квашенко, О.В. Кравченко та ін. / Київ, 2016. – 444 с.
6. 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.
7. Акушерські ризики при міомі матки: віковий аспект / Железов Д.М., Салех О.С // East European Science Journal 1(41)2019. - С. 50-52.
8. Ускладнення лапароскопічної консервативної міомектомії / І.З. Гладчук, Д.М. Железов, Г.В. Шитова, Н.А. Заржицька // Клінічна та експериментальна патологія Т.18,№2(68),2019. - С.168-173.
9. Лапароскопічна міомектомія у пацієнток з репродуктивними намірами (огляд літератури) / І.З. Гладчук, Г.В. Шитова, Н.А. Заржицька // Здоров'я жінки. - №2 (148) -2020. - с.75-85.
- 10.Prevention of purulent-septic complications during laparoscopic surgeries on pelvic organs with the risk of vaginal microbiota contamination / Zaporozhan V.N., Gladchuk I.Z, Rozhkovska N.M., Volyanska A.G., Shevchenko O.I. // World of Medicine and Biology.-2020- №1(71). - P.49- 53. (*Web of science*)
- 11.Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства та 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
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