**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет** медичний № 2

**кафедра** акушерства і гінекології № 3

**не опорна**

**адреса** вул. В. Кучера, 7

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ**

 **«АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

**За темою «Оперативні втручання в гінекології. Підготовка та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних та планових оперативних втручаннях. Профілактика ВІЛ інфікування.»**

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»**

**за навчальним планом підготовки фахівців другого (МАГІСТЕРСЬКОГО)**

 **рівня галузі знань 22 «Охорона здоров’я» у вищих навчальних закладах**

 **ІV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ IV КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2**

**Затверджено**

На методичній нараді кафедри

акушерства і гінекології №3

протокол № 10 від 03.01.2024 р.

**Завідувач кафедри**

**акушерства і гінекології №3,**

**д.мед.н., професор Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

**УДК 618 (072)**

***Методичні вказівки для студентів IV курсу медичного факультету №2 з акушерства та гінекології***

**Авторський колектив:**

***Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.***

***Професор, д.мед.н. Диндар О.А.***

***Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.***

***Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.***

***Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.***

***Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.***

***Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.***

***Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.***

***Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.***

***Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.***

***Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.***

***Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.***

***Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.***

***Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.***

***Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.***

***Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.***

***Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.***

***Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.***

***Асистент Чеботарьова А.С.***

***Асистент, к.мед.н. Бала О.О.***

***Асистент Фурса-Совгіра Т.М.***

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 10 від 04.01.2023**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № 10 від 03.01.2024**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № від**

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3**

**Протокол № від**

**Тема: Оперативні втручання в гінекології. Підготовка та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних та планових оперативних втручаннях. Профілактика ВІЛ інфікування.**

**І. Актуальність теми.**

Особливості гінекологічних операцій заключається в тому, що під час них доводиться маніпулювати глибоко в малому тазі, в безпосередній близкості від сечового міхура, сечоводів, прямої кишки та крупних судин. Матка та додатки самі є рецепторними органами і, крім того, в молому тазу розташовані великі нервові сплетення. Втручання на статевих органах може призвести до порушення репродуктивної функції, що зобов’язує гінеколога бути особливо обережним про вирішення питання про об’єм операції.

**II. Навчально-виховні цілі:**

В результаті проведення заняття студент повинен ***знати:***

* показання, протипоказання та умови проведення операцій на жіночих статевих органах;
* технічні особливості операцій на матці, шийці матки, додатках матки, випадінні і опущенні жіночих статевих органів;
* лікувально-діагностичні ендоскопічні методи лікування в гінекології;
* особливості підготовки та післяопераційцне ведення гінекологічних хворих при ургентних та планових оперативних втручаннях;
* принципи та методи анастезіології та реанімації під час гінекологічних операцій.

***Вміти:***

* скласти план обстеження хворої перед проведенням оперативного втручання на жіночих статевих органах;
* техніка проведення консервативної міомектомії, дефундації матки;
* техніка проведення надпіхвової ампутації та екстирпації матки ;
* визначити об’єм оперативного втручання та описати техніку проведення при патології шийки матки;
* оперативні втручання на додатках матки;
* визначити об’єм оперативного втручання при випадінні та опущені жіночих статевих органів.

**III. Вихідні і базові знання**

1. Анатомія - анатомічні особливості жіночих статевих органів. Топографія органів малого тазу.

2. Хірургія - основні хірургічні доступи, які використовуються для проведення оперативних втручань в черевній порожнині.

3. Фармакологія - вивчення фармакологічних препаратів, що використовуються під час гінекологічних операцій.

**IV. Зміст навчального матеріалу**

**Підготовка хворої до операції.**

Підготовка гінекологічних хворих до операції здійснюється з моменту прийняття рішення про хірургічне втручання до його виконання . Цей період називається передопераційним.

Дії медичного персоналу в цей період суттєво відрізняються при планових і екстрених операціях. Перед плановими операціями підготовка здійснюється в амбулаторних і стаціонарних умовах. При характеристиці передопераційного періоду в амбулаторних умовах можна виділити два напрямки розділу: загальні питання і спеціальну підготовку.

**Загальні питання**

Вирішення питання про доцільність оперативного лікування здійснюється на підставі клінічної симптоматики хвороби, даних огляду і спеціальних методів обстеження хворої. У більшості випадків воно приймається в процесі консультативного відбору хворих на оперативне лікування компетентним фахівцем.

У процесі його повинні враховуватися як показання, так і протипоказання до оперативного лікування, що спрямоване на зниження ризику, притаманного будь-якої операції.

**Спеціальна підготовка**

Обстеження всіх жінок, що підлягають оперативному лікуванню, включає наступні дії: - клінічний аналіз крові, визначення групи крові, резус-приналежності, реакції Вассермана, коагулограма; - біохімічний аналіз крові (глюкоза, білірубін, сечовина, холестерин, загальний білок і білкові фракції, електроліти, залізо в сироватці; - обстеження на СНІД; - загальний аналіз сечі, аналіз калу на яйця глистів; - дослідження мазків на ступінь чистоти і флори з піхви, цервікального каналу, уретри; - дослідження мазків на атипові клітини з цервікального каналу, піхви, поверхні шийки матки, аспірату з порожнини матки; - кольпоскопія, УЗД органів малого тазу; - консультація терапевта, стоматолога та інших спеціалістів за показаннями; - рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, ЕКГ.

З урахуванням отриманих результатів робиться висновок про функціональний стан, як генітальних органів, так і всіх систем організму (серцево-судинної, дихальної, сечовидільної, шлунково-кишкового тракту та ін.). При необхідності обсяг досліджень може бути розширений.

У передопераційний період проводиться психопрофілактична підготовка хворий до операції, а в ряді випадків і медикаментозна (седативні, снодійні та інші засоби).

Передопераційна підготовка хворих з екстрагенітальною патологією має свої специфічні особливості залежно від її варіантів. Так, при захворюваннях серцево-судинної системи дослідження (ЕКГ, оцінка очного дна, УЗД серця тощо) проводяться в динаміці, нерідко показана медикаментозна підготовка за корекції порушень серцево-судинної системи в амбулаторних або стаціонарних умовах.

**Передопераційна підготовка в умовах стаціонару**

Передопераційна планова підготовка більш інтенсивно продовжується в умовах стаціонару протягом від 1 дня (Традиційно) до 2-3 діб і більше. Приймається остаточне рішення про плановане обсязі операції та необхідності проведення додаткових досліджень та підготовки до операції.

Консультація анестезіолога здійснюється в день надходження хворий у відділення. Вибирається метод знеболення (ендотрахеальний наркоз, перидуральная анестезія і т.д.). Всі питання про обсяг операції і знеболюванні узгоджуються з хворої, яка свою згоду підтверджує письмово.

З урахуванням обсягу оперативного втручання і стану хворої визначаються хірург та асистенти. Обговорюються шляхи підходу до патологічного вогнища, можливі відхилення від класичних положень з техніки операції та можливі ускладнення в процесі її виконання. При видаленні пухлин завжди планується проведення термінового гістологічного дослідження. Ряд досліджень, проведених амбулаторно, у стаціонарі повторюється (біохімічний аналіз крові, коагулограма та ін.)

Перед операцією всім хворим проводиться санітарна обробка (гігієнічний душ, видалення волосся з лобка). Важливе значення має підготовка кишечника. Увечері перед операцією приймається легка вечеря, очищується кишечник. Голодування перед операцією не рекомендується, оскільки воно сприяє метаболічного ацидозу і обмінним порушень в післяопераційному періоді.

З метою хорошого нічного сну ввечері застосовуються седативні засоби, снодійні препарати.

Спеціальні методи підготовки до операції в стаціонарі також проводяться хворим з урахуванням характеру оперативного втручання та екстрагенітальної патології. Підготовка хворих до вагінальним операціями спрямована на досягнення I - II ступеня чистоти піхви. З цією метою проводяться сануючі заходи протягом 2-3 днів у стаціонарі, а за наявності трофічних виразок - до їх загоєння, що, можливо, відбувається протягом декількох тижнів. За спеціальною методикою здійснюється підготовка перед ушиванням свищів статевих органів.

Передопераційна підготовка хворих при екстрених операціях проводиться протягом короткого часу - від декількох хвилин (внутрішньочеревний кровотеча) до 2-3 годин (перитоніт, септичний шок і т.д.). У таких випадках необхідно виконати лише вкрай необхідні дослідження (аналізи крові клінічний і біохімічний, коагулограма, аналізи на групу крові, резус-фактор, СНІД, УЗД органів малого таза, ЕКГ) і лікувальні заходи з корекції порушень гомеостазу (водно-електролітного обміну, відновлення ОЦК, поліпшення реологічних властивостей крові, застосування кардіологічних засобів і т.д.). В особливо екстрених станах забір матеріалів для дослідження здійснюється одночасно з проведеним оперативним втручанням. Також під час операції виконуються і інтенсивні заходи з корекції порушень гомеостазу.

**Умови для проведення гінекологічних операцій:**

1. Бережне відношення до тканин. Грубі маніпуляції викликають ускладнення під час операції та в післяопераційному періоді.
2. Забеспечення гарного доступу до пухлини. Намагання хірурга виконати операцію через маленький розріз приводить до травматизації тканин.
3. Тканини та всі зв’язки під час накладання затискачів мають бути в помірно натягнутому стані.
4. Достатня кваліфікація хірурга та всього персоналу.

**Операції на шийці матки**

**1.Біопсія** – матеріал забирається для гістологічного дослідження під контролем кольпоскопії ( простої і розширеної).

Показання: доброякісні та передракові стани шийки матки, пре клінічні форми раку.

Техніка:

* Шийку матки оголюють в дзеркалах, фіксують кульовими щипцями поза зоною ураження;
* На межі здорової і ураженої тканини скальпелем вирізають клиноподібну ділянку чи беруть при допомозі конхотома.
* При висіченні тканини шийки скальпелем на рану накладають кетгутові шви; при висіченні конхотомом проводять тампонаду піхви Куклой, замоченою 5% розчином амінокапронової кислоти.
* Біоптат кладуть у баночку з 10% розчином формаліну та відправляють для гістологічного дослідження.

**2. Електрокоагуляція -** це вплив електричними імпульсами на уражені тканини або новоутворення на шкірі за принципом денатурації білкових елементів. Електрокоагуляція у гінекології застосовується для лікування ерозій шийки матки, а також всіляких доброякісних змін м'яких тканин.

Покази: доброякісні фонові процеси без вираженої деформації та гіпертрофії шийки матки.

Протипокази: гострі та підгострі запальні процеси жіночих статевих органів; ациклічні кров’янисті виділення із статевих шляхів; доброякісні фонові захворювання в поєднанні з вираженою деформацією та гіпертрофією шийки матки.

Процедура виконується амбулаторно. Знеболення місцеве.

Техніка: електрокоагуляція проводиться до утворення білого струпу у першу фазу менструального циклу. Протягом місяця утримуватися від статевих зносин. Для поліпшення репарації призначаються піхвово метилурацилові свічки.

**3.Діатермоконізація (електроконізація) шийки матки**

В медичній практиці використовують три види конізаціі шийки матки: ножова, лазерна и петльова. Діатермоконізація характеризується видаленням частини шийки матки, яке здійснюється за допомогою електрохірургії (із застосуванням спеціальних електродів). Патологічний ділянку січуть по формі конуса.

Показання: поєднання доброякісного (і) або передракового процесів на шийці матки з її гіпертрофією та деформацією; при рецидивах дисплазій після електрокоагуляції, кріодеструкції, дазерної вапоризації; при тяжкій формі дисплазії;

Протипокази: запальні процеси статевих органів; наявність уражень шийки матки, що переходять на піхвові склепіння та стінки піхви; велика посттравматична деформація шийки матки, яка переходить на склепіння піхви;важкі соматичні захворювання.

Техніка:

- хвора на операційному столі чи гінекологічному кріслі;

- проводиться піхвове дослідження; операційне поле обробляється розчином антисептику;

- неактивний електрод щільно фіксується під тазовою ділянкою хворої через вологу марлеву прокладку;

- в дзеркалах широко розкривають піхву, шийку матки фіксують кульовими щипцями і низводять до статевої щілини;

- в зовнішнє вічко вводять стержень електрода конізатора, включають ток і обертають його по кругу до закінчення ампутації внутрішньої частини шийки. Розріз проводять на межі здорової і зміненої частини шийки матки; раньову поверхню обробляють 5-10% розчином перманганату калію;

Видалену тканину направляють для морфологічного дослідження.

**Операції на зовнішніх статевих органах і піхві.**

**1.Вилучення кісти бартолінієвої залози.**

Показання: наявність пухлини, що деформує вхід в піхву і утруднює статеве життя;відчуття незручності в статевій щілині.

Техніка:

- шкіра внутрішньої поверхні стегон і промежини, вульва і піхва обробляється спиртом і йодом

* проводять поздовжній розріз шкіри латерального від малої губи над пухлиною довжиною до 5-6 см. Пухлину видаляють переважно гострим шляхом і одночасно відсувають розтяту клітковину тупферами. Вилущення кісти проводять терпеливо (щоб не розірвати капсулу). Кровотеча зупиняється шляхом накладання погружних швів. На шкіру – тонкі шовкові шви, які знімають на 6-й день після операції.

Ускладнення при операції: розрив стінки кісти і значна кровотеча.

При нагноєнні залози абсцес розтинають розрізом ззовні чи всередині від малої губи і дренують з наступним щоденним промиванням антисептиком.

Видалення залози можливо тільки в холодному періоді.

**2.Розсічення дівочої перетинки**

Показання: вроджена чи набута атрезія отвору дівочої пліви з розвитком гематокольпоса;ригідність дівочої пліви.

Техніка:

Шкіра та внутрішні поверхні стегон, промежини і вульви обробляють розчином спирт - йод. Роблять поперечний чи хрестоподібний розріз дівочої пліви, витікає тягуча темнокоричнева рідина – суміш старої крові і слизу. Із верхнього і нижнього країв розрізаної пліви ножицями видаляють по півмісячній ділянці з наступним ретельним обшиванням циркулярним швом краю розтину кетгутовими швами. Витікання вмісту гематокольпосу продовжується і в післяопераційному періоді декілька днів. Після операції в піхву ніяких тампонів не вводять. Через 5-6 днів після операції корисно провести внутрішнє дослідження пальцем чи невеликими дзеркалами стан швів (можливе злипання країв рани).

Для запобігання злипання вводиться марлевий тампон, просякнутий стерильним вазеліновим маслом.

При надмірній ригідності дівочої перетинки, утруднюючий чи неможливий статевий акт, проводиться її розсічення краще під загальним знеболенням. Розріз проводять в нижньо-зовнішньому відділі пліви зліва в поперечному напрямку. Розтин повинен доходити до основи гімена з наступним пальцевим або інструментальним розтягуванням рани і накладанням швів із тонкого кетгута в поперечному напрямку.

**Малі гінекологічні операції.**

**1.Пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви**

Показання: перитоніт, пельвіоперитоніт, позаматкова вагітність, апоплексія яєчника.

Техніка:

- хвора лежить на гінекологічному кріслі;

- при допомозі дзеркал оголяють шийку матки і фіксують її кульовими щипцями, відтягуючи допереду і доверху;

- обробка антисептиком заднього склепіння піхви (спиртом);

- в заднє склепіння вводять товсту пункційну голку довжиною до 12 см вглиб 1,5-2 см

- зворотнім ходом поршня шприца витягують вміст черевної порожнини.

Пунктат виливають в пробірку і оцінюють макроскопічно;

Пунктат може бути:

1.кров з мікрозгустками (порушення позаматкова вагітність, розрив яєчника, хоріонепітеліома, розрив селезінки, печінки);

2. гній (перитоніт, піосальпінкс, піовар);

3. трансудат (асцит – відправити на цитологічне дослідження).

**2.Поліпектомія і фракційне вишкрібання порожнини матки**

Покази: поліп шийки матки, гіперплазія ендометрію та ін.

Техніка:

- огляд піхви і шийки в дзеркалах;

- піхвове дослідження;

- оброблення зовнішніх статевих органів жінки розчином антисептика, а піхви і шийки матки сухим ватним тампоном, а потім тампоном зі спиртом;

- фіксація шийки матки кульовими щипцями;

- знеболення операції;

- видалення поліпа: шляхом відкручування чи висічення;

- зондування матки;матковий зонд вводиться в цервікальний канал до моменту упору оливи зонда в дно матки;по шкалі зонда визначають довжину матки;

- розширення цервікального каналу до № 7-8 розширювачами Гегара;

- введення кюретки №2 в шийковий канал;

- вишкрібання стінок матки рухом кюретки від себе і на себе, послідовно обходити всі стінки матки і ділянку трубних кутів за годинниковою стрілкою. Виділення вмісту проводиться шляхом виведення кюретки із порожнини матки через кожні 3-4 рухи кюретки;

- знімають кульові щипці;

- шийка матки обробляється ватним тампоном зі спритом чи 2-5% йодом;

- виведення дзеркал;

- отриманий матеріал (поліп, зішкріб з цервікального каналу, порожнини матки) помістити в посуду з формаліном кожний окремо і направити для гістологічного дослідження. Написати окремі направлення.

**3.Зондування матки.**

Зондування матки проводять для визначення прохідності цервікального каналу, положення і напряму порожнини матки, її довжини і стану рельєфу стінок матки. Його використовують не лише з діагностичною метою, але і перед деякими операціями (вишкрібання стінок порожнини матки, ампутація шийки матки та ін.).

Застосовують такі інструменти: ложкоподібне дзеркало, підіймач, кульові щипці, корцанг та матковий зонд. Зонд – металевий гнучкий інструмент довжиною 20-30 см. На одному його кінці є потовщення у вигляді гудзика, інший кінець зроблено у вигляді плоскої рукоятки. На поверхні зонда є сантиметрові поділки.

Зондування проводять тільки в умовах стаціонару з дотриманням правил асептики й антисептики. Шийку матки оголюють дзеркалами, протирають спиртом, захоплюють за передню губу кульовими щипцями, виймають підіймач, підтягують шийку до входу у вагіну, випрямляють цервікальний канал. Зонд обережно вводять спочатку в канал шийки матки (біля перешийка матки відчувається невеликий опір), далі без застосування сили – в порожнину до дна матки. При цьому за шкалою зонда визначають довжину порожнини матки. Напрям руху зонда визначає положення матки: в положенні anterflexio зонд направляється допереду, в положенні retroflexio -дозаду. Ковзаючи по всіх стінках матки, визначають форму порожнини матки, наявність у ній пухлин, перегородок, поліпів.

**4.Конусоподібна ампутація шийки матки.**

Показання:

* Метаплазія шийки матки.
* Справжня ерозія шийки матки.
* Фонові патології у вигляді лейкоплакії без атипії клітин.
* Невеликі післяопераційні травматичні дефекти шийки матки.
* Кісти шийки матки невеликих розмірів.
* Вогнища ендометріозу або ендометріоїдні кісти невеликих розмірів в шийці матки.
* Поліпи шийки матки множинні або поодинокі.
* Ектропіон шийки матки.

Ампутація шийки матки виконується більш часто в порівнянні з іншими операціями на шийці. Обумовлено це тим, що при ній до частини шийки матки віддаляється вся слизова цервікального каналу, а утворений після операції цервікальний канал вистилається здорової слизової піхви і шийка має правильну форму. Все це сприяє профілактиці раку шийки матки.

Техніка виконання: Шийка матки оголюється і фіксується щипцями Мюзо. З неї вирізається частина у вигляді конуса з основою в області зовнішнього зіву і оточуючих його тканин, а верхівкою - в глибині цервікального каналу

Спочатку виробляється кругової розріз на вагінальної частини шийки матки на 0,5 см вище ураженої ділянки. Розріз робиться загостреним (а не черевцевий) скальпелем, круговими рухами поглиблюється у напрямку до внутрішнього зіву.

У підсумку рана на шийці матки має форму воронки. Слизова решти шийки матки навколо рани отсепаровивается на 1-2 см, щоб її можна було підтягнути в глибину цервікального каналу.

При ушиванні перший шов накладається на передню губу: відступивши 0,5 см від краю шов проводиться через передню губу з боку вагінальної поверхні, а другий кінець лігатури також на відстані 1-1,5 см від першого; потім обидва кінці лігатури по черзі проводяться з боку слизової цервікального каналу з виколи позаду перших вколов (поблизу сечового міхура!) на відстані 1,5-2,0 см. При зав'язуванні лігатури отсепарованно слизова вагінальної частини шийки матки підтягується до цервікальному каналу, покриваючи при цьому ранову поверхню передньої частини воронки. Такий же шов накладається на нижній край рановий воронки, але у зворотному напрямку.

**ВЕЛИКІ ГІНЕКОЛОГІЧНІ ОПЕРЦІЇ.**

**1.Типова тубектомія**

Покази: трубна вагітність, піосальпінкс, гематосальпінкс, гідросальпінкс.

Техніка: Лапаротомія. Ревізія органів малого тазу, виведення матки з додатками в операційну рану. Фіксація матки П-подібним кетгутовим швом.затискачі накладають: паралельно до труби на мезосальпінкс, а другий – на матковий кут труби. Розтин брижі, відсічення труби. Заміна затискачів вузловими кетгутовими (вікріловими) швами. Перітонізація кукс круглою зв’язкою тієї ж сторони. Туалет і ревізія черевної порожнини. Підрахунок серветок та інструментарію. Зашивання рани передньої черевної стінки.

**2.Типова оваріоектомія**

Покази: пухлини яєчника, перекрут ніжки пухлини.

Техніка: Лапаротомія. Виведення пухлини яєчника в рану рукою або тупфером на довгому тампонаторі (в той же час руками натискають на передню черевну стінку по сторонах від рани - полегшується "прорізування"пухлини). Інколи пухлину пунктують і відсмоктують вміст і щипцями виводять капсулу (при відсутності злоякісного перероджнення). Клемування і контрклемування лійкотазової і власної зв'язок, брижі затискачами Кохера.

Розтин. Лігування кукс лійко-тазової і власної зв'язок вузловими швами (кетгут, лавсан, капрон). Перітонізція кукс круглою зв'язкою і заднім листком широкої зв'язки. Огляд додатків протилежної сторони. Туалет черевної порожнини. Підрахунок серветок та інструментарію. Перед відновленням черевної стінки потрібно розітнути капсулу видаленої пухлини і впевнитися у відсутності злоякісного росту.

**3.Надпіхвова ампутація матки (субтотальна, суправагінальна) без додатків**

Покази: доброякісні пухлини матки, що локалізуються в тілі і у дна матки, аденоміоз матки.

Техніка:

- виведення матки з додатками в рану і її фіксація;

- клемування і контрклемування з наступним розтином і лігуванням: круглих (матки) і власних зв'язок яєчників;

- розтин міхурово-маткової складки (між куксами круглих звязок) і часткове відшарування сечового міхура;

- розтин заднього листка широких звязок;

- клемування, розтин і лігування судиннних пучків маткових артерій (затискачі накладають перпендикулярно до ребра матки з захватом частини її тканини) на рівні внутрішнього вічка;

- клиноподібне відсічення препарата на рівні 0,5-1см вище рівней культів судинних пучків; обробка цервікального каналу настоянкою йоду;

- ушивання культі шийки матки (3-4 кетгутовими лігатурами з'єднується передня і задня губа);

- контроль гемостазу. Перитонізація листками широких зв'язок і міхурово-матковою зв'язкою;

- туалет і ревізія черевної порожнини. Підрахунок серветок та інструментарію;

- ушивання розрізу передньої черевної стінки.

Примітка: при проведенні надпіхвової ампутації матки з додатками – затискачами перетискаються лійково-тазові звязки (a. оvarica): накладаються під яєчником паралельно до фалопієвої труби,а всі етапи операції, як описано вище.

**4.Екстирпація матки (тотальна гістеректомія) без додатків**

Покази: лейоміоми матки з атиповим розташуванням вузлів, міхуровий заніс, хоріонепітеліома, некроз фіброматозного вузла, аденоміоз, аденоматоз матки.

Техніка: Лапаротомія. Виведення матки в рану і її фіксація.

Особливості: при даній операції розтин міхурово-маткової звязки і відшарування сечового міхура проводиться повністю від шийки матки і переднього склепіння піхви:

- маткова артерія перетискається нижче внутрішнього вічка (затискачі накладаються паралельно до ребра матки без захвату тканини матки);

- матку відводять до симфізу, розтинають прямокишково-маткову зв'язку в поперечному напрямку між крижово-матковими зв'язками і відсепаровують донизу;

- строго перпендикулярно кожну крижово-маткову зв'язку перетискають затискачами, розтинають і перев'язують;

- розкриття переднього склепіння піхви: стінку піхви захоплюють затискачами Кохера чи кулевими щипцями і розтинають; із піхви видаляється тампон, через отвір в склепінні піхва обробляється йодом чи хлоргексидином. Шийку матки захоплюють біля зовнішнього вічка щипцями і відсікають. Краї піхви фіксуються затискачами і ушиваються вузловими кетгутовими швами. Учасники операції змінюють рукавички.

Зашивання культі піхви кетгутовими швами повністю (поєднують передню та задню стінки) чи частково – безтампонне дренування, при цьому передній листок очеревини підшивають до переднього краю культі піхви, а задній – до заднього;

- лінійна перитонізація листками широких зв'язок і міхурово-матковою складкою;

- туалет і ревізія черевної порожнини. Підрахунок серветок та інструментарію;

- зашивання розрізу передньої черевної стінки.

**При опущенні та випадінні внутрішніх статевих органів** показано хірургічне лікування. Краснопольський В.І. та співавт. (1997) розділили більшість хірургічних втручань на 7 груп за анатомічним утворенням, укріплюючи положення внутрішніх статевих органів.

*1 група. Укріплення тазового дна* – кольпоперинеолеваторопластика. Дана операція виконується при опущенні та випадінні статевих органів.

*2 група. Укороченна та укріплення підвішуючого апарату матки –* вкорочення та фіксація круглих зв’язок матки до задньої чи передньої поверхні матки, до апоневрозу передньої черевної стінки; підшивання матки до передньої черевної стінки.

*3 група. Операції, направлені на укріплення фіксуючого апарату матки* (кардинальні, крижово-маткові зв’язки) в результаті їх зшивання між собою, транспозиції і т.д. До цієї групи відноситься ”манчестерська“ операція, яка передбачає ампутацію елонгованої шийки матки та вкорочення кардинальних зв’язок.

*4 група. Операції з фіксацією випавших органів до стінок тазу* (частіше до крижа).

*5 група. Операції з використвнням алопластичних матеріалів* для укріплення зв’язкового апарату матки і її фіксації.

*6 група. Операції облітерації піхви,* які виключають можливість статевого життя. При цьому бувають рецидиви захворювання. Ці операції можливі лише в старечому віці при повному випадінні матки та відсутності патології шийки матки та ендометрія.

*7 група. Радикальні операції – піхвова екстирпація матки.* Після піхвової екстирпації матки випадіння органу повністю усувається. Проте, можливі рецидиви у вигляді ентероцелє, припиняютьмся менструальна та репродуктивна функції у хворих репродуктивного віку, порушується архетектоніка малого тазу, можливе прогресування порушення функцій сусідніх органів (сечового міхура, прямої кишки). Піхвова екстирпація матки рекомендується пацієнтам похилого віку, що не живуть статевим життям.

Частіше використовуюить поєднані та комбіновані методи лікування: лапароскопічний чи лапоротомічний доступи в поєднанні з піхвовим. Для укріплення перерозтягнутого зв’язкового апарату матки застосовують синтетичні інертні нерозсмоктуючі матеріали (мерсилен, пролен, дексон, гортекс).

Не втратила поширенності двоетапна комбінована операція в модифікації В.І. Краснопольського та співавт. (1997), що полягає в укріпленні крижово-маткових зв’язок апоневротичними лоскутами, що викроєні із апоневрозу зовнішнього косого м’язу живота в поєднанні з кольполеваторопластикою. Така методика застосовується при збереженні матки, при рецидивах пролапсу культі шийки матки та піхви, в поєднанні з ампутацією і екстирпацією матки.

**ЕНДОСКОПІЧНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ.**

**1.Лапароскопія**

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

Лапаротомічне хірургічне втручання проводиться за умови можливості проведення термінового цитологічного або морфологічного дослідження.

***Показання для проведення лапароскопії в ургентному порядку****:*

1. Позаматкова вагітність.

2. Апоплексія яєчника з внутрішньочеревною кровотечею.

3. Розрив кісти яєчника.

4. Перекрут «ніжки» кисти яєчника.

5.Гнійно-запальні захворювання органів малого тазу (гнійний сальпінгіт, піовар, піосальпінкс, гнійні тубооваріальні утворення, абсцеси міхурово-маткового та прямокишково-маткового простору).

6. Диференційна діагностика гострої хірургічної та гінекологічної патології.

7. Некроз субсерозних міоматозних вузлів.

8.Діагностика ускладнень під час чи після проведення гінекологічних маніпуляцій.

***Показання для проведення лапароскопії у плановому порядку:***

1. Діагностична лапароскопія (з біопсією ураженого органу, за показаннями).

2. Трубна стерилізація.

3. Неплідність.

4. Доброякісні пухлини яєчників.

5. Міома матки.

6. Аномалії розвитку внутрішніх статевих органів.

7. Хронічний тазовий біль та / чи недостатні дані клінічного обстеження органів малого тазу для заключного діагнозу (підозра на зовнішний генітальний ендометріоз, хронічний запальний процес придатків матки, синдром Allen-Masters).

8.Моніторинг ефективності лікування ендометріозу ІІІ-ІV стадії. Моніторинг ефективності лікування онкогінекологічних захворювань (в спеціалізованих закладах “second look”після проведення комбінованого лікування рака яєчників).

9.Вибір доступу та визначення обсягу оперативного втручання при неуточнених пухлинах органів малого тазу.

***Протипоказання до проведення лапароскопії:***

*Абсолютні:*

1. Захворювання серцево-судинної та дихальної системи в стадії декомпенсації.

2. Гостра та хронічна печінкова та ниркова недостатність.

3. Шокові та коматозні стани.

4. Розлитий перитоніт.

*Відносні:*

1. Ожиріння ІІІ-ІV ст.

2. Тяжкий спайковий процес органів черевної порожнини.

3. Великі розміри пухлин геніталій.

4. Грижа передньої черевної стінки і / чи діафрагми великих чи гігантських розмірів.

5.Інфекційні захворювання (грип, ангіна, пневмонія, пієлонефрит та ін.).

***Анестезіологічне забезпечення лапароскопій.***

Оптимальним для проведення лапароскопії є загальна анестезія з ендотрахеальною інтубацією та ШВЛ. Цей вид анестезії забезпечує адекватну міорелаксацію, вентиляцію, захист від аспірації шлункового вмісту, повну анальгезію.

Можливе використання внутрішньовенної багатокомпонентної загальної анестезії зі спонтанним диханням, перидуральної анестезії у поєднанні з внутрішньовенною, місцевої інфільтраційної анестезії (при діагностичній лапароскопії, трубній стерилізації).

***Передопераційне обстеження та підготовка*** проводиться за стандартними принципами згідно з наказом МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р.

***Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового ендохірургічного втручання:***

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Визначення групи крові та резус-фактору.
3. Аналіз крові на РВ, ВІЛ, Hbs –а/г.
4. Загальний аналіз крові і сечі.
5. Цукор крові.
6. Бактеріологічний аналіз виділень із статевих шляхів (уретра, цервікальний канал, піхва), обстеження на папіломавірус людини.
7. Біохімічний аналіз крові (загальний білок, креатінін, білірубін, печінкові проби).
8. Коагулограма.
9. Цитологічне дослідження мазків з шийки матки і цервікального каналу або морфологічне дослідження (за показаннями).
10. Кольпоскопія.
11. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.
12. Діагностичне вишкрібання ендометрія.
13. Електрокардіограма.
14. ФГ або рентгенографія органів грудної клітини.
15. Огляд терапевта, огляд молочних залоз, щитовидної залози.
16. Огляд профільними спеціалістами за показаннями.
17. Гастроскопія, колоноскопія.
18. Онкологічні маркери (за показаннями) або біопсія ендометрія (гістероскопія).

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

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

***Антибіотикопрофілактику***проводять під час вводного наркозу шляхом внутрішньовенного капельного введення антибіотиків. За показаннями проводять повторне введення антибіотиків у післяопераційному періоді через 6-12 годин, а при інфікованих операціях проводиться антибіотикотерапія.

***Післяопераційне ведення хворих.***

1. Догляд у ранньому післяопераційному періоді.

2. Контроль виділень зі статевих шляхів, з дренажів.

3. Контроль геодинаміки.

4. Контроль симптомів подразнення очеревини.

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

***Ускладнення лапароскопії: діагностика, лікування.***

При проведенні лапароскопії спостерігаються наступні групи ускладнень:

1. Ускладненя, пов’язані з накладанням карбоксиперитонеуму

2. Хірургічні ускладнення

3. Ускладнення, зумовлені тривалим вимушеним положенням пацієнтки

4. Анестезіологічні ускладнення

***Ускладненя, пов’язані з накладанням карбоксиперитонеуму:***

***1.Емфізема.*** Накладання карбоксиперитонеуму за допомогою голки Вереша та його підтримання в ході операції шляхом подачі СО2 через троакар може супроводжуватись екстраперитонеальною інсуфляцією та виникненням емфіземи. Емфізема може бути обмеженою та поширеною і локалізуватися в підшкірній клітковині, сальнику, середостінні. У разі попадання голки Вереша в просвіт судини або поранення вени на фоні напруженого карбоксиперитонеуму існує ризик газової емболії.

*Діагностика.* Виявлення емфіземи здійснюється на підставі візуальної оцінки, наявності припухлості та крепітації.

*Лікувальна тактика*. Обмежені емфіземи (підшкірна емфізема, карбоксиоментум) проходять спонтанно упродовж 12-48 годин і не потребують лікування. При емфіземі, яка займає дві та більше анатомічні ділянки, необхідне динамічне спостереження в умовах стаціонару до повної редукції емфіземи. Емфізема середостіння потребує негайної зупинки лапароскопічної операції, евакуації карбоксиперитонеуму.

***2.Травмування органів черевної порожнини голкою Вереша.*** Введення голки Вереша може привести до проникаючого та непроникаючого поранення органів черевної порожнини, магістральних судин.

*Діагностика.* Травматичні пошкодження при введенні голки Вереша виявляють на підставі результатів шприцевої проби, лапароскопічної ревізії органів черевної порожнини.

*Лікувальна тактика.* У випадках проникаючих поранень кишки рекомендується лапаротомія та ушивання стінки кишки. Травмування магістральних судин (черевна аорта, нижня порожниста вена) потребує невідкладної лапаротомії, зупинки кровтечі шляхом компресії судини, терміново викликають бригаду судинних хірургів.

*Профілактика.* Вдосконалення техніки введення голки Вереша. Проведення капельного тесту. Відкрита методика накладання карбоксиперионеуму за Hasson у пацієнток з перенесеними оперативаними втручаннями на органах черевної порожнини.

***Інтраопераційні хірургічні ускладнення***

***1.Поранення судин передньої черевної стінки, магістральних судин, інтраопераційна кровотеча з судин тазу.***

*Діагностика та лікувальна тактика*. Поранення судин передньої черевної стінки (найчастіше – aa. epigastricae inferior sin. et dext.) трапляється при введенні допоміжних троакарів і супроводжується кровотечею або формуванням гематоми. Можливі методи зупинки кровотечі: прошивання судини через черевну стінку голкою великого діаметру або шляхом мікролапаротомії, коагуляція судини, компресія катетером Фолея.

Травмування магістральних судин (черевна аорта, нижня порожниста вена) потребує невідкладної лапаротомії, зупинки кровтечі шляхом компресії судини. Терміново викликають бригаду судинних хірургів.

Інтраопераційна кровотеча з маткових або яєчникових судин може бути зупинена лапароскопічно або шляхом проведення конверсійної лапаротомії. Кровотечу зупиняють тимчасово шляхом компресії або захоплення судини затискачем. Аспірують кров і в умовах прямої видимості судину коагулюють, перев’язують або накладають кліп.

***2.Травмування кишечника, сечового міхура, сечовода*** може трапитись на різних етапах операції.

*Діагностика та лікувальна тактика* Виявлення травматичних пошкоджень органів черевної порожнини повинно здійснюватись інтраопераційно. При сумнівах проводиться цистоскопія, конверсійна лапаротомія та уточнюється тяжкість ураження. Операції на травмованих органах проводять за участю відповідного спеціаліста (хірург, уролог, проктолог).

***У складі хірургічної бригади повинен приймати участь гінеколог, який володіє хірургічною технікою в обсязі екстирпації матки лапаротомним доступом.***

***Післяопераційні хірургічні ускладнення:***

***1.Інфекційні ускладнення*** після гінекологічних лапароскопічних операцій включають раневу (нагноєння місць проколів) та внутрішньочеревну інфекції. Рідко спостерігаються інфекції сечовидільної системи, пневмонія.

*Діагностика* здійснюється на підставі даних фізикального обстеження та допоміжних методів діагностики.

*Лікувальна тактика* включає заходи місцевого та загального впливу на запальний процес.

*Профілактика* гнійних ускладнень здійснюється на доопераційному етапі, інтраопераційно та в післяопераційному періоді.

***2. Післяопераційні грижі*** в лапароскопічній хірургії виникають при застосуванні троакарів діаметром 10 мм та більше.

*Діагностика.* Проявляються локальним больовим синдромом, іноді ознаками кишкової непрохідності.

*Лікувальна тактика* передбачує ушивання грижі.

*Профілактика* полягає в евакуації газу з черевної порожнини до моменту виведення троакарів, виведення троакарів здійснюється за релаксації пацієнтки. Всі проколи після 10 мм троакарів повинні бути повноцінно зашиті.

***3.Віддалені*** післяопераційні ускладнення: термотравма сечоводів, сечового міхура, кишки

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

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

*Діагностика.* Травма плечового нервового сплетіння супроводжується болями та парестезіями в ділянці відповідного плеча та руки. Пошкодження зв’язок хребта проявляється больовим синдромом, парестезіями в ногах. Опіки діагностуються через добу після операції за результатами огляду ураженої поверхні, яка має контури границь пасивного електрода. Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок діагностується на підставі симптомів тромбозу (біль, набряк, гіперемія та ін.), які виникають через декілька діб після операції.

*Лікувальна тактика.* При легких формах уражень плечового нервового сплетіння, зв’язок хребта призначають симптоматичне лікування та здійснюють динамічне спостереження. За відсутності ефекту чи появі парестезій та інших симптомів пораження периферичної нервової системи необхідна консультація невропатолога. Тромботичні ускладнення потребують негайної консультації судинного хірурга та відповідної терапії.

***Анестезіологічні ускладнення***

При здійсненні анестезії можуть розвинутись ускладнення, які відносяться до групи анестезіологічних. Це ***алергічні реакції*** включно з анафілактичним шоком, та специфічі для кожного з видів застосовуваної анестезії ускладнення. Розвиток ускладнень може змусити припинити подальше проведення операції.

*Діагностика та лікування* анестезіологічних ускладнень здійснюється лікарем анестезіологом-реаніматологом.

**2.Гістероскопія**

**Гістероскопія -** це огляд стінок порожнини матки за допомогою ендоскопа з метою діагностики та проведення лікувальних хірургічних втручань при різних видах внутрішньоматкової патології.

***Показання для проведення гістероскопії в ургентному порядку:***

1. Мено- чи метрорагія.

2. Метрорагія після вагітності.

3. Народження субмукозної міоми.

4. Некроз субмукозної міоми.

***Показання для проведення гістероскопії в плановому порядку:***

1. Дисфункціональні маткові кровотечі.

2. Субмукозна міома матки.

3. Поліп ендометрія.

4. Гіперплазія ендометрія.

5. Підозра на рак ендометрія.

6. Внутрішньоматкові сінехії.

7. Аденоміоз.

8. Аномалії розвитку матки.

9. Чужорідні тіла у порожнині матки.

10. Неплідність, пов’язана з матковим фактором або проксимальною трубною оклюзією.

11. Підготовка до проведення допоміжних репродуктивних технологій.

12. Моніторинг ефективності лікування гіперпластичних процесів ендометрія.

13. Атипова гіперплазія (у спеціалізованих закладах).

***Протипоказання до проведення гістероскопії:***

1. Профузна маткова кровотеча.

2. Вагітність.

3. Гострі запальні захворювання жіночих статевих органів.

4. Інфекційні захворювання (грип, ангіна, пневмонія, пієлонефрит та ін.).

5. Рак шийки матки, інфільтративний рак ендометрія.

6. Цервікальний стеноз.

***Анестезіологічне забезпечення гістероскопій***

У разі проведення гістероскопії використовують внутрішньовенний наркоз. Припустиме використання ендотрахеального наркозу. В окремих випадках за умови наявності протипоказань до проведення наркозу можливе застосування парацервікальної анестезії.

***Передопераційне обстеження та підготовка*** проводиться за стандартними принципами згідно наказу МОЗ України № 620 від 29.12.2003 р.

***Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового ендохірургічного втручання (оперативна гістероскопія:***

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

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

1. Загальне фізикальне обстеження.
2. Група крові і резус-фактор.
3. Онкоцитологічне дослідження.
4. Бактеріоскопічне дослідження виділень із статевих шляхів, діагностика наявності папілома вірусу людини.

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

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

Обов`язкове морфологічне дослідження операційного матеріалу; інтраопераційно (за показаннями).

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

***Післяопераційне ведення хворих:***

1. Догляд у ранньому післяопераційному періоді.

2. Контроль виділень зі статевих шляхів.

3. Контроль гемодинаміки.

4. Контроль вмісту цукру у крові (при тривалих операціях).

5. Контроль відсутності симптомів подразнення очеревини.

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

## *Ускладнення гістероскопії: діагностика, лікування*

При проведенні гістероскопії спостерігаються наступні групи ускладнень:

1. Хірургічні ускладнення.

2. Ускладнення, пов’язані з засобами для розширення порожнини матки.

3. Ускладнення, зумовлені вимушеним тривалим положенням пацієнтки.

4. Анестезіологічні ускладнення.

***Хірургічні інтраопераційні ускладнення***

***1. Травматичні ушкодження шийки матки кульовими щипцями при здійсненні розширення цервікалього каналу.***

*Діагностика*. Цей вид ускладнення діагностується при огляді в дзеркалах.

*Лікувальна тактика.* Кровотеча, яка може супроводжувати розриви шийки матки, підлягає зупинці шляхом компресії, застосування електрокоагуляції, або накладання гемостатичних швів по закінченні операції.

*Профілактика.* Ощадливе поводження з тканинами

***2. Перфорація матки.***

*Діагностика*. Ознаками перфорації матки є:

а) проникнення інструментів (зонд, розширювач Гегара, гістероскоп, електрокоагулятора тощо) на глибину, що перевищує очікувану довжину порожнини матки;

б) відсутній відтік рідини із порожнини матки та недостатнє її розширення;

в) візуалізація петель кишечника або картини, яку складно інтерпретувати.

У разі хоріонкарциноми, інфільтративного раку ендометрія можливий розрив матки.

*Лікувальна тактика.* Зупинка операції. Оцінка тяжкості перфорації. В сумнівних випадках, коли не виключається можливість пошкодження органів черевної порожнини, показана діагностична лапароскопія, лапаротомія. Консервативне лікування (холод на низ живота, утеротонічні засоби, антибіотики) показане у випадках невеликих розмірів перфорації та впевненості у відсутності пошкоджень органів черевної порожнини, внутрішньої кровотечі або гематоми за умови динамічного спостереження. Хірургічне лікування тяжких форм перфорації матки або розриву матки з пошкодженням органів черевної порожнини потребує невідкладної лапаротомії.

*Профілактика:*

*а)* ощадливе поводження з тканинами;

б) візуальний контроль при введенні гістероскопа;

в) лапароскопічний контроль при гістероскопіях з підвищеним ризиком перфорації матки;

г) вдосконалення рівня оперативної техніки.

 ***3. Кровотеча.*** Головною причиною кровотечі, яка виникає безпосередньо під час оперативної гістероскопії, є пошкодження крупних судин при здійсненні резекції.

*Діагностика.* Внаслідок кровотечі виникають труднощі візуалізації. Важливо з’ясувати, чи разом з пошкодженням судин не сталася перфорація матки.

*Лікувальна тактика.* Спроба зупинки кровотечі коагуляцією. При відсутності ефекту – зупинка операції, введення в порожнину матки катетера Фолея та застосування утеротонічних засобів. У випадку продовження кровотечі здійснюють лапаротомію, перев’язку маткових судин або гістеректомію.

*Профілактика.* Раціональна оперативна техніка, спрямована на уникнення глибокої резекції міометрію в ділянці бокових стінок матки та перешийка.

***Хірургічні післяопераційні ускладнення.***

***1. Післяопераційні кровотечі***можуть виникати після резекції ендометрія або міоми матки зі значним інтерстиціальним компонентом, внаслідок відриву струпа після абляції ендометрія та, рідко, внаслідок травми шийки матки.

*Діагностика*. Для з’ясування джерела кровотечі здійснюється огляд в дзеркалах.

*Лікувальна тактика.* Утеротонічні засоби, антибіотики (за виключенням випадків кровотечі з шийки матки). Хірургічне лікування (інструментальна ревізія порожнини матки, повторна гістероскопія, гістеректомія) застосовується рідко.

*Профілактика*. Ефективна профілактика відсутня.

***2. Інфекційні ускладнення.*** Ендометрит, загострення хронічного сальпінгоофориту виникають при затяжних операціях, частих повторних введеннях та виведеннях гістероскопа.

*Діагностика*. Болі внизу живота, підвищення температури тіла, гнійні виділення зі статевих шляхів, які виникають найчастіше через 48-72 години після операції. Важливо з’ясувати, чи не є причиною ускладнення термічне пошкодження органів черевної порожнини.

*Лікувальна тактика.* Антибіотикотерапія, симптоматичне лікування. Хірургічне лікування потрібне в рідких випадках, здебільшого при формуванні тубооваріальних абсцесів, пельвеоперитоніту.

***3. Термічні пошкодження кишечника*** виникають при перфорації матки в ході гістерорезектоскопії, і рідко, при збереженій цілості стінки матки.

*Діагностика.* Через 1 – 5 діб після операції виникають біль в животі, підвищення температури тіла, лейкоцитоз, перитоніт.

*Лікувальна тактика.* При появі ознак перитоніту відразу, або після діагностичної лапароскопії, здійснюють лапаротомію з відповідним обсягом хірургічного втручання. За відсутності ознак перитоніту – медикаментозне лікування, динамічне спостереження в стаціонарних умовах.

*Профілактика*. Висока кваліфікація хірурга, здійснення експансивних оперативних втручань у 2-3 етапи.

***4. Внутрішньоматкові синехії*** формуються при експансивних гістероскопічних операціях з великою раневою поверхнею.

*Діагностика*. Клінічні прояви внутрішньоматкових синехій включають олігоменорею, маткову аменорею, безплідність. При формуванні замкнутих просторів або стенозі цервікального каналу виникає гематометра, яка супроводжується циклічними болями внизу живота.

*Лікувальна тактика*. У випадках безплідності, зумовленої внутрішньоматковими синехіями, здійснюють гістероскопічний синехіолізис. Для усунення гематометри проводять розширення цервікального каналу, іноді гістероскопію.

*Профілактика*. Введення в порожнину матки внутрішньоматкового контрацептива в якості протектора та призначення естрогенів. Проведення гістероскопічних міомектомій при розмірах міоми понад 3 см у два або три етапи. Проведення через 1,5-2 місяці після експансивних операцій контрольних гістероскопій, спрямованих на усунення внутрішньоматкових синеній.

***Ускладнення, пов’язані з засобами для розширення порожнини матки.***

***1. Ускладнення, пов’язані з використанням рідких засобів для розширення порожнини матки.*** Ця група ускладнень головним чином пов’язана з перегрузкою судинного русла рідиною, що супроводжується нудотою, гемодинамічними порушенями, ризиком розвитку набряку легень, серцевої недостатності, гемолізу. Ускладнення та особливості їх проявів залежать від виду та кількості використовуваної рідини.

*Діагностика* грунтується на результатах об’єктивного обстеження, вимірювання АТ, дослідження вмісту глюкози, натрію крові, коагулограми.

*Лікувальна тактика.* Перегрузка судинного русла рідиною передбачує застосування діуретичних та серцевих засобів, інгаляції кисню. При діагностуванні гемолізу здійснюють інфузійну терапію та контроль функції нирок та печінки. Гіпоглікемія у пацієнток з цукровим діабетом потребує внутрішньовенного введення глюкози під контролем вмісту глюкози крові. При набряку легень внаслідок респіраторного дістрес–синдрому та анафілактичному шоку вводять глюкокортикоїди, здійснюють інгаляцію кисню, при потребі переходять на штучну вентиляцію легень.

*Профілактика.* Підбір засобів для розширення порожнини матки відповідно до планованої операції. Контроль за використанням рідини, тривалістю операції. Застосування сучасних систем подачі рідини з можливістю автоматичного контролю тиску в порожнині матки на рівні не більше 75 мм.рт.ст. Застосування в ході операції утеротонічних засобів.

***2. Ускладнення, пов’язані з використанням СО2.*** Газова гістероскопія може ускладнитись серцевою аритмією внаслідок метаболічного ацидозу або газовою емболією. При попаданні в систему подачі рідини повітря гістероскопія може ускладнитись повітряною емболією.

*Діагностика.* Серцева аритмія діагностується інтраопераційно за даними пульсометрії. Газова емболія супроводжується різким падінням АТ, ціанозом, порушеннями дихання.

*Лікувальна тактика*. Зазначені ускладнення потребують невідкладної інтенсивної терапії за участю анестезіолога. Лікувальний заклад, де проводиться гістероскопія, повинен бути оснащений всім необхідним для проведення реанімаційних заходів.

*Профілактика*. Дотримання параметрів подачі газу та контроль тиску в порожнині матки в межах 50 мм.рт.ст. Недопускання попадання повітря в систему подачі рідини в порожнину матки.

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

Тривале вимушене положення пацієнтки на операційному столі може привести до тромбозу глибоких вен гомілок. Порушення техніки безпеки при роботі з монополярною електрохірургією можуть привести до опіків м’яких тканин.

*Діагностика.* Опіки діагностуються через добу після операції за результатами огляду ураженої поверхні, яка має контури границь пасивного електрода. Тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок діагностується на підставі симптомів тромбозу (біль, набряк, гіперемія та ін.), які виникають через декілька діб після операції.

*Лікувальна тактика.* Тромботичні ускладнення потребують негайної консультації судинного хірурга та відповідної терапії.

***Анестезіологічні ускладнення***

При здійсненні анестезії можуть розвинутись ускладнення, які відносяться до групи анестезіологічних. Це ***алергічні реакції*** включно з анафілактичним шоком, та специфічі для кожного з видів застосовуваної анестезії ускладнення. Розвиток ускладнень може змусити припинити подальше проведення операції.

*Діагностика та лікування* анестезіологічних ускладнень здійснюється лікарем анестезіологом-реаніматологом.

**Знеболювання*.***

Найкращі умови для проведення операції забезпечує ендотрахеальний наркоз із застосуванням м’язових релаксантів. При цьому доступ до пухлини не викликає труднощів, за станом життєвих функцій хворого стежить анестезіолог. Проте, незважаючи на всі переваги цього методу, не можна цілком відмовитися від інших методів знеболювання, у тому числі і від епідуральної і місцевої анестезії.

Для знеболювання слизових оболонок при виконанні малих операцій успішно застосовують 2-5% розчин дикаїну. При обробці дикаїном слизо­вої оболонки матки вираженого знеболюючого ефекту не спостерігається, оскільки відбувається зниження концентрації анестетика в результаті розведення його внутрішньоматковою рідиною. Застосування високої концентрації дикаїну є небезпечним для життя хворої із-за його токсичності. Отже, анестезія тіла матки за допомогою дикаїна не­достатньо ефективна.

Інфільтраційна місцева і провідникова анестезія. До останніх років про­типоказань до застосування місцевої інфільтраційної анестезії новокаїном практично не було. У зв’язку з появою повідомлень про випадки індивіду­альної підвищеної чутливості до лікарських речовин, у тому числі і до ново­каїну, перед його застосуванням збирають анамнез хворої, проводять провокаційну пробу, щоб виключити небезпеку роз­витку алергійної реакції на введення препарату.

Під інфільтраційною і провідниковою анестезією можна зробити практич­но будь-яку гінекологічну операцію, однак частіше її застосовують при піхво­вих операціях. Для інфільтраційної місцевої анестезії користуються 0,25% чи 0,5% розчином новокаїну. Анестезію варто проводити по можливості без­болісно. Для цього спочатку тонкою голкою вводять новокаїн внутрішньошкірно до утворення ”лимонної кірки“, далі голкою більшого діаметра вводять в глибокі тканини. При піхвовій операції починають ведення новокаїну в задню спайку губ, а в подальшому вводять анестетик в малі статеві губи, задню і бічні стінки піхви, а також у м’язи, що піднімають задній прохід; у тканинах розчин новокаїну по­ширюється у виді повзучого інфільтрату. Відсутність больової чутливості спо­стерігається в межах поширення інфільтрату. Тактильна чутливість при цьому зберігається, хвора відчуває дотики і тиск.

При ушиванні свіжих розривів тканин статевих органів досить проведен­ня інфільтраційної анестезії 0,25% розчином новокаїну для без­болісного накладення швів і відновлення цілості ушкоджених тканин. При давніх розривах промежини і піхви інфільтраційна анестезія новокаїном не тільки забезпечує можливість безболісного висічення дефектів, але і підвищує безпеку відсепарування рубцевих тканин від підлягаючих гострим чи тупим шляхом, особливо якщо новокаїн поєднується з лідазою.

Інфільтраційна анестезія піхви може бути доповнена пудендальною ане­стезією, при якій анестезуючий засіб вводять у сідничо-прямокишковий простір, де розгалужується n.pudendus. Довгою голкою проколюють шкіру посередині між сідничним бугром і заднім проходом, уводять 0,5% розчину новокаїну, потім голку просувають вглиб на 5-6 см та вводять 50-100 мл анестетика. Ефективність інфільтраційної анестезії підвищується і площа поширення інфільтрату збільшується, якщо до новокаїну додати 5-10 крапель 0,1% розчину адреналіну гідрохлориду (1:1000) і 0,1 г лідази. У цих випадках, особливо при провідниковій анестезії, концентрацію новокаїну збільшують, відповідно зменшуючи обсяг розчину, що витрачається.

При наявності гострих і підгострих запальних інфільтратів чи абсцесів застосування препаратів палуронідази (лідази) протипоказано, тому що, проникаючи в тканину, інфільтрат може розплавлятися, що ­веде до генералізації септичного процесу.

**Післяопераційне ведення хворих:**

1. Догляд у ранньому післяопераційному періоді: хвора на функційному ліжку, грілки до ніг. Міхур з льодом на 3-6 годин на живіт. Хвора без подушки, при спинно-мозковій анестезії – подушка під голову. В подальшому – положення Fowler. Контроль пульсу, АТ, дихання, спостереження за кольором обличчя, повязкою. Після піхвової екстирпації матки і екстирпації абдомінальним шляхом – звертають увагу на підкладні простині, прокладки у зовнішніх статевих органах. При наявності катетера у сечовому міхурі – контроль виділення сечі.
2. ЛФК. Дихальна гімнастика – 10 форсованих вдихів за годину. Ранній активний і пасивний рух гомілок і ступнів, сідати в ліжку в 1-й день, туалет обличчя, шиї, рук, порожнини рота.
3. Водний режим – через 3-4 години - пити по декілька ковтків води з лимоном, дегазованої мінеральної води. Особлива спрага при позаматковій вагітності. На другу добу – кефір, простокваша.
4. Інфузійна терапія (при операції втрата рідини до 2 л на добу): розчин хлористого натрію, Рінгер-Локка, 5% глюкози.
5. При післяопераційний болях (промедол, диклофенак натрію)
6. З початком 3-ої доби для боротьби з метеоризмом – стимуляція перистальтики кишківника (прозерін, церукал, гіпертонічна клізма з 10% NaCl 150-200мл, тепло на живіт). На 3-й день – очисна клізма.
7. Можливо введення корглікону, панангіну чи оротата калію, еуфіліну.
8. Для корекції порушень згортання крові: у хворих в віці до 50 років – реополіглюкін, гепарин по 5000 ОД через 6-8 годин під шкіру живота - 5-7 днів. У хворих старше 50 років – ацетилсаліцилова кислота, курантіл, індометацин, бинтування нижніх кінцівок, раннє вставання.
9. Контроль за станом швів: зміна повязки, обробка антисептиком. Шви знімають на 7 добу, з промежини – на 6-7 добу.

**ПРОФІЛАКТИКА ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ.**

Профілактика передбачає комплекс заходів, спрямованих:

1. На джерело інфекції: виявити інфіковану людину - ізолювати – вилікувати – та виписати із стаціонару здоровою та вільною від збудника. Проте, для ВІЛ-інфекції виявлення інфікованої особи та її ізоляція не мають запобіжного значення, перш за все тому, що сьогодні ще не існує ліків, здатних знищити ВІЛ, який міститься в організмі людини - можливо лише гальмування його розмноження та зменшення внаслідок цього кількості вірусів в крові та виділеннях (тому профілактичне лікування вагітних нині використовується для зниження ризику інфікування дитини від матері). Крім того, прихованої інфекції завжди набагато більше, ніж виявленої, а негативної діагностики не існує (тобто сьогодні медики можуть сказати, що людина є інфікованою, але в жодному випадку не можуть бути впевненими, що вона від ВІЛ вільна). Останнє унеможливлює виявлення усіх інфікованих, і тому ізоляція не має сенсу.

2. На сприйнятливі контингенти населення - підвищення їх опірності (імунітету) до збудників (звичайно це вакцинація, введення специфічних антитіл, профілактичне лікування тощо). З огляду на те, що вакцини, здатної запобігти зараженню людини ВІЛ, ще не створено, а антитіла не мають захисної сили, цей напрямок традиційної профілактики інфекційних хвороб для ВІЛ-інфекції виявляється непридатним.  З огляду на те, що профілактичне лікування має бути проведеним негайно (в перші часи та дні) після зараження, його застосовують лише у медичних працівників (коли мало місце травмування на робочому місці і попадання інфікованого матеріалу на пошкоджену шкіру або на слизові оболонки ока, рота) та у дітей при народженні їх від ВІЛ-позитивних матерів.

3. На шляхи та фактори передачі – виключення ризикованих ситуацій (або зменшення їх частоти) та знешкодження збудника в тому біологічному матеріалі, з яким він звичайно передається. Дезінфекція медичного обладнання та інструментарію, крові та виділень пацієнтів, санітарна обробка робочих поверхонь в лабораторіях, користування засобами індивідуального захисту (гумовими рукавички, захисними окулярами, масками) і одноразовими інструментами запобігають інфікуванню в медичних закладах. Безпечний секс та застосування кондомів перешкоджає зараженню ВІЛ статевим шляхом. А безкровний кесарів розтин, заміна грудного молока інфікованої матері донорським або штучне вигодовування немовлят знижують ризик вертикальної передачі збудника.

**V. План організації заняття**

|  |  |
| --- | --- |
| Організаційний момент | 2 % навчального часу |
| Мотивація теми | 3 % навчального часу |
| Контроль вихідного рівня знань | 20 % навчального часу |
| Самостійна робота студентів під контролем викладача | 35 % навчального часу |
| Контроль остаточного рівня знань | 30 % навчального часу |
| Оцінка знань студентів | 5 % навчального часу |
| Узагальнення викладача, завдання додому | 5 % навчального часу |

**VI. Основні етапи заняття**

1. *Підготовчий* — науково-методичне обгрунтування теми, контроль ба­зових та основних знань з теми заняття шляхом опитування за контрольними запитаннями.
2. *Основний* — вивчення техніки оперативних втручань в гінекологічній практиці (огляд тематичних хворих, обговорення історій хвороб і тактики надання допомоги хворим у відділенні оперативної гінекології, операційній, жіночій консультації). Робота у відділенні оперативної гінекології, операційній, анастезіології та реанімації. Види та техніка основних гінекологічних операцій. Викладач контролює і направляє самостійні дії студентів.

C. *Заключний* — контроль остаточного рівня знань за допомогою ситуаційних­ задач, оцінка знань, підсумки, завдання і план наступного практичного заняття.

**VII. Методичне забезпечення**

*Місце проведення заняття:* Учбова кімната, відділення оперативної гінекології, операційна, анастезіологія та реанімація.

*Обладнання:* таблиці, муляжі, діапозитиви, учбовий фільм, проектор, контрольні запитання, ситуаційні задачі.

**VIII. Контрольні запитання і завдання**

1. План обстеження хворої перед проведенням оперативного втручання.
2. Підготовка хворої до операції.
3. Техніка проведення операцій на маткових трубах.
4. Техніка проведення операцій на додатках.
5. Операція – надпіхвова ампутація матки.
6. Основні етапи операції – екстирпація матки.
7. Оперативні втручання за допомогою гістероскопа.
8. Лапороскопічні операції в гінекології.
9. Операції при опущенні та випадінні жіночих статевих органів.
10. Знеболення при гінекологічних операціях.

**XI. Завдання для самостійної роботи студепнтів:**

1. Основні гінекологічні операції.
2. Експертиза тимчасової втрати працездатності у разі гінекологічних захворювань.
3. Фізіотерапевтичне та санаторно-курортне лікування гінекологічних хворих.

**XII.Тестові завдання**

1. Хвора 55 років поступила для оперативного лікування з приводу підслизової міоми матки, кісти лівого яєчника. PV: шийка матки деформована, тіло матки збільшене як до 14 тиж вагітності, щільне, безболісне. Придатки ліворуч збільшені до 6×6 см, безболісні. Який оптимальний обсяг операції?

А. Надпіхвова ампутація матки без придатків.

В. Екстирпація матки з придатками.

С. Консервативна міомектомія.

D. Екстирпація матки за Вертгеймом.

Е. Екстирпація матки без придатків.

2. Під час операції у хворої 50 років виявлена папілярна кістома з проростанням капсули. Який найбільш доцільний обсяг оперативного втручання?

А. Екстирпація матки із придатками. Резекція сальника.

В. Надпіхвова ампутація матки із придатками.

С. Аднексектомія.

D. Видалення кістоми яєчника.

Е. Резекція яєчника в межах незміненої тканини.

3. Хвора на міому матки (вперше виявлену 4 роки тому), протягом спостереження розміри матки стабільні (відповідно до 8–9 тиж вагітності), звернулася зі скаргами на різкі болі внизу живота. При обстеженні – різко позитивні симптоми подразнення очеревини, високий лейкоцитоз. При піхвовому обстеженні: матка збільшена відповідно до 9 тиж вагітності за рахунок міоматозних вузлів, один із яких рухливий, різко болісний. Придатки не пальпуются. Виділення слизуваті, помірні. Яка тактика лікування?

А. Спостереження й спазмолітична терапія.

В. Термінове оперативне лікування (лапаротомія).

С. Фракційне діагностичне вишкрібання стінок порожнини матки.

D. Хірургічна лапароскопія.

Е. Спостереження й антибактеріальна терапія.

4. Хвора 37 років скаржиться на різкий біль внизу живота, слабкість, нудоту, блювання. При УЗД тиждень тому виявлена кіста правого яєчника. Об’єктивно: шкіра блідо-рожева, температура тіла 37,2°С, пульс 80 уд/хв, АТ 90/60 мм рт. ст. Язик вологий. Живіт різко болісний у нижніх - 128 - відділах. Симптом Щоткіна–Блюмберга негативний. Вправо й убік від матки визначається рухливе пухлинне утворення, різко болісне при пальпації. Склепіння безболісне. Діагноз: перекрут ніжки кісти правого яєчника. Першочергова дія?

А. Гормональна терапія.

В. Хірургічне лікування в плановому порядку.

С. Термінове хірургічне лікування.

D. Фізіотерапія.

5. Хвора 40 років, маса тіла 50 кг, температура 38 °С, ЧДР – 29 уд/хв. Поступила з діагнозом: перекрут кісти лівого яєчника, пневмонія. Операція ургентна. Який ступінь операційного ризику?

А. І.

В. ІІ.

С. ІІІ.

D. ІV.

Е. Е-ургент.

6. Хвора 20 років, взята до малої операційної для пункції заднього склепіння піхви. Який вид анестезії показаний?

А. Інгаляційний наркоз севофлураном.

В. Реґіонарна анестезія.

С. Внутрішньовенна анестезія кетаміном.

D. Внутрішньовенна анестезія з димедролом.

7. Хвора 50 років. АТ – 180/100 мм рт. ст, пульс – 82 уд/хв. Діагноз: міома матки, гіпертонічна хвороба ІІ ст., стадія 2. Операція: лапаротомія, екстирпація матки. Який вид знеболювання?

А. Інгаляційний ефіром.

В. Реґіонарна анестезія.

С. Внутрішньовенна анестезія кетаміном.

D. Внутрішньовенна анестезія сибазоном.

8. Хвора 30 років. Діагноз: порушена лівостороння трубна вагітність, внутрішньочеревна кровотеча. Гемоглобін – 70 г/л, еритроцити – 2,7×1012/л, гематокрит – 23 %, АТ – 90/60 мм рт. ст., пульс – 100 уд/хв. Які заходи анестезіолог повинен виконати першочергово?

А. Центральний венозний доступ (катетеризацю магістральних судин).

В. Інгаляцію кисню.

С. Початок операційного втручання протягом 1 год.

D. Катетеризацію периферичної вени.

9. Хвора 65 років. Діагноз: повне випадання внутрішніх статевих органів, декубітальна язва шийки матки. Планується операція: екстирпація матки через піхву, кольпорафія, кольпоперинеорафія. Який вид знеболення рекомендовано провести?

А. Місцеву анестезію.

В. Реґіонарну анестезію.

С. Багатокомпонентний внутрішньовенний наркоз.

D. Інгаляційне знеболювання севофлураном.

10. Екстирпацію матки проводять при:

А. Склерополікістозі яєчників з метою корекції менструальної та відновлення репродуктивної функцій жінки.

B. Лейоміомі матки.

C. Позаматковій вагітності,

D. Гнійних процесах у трубі.

**XIII.Ситуаційні задачі**

1. Хвора, 35 років, звернулася в жіночу консультацію зі скаргами на незначні кров'янисті виділення зі статевих шляхів, які з'явилися після затримки менструації на 3 тиж., біль унизу живота. Вагітностей до цього не було. 38 Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки бліді, ЧСС — 98 за 1 хв, AT — 100/60 мм рт. ст. Бімануально: матка дещо збільшена в розмірах, болюча при рухомості, праворуч пальпуються збільшені та різко болючі придатки, заднє склепіння випнуте, різко болюче. Встановіть ймовірний діагноз. Визначте тактику.

2. Жінка, 36 років, скаржиться на нетримання сечі при фізичному навантаженні. Із анамнезу: пологи — 2, під час перших — розрив промежини. Гінекологічний огляд: виявлено цистоцеле. Встановіть діагноз. Визначіть тактику.

3. Жінка, 32 років, поступила до гінекологічного відділення для медичного аборту. Оглянута гінекологом, термін вагітності 10 тиж. Із анамнезу: пологи — 2, аборти — 3. Під час операції кюретка проникла на глибину, значно більшу за довжину порожнини матки. Під час витягання кюретки захоплено петлі кишки. Встановіть ймовірний діагноз. Визначте тактику.

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

**Основна**

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров’я України». -2018.- 504 с.
2. Справочник семейного врача по акушерству и гинекологии. / Под редакцией проф. В.А. Бенюка. - Киев: «Доктор-медиа», 2012.- 622 с.
3. Браян А. Маґован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. В. Грищенко, М. Щербина, Б. Венцківський «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров’я України» - С.542.
7. V.I. Hryshchenko, M.O. Shcherbyna, B.M. Ventskivskyi et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
8. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

**Додаткова**

1. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
2. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
3. МОЗ України Наказ № 869 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Гіперплазія ендометрія"» від 05.05.2021
4. МОЗ України Наказ № 1730 «Ектопічна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 24.09.2022
5. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб.: Фолиант, 2010. – 542 с.
6. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015
7. DC Duttas textbook on gynecology, six edition/ New Dehli-London-Philadelphia, 2013
8. Кравченко О.В, Карлійчук Є.С., Ясинська С.М. Акушерство і гінекологія. Obstetrics and Gynecology: (Educational manual). - Чернівці: БДМУ, 2012.
9. Жаркіх А.В. Гострий живіт в акушерстві і гінекології: навчальний посібник. / А.В. Жаркіх, В.О. Залізняк, С.П. Онопченко, О.В. Кабаченко. - Запоріжжя: Просвіта, 2010. – 132 с.
10. Сирбу І.Ф. Невідкладна хірургія захворювань і пошкоджень органів черевної порожнини, малого тазу та заочеревинного простору : навчальний посібник / І.Ф. Сирбу, В.В. Ганжий, І.Ю. Ганжий, В.О. Залізняк, А.В. Жарких. – Запоріжжя : - ОАО «Мотор Січ», 2010. - 161 с.
11. Наказ від 25.08.2018 № 676 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. Наказ від 26.04.2022 № 692 «Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»».
12. Наказ МОЗ України від 23.07.2018 № КНп 2018-133 «[Клінічна настанова з профілактики ВІЛ-інфекції, діагностики, лікування та догляду для ключових груп населення](https://www.dec.gov.ua/?ZG93bmxvYWQ=d3AtY29udGVudC91cGxvYWRzLzIwMTkvMTEvMjAxOF8wN19rbl9wcm9mdmlsLnBkZg==)».
13. Наказ МОЗ України, вересень 2017 № КНп 2017-125 «Клінічна настанова з [медикаментозної профілактики інфікування ВІЛ](https://www.dec.gov.ua/?ZG93bmxvYWQ=d3AtY29udGVudC91cGxvYWRzLzIwMjEvMDEvYWtuX3BrcC5wZGY=)».
14. Наказ МОЗ України, вересень 2017 № КНп 2017-127 «Клінічна настанова з [послуг з тестування на ВІЛ](https://www.dec.gov.ua/?ZG93bmxvYWQ=d3AtY29udGVudC91cGxvYWRzLzIwMjEvMDEvYWtuX3B0Yi5wZGY=)».
15. Наказ МОЗ України, вересень 2017 № КНп 2017-124 «Клінічна настанова з профілактики, діагностики та лікування опортуністичних інфекцій та супутніх хвороб у ВІЛ-інфікованих осіб».
16. Наказ МОЗ України від 17.08.2018 № КНп 2018-134 «Клінічна настанова з [ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків](https://www.dec.gov.ua/?ZG93bmxvYWQ=d3AtY29udGVudC91cGxvYWRzLzIwMTkvMTEvMjAxOF8xMF8xOV9rbl92aWxfLnBkZg==)».
17. Наказ МОЗ України від 05.02.2021 № 189 «Про затвердження Стандартів охорони здоров ̓я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції».
18. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1292 «Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції».
19. Наказ від 26.04.2022 № 692 «Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»».
20. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології».