**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 «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 VІ КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2**

**ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

**Затверджено**

На методичній нараді кафедри

акушерства і гінекології №3

протокол № 1 від 30.08.2023 р.

**Завідувач кафедри**

**акушерства і гінекології №3,**

**д.мед.н., професор Бенюк В.О.**

**КИЇВ 2023-2024**

**УДК 618 (072)**

***Методична вказівка для студентів VІ курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян 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 № 1 від 30.08.2023 року**

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

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

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

**Протокол № \_\_ від \_\_.\_\_.20\_\_ року**

**Тема.** **Підготовка та післяопераційне ведення гінекологічних хворих при ургентних та планових оперативних втручаннях. Профілактика ВІЛ-інфікування.**

**I. Науково-методичне обґрунтування теми.**

Важливу роль в результаті оперативного втручання відіграє підготовка та ведення післяопераційного періоду, тобто час, що проходить від початку операції до одужання жінки.

Будь-яке оперативне втручання є своєрідним стресом, який визначається станом жінки до операції, видом, характером останньої (тривалість, травматичність), ступенем знеболювання, що наступним обумовлює перебіг післяопераційного періоду, наявність його ускладнень.

 Незважаючи на досягнення медицини за останні роки, інфекційні захворювання серед жінок продовжують залишатися однією з серйозних медичних і соціальних проблем. Тому профілактика ВІЛ - інфекції залишається актуальною в практиці лікаря сімейної медицини/жіночої консультації та стаціонару.

**II. Навчально-виховні цілі**

**Знати:** методи передопераційної підготовки, тактику післяопераційного ведення гінекологічних хворих при ургентних та планових оперативних втручаннях, особливості післяопераційного догляду за лапаротомічних, лапароскопічних і піхвових операцій, види післяопераційних ускладнень, основні завдання по веденню післяопераційного періоду, методи профілактики та лікування зазначених ускладнень, методи профілактики ВІЛ інфекції.

**Вміти:** провести передопераційну підготовку хворих при трансабдомінальних і піхвових операціях, діагностувати ускладнення в ранньому та пізньому післяопераційному періоді, провести лікувально - профілактичні заходи в післяопераційному періоді, провести профілактику ВІЛ-інфекції.

**III. Вихідні та базові знання**

**АНАТОМІЯ:** Анатомічні особливості жіночих статевих органів, зв'язковий апарат матки, кровообіг матки і придатків,

**НОРМАЛЬНА ФІЗІОЛОГІЯ:** Фізіологічні зміни в організмі жінки з урахуванням віку

**ГІСТОЛОГІЯ:** Гістологічна структура жіночих статевих органів у репродуктивному та менопаузальному періодах.

**ІМУНОЛОГІЯ**: Види імунітету. Т – хелпери і Т – кілери. Лабораторні критерії для постановки діагнозу ВІЛ-інфекції.

**IV. Зміст навчального матеріалу**

Гінекологічна операція – найважливіший етап у лікуванні хворих. Однак, для того, щоб ефект операції був максимальним, необхідні відповідна передопераційна підготовка і кваліфіковане лікування в післяопераційному періоді. Таким чином, основними етапами лікування хворий у відділенні гінекології є:

• Передопераційна підготовка,

• Хірургічна операція,

• Лікування у післяопераційному періоді.

**Передопераційна підготовка гінекологічних хворих.**

Основне завдання передопераційної підготовки - максимальне зменшення ускладнень у зв'язку з майбутньою операцією. Метою передопераційної підготовки є зниження ризику розвитку інтра - і післяопераційних ускладнень.

Передопераційний період починається з моменту надходження в клініку/постановки діагнозу і триває до початку операції.

Весь передопераційний період поділяють на 2 етапи:

• Період діагностики;

• Період передопераційної підготовки, яка складається з

загальної підготовки хворої і спеціальної підготовки, яка залежить від особливостей захворювання.

Лікувально - профілактичний комплекс у цьому періоді зводяться до наступних заходів:

1) Вивчення загального стану хворої;

2) Виявлення супутніх захворювань;

3) Виявлення та лікування функціональної неповноцінності органів і систем даної хворої;

4) Встановлення протипоказань до операції;

5) Психо - профілактична підготовка до майбутньої операції;

6) Вибір раціонального методу знеболювання.

**Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового оперативного втручання (лапаротомічні, вагінальні гінекологічні операції, операційна гістероскопія, лапароскопія):**

1. Група крові і Rh-фактор.

2. Дослідження крові на сифіліс; ВІЛ.

3. Загальний аналіз крові з формулою.

4. Загальний аналіз сечі.

5. Цукор крові.

6. Біохімічні аналізи крові (білірубін, креатинін, електроліти, коагулограма).

7. Бактеріоскопічне дослідження виділень з піхви і цервікального каналу.

8. Кольпоскопія.

9. Онкоцитологічене дослідження або результат патогістологічного дослідження.

10. УЗД органів малого тазу.

**Протипоказання до операції** зазвичай залежать від наявності супутніх захворювань і ускладнень інших систем. Найбільш часто такими захворюваннями є важкі ураження серцево - судинної системи, хвороби печінки, нирок та інших органів і систем, різко порушують загальний стан хворої. Питання про планових операціях вирішується при консультації з іншими фахівцями.

Додаткові обстеження проводиться тоді, коли у пацієнта є від норми результатів досліджень.

В результаті проведених досліджень виявляються супутні захворювання, які в тій чи іншій мірі можуть служити протипоказаннями до виконання операцій:

Абсолютні протипоказання:

• Геморагічний шок при продовжувалося кровотечі;

• Гострий інфаркт міокарда;

• Гострий інсульт.

Відносні протипоказання:

• Серцево - судинна система: ГХ, ІХС, серцева недостатність, аритмії;

• Дихальна система: бронхіальна астма, хронічний бронхіт, дихальна недостатність;

• Нирки: хронічний пієлонефрит або гломерулонефрит, хронічна ниркова недостатність;

• Печінка: гепатити і цирози, печінкова недостатність;

• Діабет, ожиріння, анемія, лейкоз.

Разом з тим слід зазначити, що розвиток оперативної гінекології, анестезіології, реаніматології, призвело до того, що оперативне втручання використовують все частіше і з урахуванням стану хворої.

При виборі часу для операції враховується фаза менструального циклу ( не рекомендується оперувати під час менструації та в передменструальний період).

Виділяють 3 основних види передопераційної підготовки :

• Психологічна,

• Загальносоматична,

• Спеціальна.

При підготовці до операції слід особливо виділити передопераційну підготовку хворих для виробництва планових та екстрених операцій.

Сучасна оперативна гінекологія передбачає оперативні втручання як класичними методами, так і ендоскопічними технологіями малоінвазивних методів. Вибір оперативного лікування залежить від складності захворювання і максимального лікувального ефекту.

Увага лікаря акцентується на малоінвазивних та органозбережних операціях (Гістероскопія, гістерорезектоскопія).

**Види хірургічних втручань у гінекології:**

* Гістероскопія, гістерорезектоскопія;
* Лапароскопічні/ лапаротомічні .Видалення придатків матки ( тубєктомія, аднекєктомія);
* Лапароскопічні/ лапаротомічні . Видалення матки
* І**. Радикальне хірургічне лікування:**
* А) тотальна гістеректомія (екстирпація матки з придатками/без): • лапароскопічна; • трансвагінальна; • лапаротомія.
* Б) субтотальная гістеректомія (надпіхвова ампутація матки з придатками/без): \* лапароскопічна; \* трансвагінальна • \* лапаротомія.

ІІ, **Органозберігаючі операції** (Консервативне хірургічне лікування): а) лапароскопічна міомектомія; б) гістерорезектоскопічна міомектомія; в) лапаротомія з міомектомією; г) емболізація маткових артерій.

***По терміновості операції поділяють на планові і ургентні***.

При плановому характері операцій у стаціонарі проводять ретельне обстеження хворої. Особливу увагу звертають на стан дихальних шляхів, серцево-судинної системи, кишкового тракту, сечових органів і залоз внутрішньої секції. При необхідності проводять додаткові дослідження, включаючи УЗД.

Перед плановою операцією напередодні хвора повинна прийняти душ або вимитися у ванні, змінити натільну білизну; крім цього здійснюється зміна постільної білизни. Для профілактики аспірації перед плановою операцією хворий пояснюють, щоб вона з ранку не їла і не пила, а напередодні могла вечеряти в 17-18 годин. При звичайній передопераційної підготовки шлунково – кишкового тракту, очисна клізма робиться напередодні ввечері. Перед операцією проводиться катетеризація сечового міхура.

**Ургентні операції бувають:**

• Невідкладними, відмова від якої загрожує летальним результатом або розвитком вкрай важких ускладнень,

• Терміновими,

• Відстрочені, які проводять через якийсь час для профілактики ускладнень, не загрожують життю.

При екстрених операціях, проведених з приводу порушеної позаматкової вагітності, перекрута ніжки кісти яєчника, розрив пухлини яєчника, передопераційна підготовка хворої зводиться до санітарної обробки та промивання шлунка за допомогою товстого шлункового зонда. Хворим, що надходять у важкому стані, промивання шлунка не проводиться; в шлунок вводиться зонд на час наркозу для профілактики блювання і регургітації.

Підготовка хворих до піхвової операції полягає в проведенні особливого комплексу профілактичних і лікувальний заходів (санація піхви, медикаментозне лікування пролежнів шийки матки, нормалізація функції кишківника).Операції можливі тільки при I і II ступенях піхвової чистоти.

Хворим з постгеморагічної анемії слід провести гемостимулювальну терапію, з урахуванням корекції показників згортаючої системи.

У жінок з ожирінням, захворюваннями серцево - судинної системи, хворим старше 40 років проводиться профілактика тромбозів і емболій антикоагулянтами (фраксипарин, ксарелта) під контролем протромбінового індексу і тромбоеластограми.

Розвиток анестезіології не протиставляє методи загального і місцевого знеболювання, а передбачає їх поєднання і вибір способу анестезії в залежності від стану оперується, характеру захворювання та виду хірургічного втручання. Застосовують як методи регіональної анестезії (епідуральна, спинномозкова анестезія (класифікатор МОЗ України, наказ №67, HD6 12-13)) так і загальний наркоз (киснево - закисна + нейролептаналгезія (фентаніл 1,0 мл; тиопетал 1 фл. за 05г або 1,0 г в/в).

Планові і екстрені операції поділяються бальною шкалою в залежності від ступеня ризику операції і наркозу.

Ступінь ризику операції, що визначається за станом хворої, обсягу і характеру хірургічного втручання у гінекологічної хворої є важливим показником, що дозволяє анестезіологу правильно оцінити передопераційну підготовку і метод анестезії, прогнозувати можливі ускладнення. В Україні використовують модифіковану класифікацію, прийняту Американським товариством анестезіологів – ASA. Щорічно ASA розробляє стандарти, клінічні рекомендації практичні керівництва.

**Фізичний статус пацієнтів за класифікацією ASA (Американського товариства анестезіологів) (2014 р.) – оцінка стану пацієнтки перед хірургічним втручанням визначається за 5 класів фізичного статусу (від 15.10.2014 р.):**

ASA I – здорова пацієнтка,

ASA II – пацієнтка з легким системним захворюванням (ожиріння (> 30 ІМТ < 40), компенсований цукровий діабет, контрольована артеріальна гіпертензія, легкі захворювання дихальної системи).

ASA III - пацієнт із важким системним захворюванням. Приклади включають в себе (але не обмежуються ними: погано контрольована артеріальна гіпертензія або субкомпенсований цукровий діабет, ХОЗЛ, алкогольна залежність або зловживання алкоголем, помірне зниження фракції серцевого викиду, ішемічна хвороба серця).

ASA IV - пацієнт із важким системним захворюванням, яке являє собою постійну загрозу для життя. Приклади включають в себе (але не обмежуються ними): різке зниження фракції викиду, сепсис, ДВЗ – синдром, гостра або хронічна ниркова недостатня, ішемічна хвороба серця.

ASAV – помирає пацієнт. Операція за життєвими показаннями. Приклади включають в себе (але не обмежуються ними): перервана позаматкова вагітність за типом розриву труби, важка політравма, при вираженої супутньої кардіальної патології.

ASA VI – Констатували смерть мозку.

Додавання літери «Е» означає нагальність хірургічного втручання. Надзвичайна ситуація визначається як існуюча, коли затримка в лікуванні пацієнта призведе до значного збільшення загрози для життя. Наприклад: ASA ІЕ, ІІ-Е, ІІІ-Е, ІVЕ. Клас ASA Y, як правило, завжди ASA V Е. Клас ASA VI Е не існує.

У Великобританії стан хворої оцінюється **за шкалою ASA та шкалою CEPOD**. Останні дозволяють розглянути втручання з точки зору загального ризику з урахуванням характеру (терміновості) операції.

**Шкала CEPOD**

Клас (ступінь) **1 – Планові** (втручання планується на час, який влаштовує як хірурга, так і пацієнта).

Клас (ступінь) **2 - Відстрочені** (втручання протягом 24 годин). Відстрочені внаслідок передопераційної підготовки втручань.

Клас (ступінь) **3 - Строкові** (втручання повинно бути виконано в період від 1 до 32 тижнів). Перевагу віддають раннім втручань, хоча деяка відстрочка не представляє загрози для життя.

Клас (ступінь) **4 - Екстрені втручання**

Необхідно почати операцію протягом 1 години. Проведення інтенсивної терапії/реанімації здійснюється одночасно з початком втручання.

В історії хвороби передопераційний епікриз відображає ступінь готовності пацієнта до операції і якість проведеної передопераційної підготовки.

**Передопераційний епікриз включає в себе наступні розділи:**

• Обґрунтування клінічного діагнозу

• Показання та протипоказання до операції,

• План операції,

• Вид знеболювання,

• Ступінь ризику операції і наркозу,

• Згоду хворий на операцію.

II. Післяопераційне ведення гінекологічних хворих.

Післяопераційний період починається відразу ж після закінчення операції і закінчується одужанням хворого.

Він ділиться на 3 частини:

• Ранній – 3-5 діб;

• Пізній – 2-3 тижні;

• Віддалений (реабілітації) – зазвичай від 3 тижнів до 2-3 місяців.

Основними завданнями ведення післяопераційного періоду є:

1) Профілактика і лікування можливих післяопераційних ускладнень (парезу кишечника, пневмоній, шоку, тромбозів, пролежнів);

2) Нормалізація функцій органів і систем хворих;

3) Прискорення процесів регенерації;

4) Реабілітація хворих

Ведення раннього післяопераційного періоду.

Ранній післяопераційний період – це час, коли на організм хворого насамперед впливають операційна травма, наслідки наркозу і вимушене положення.

Ранній післяопераційний період:

А) неускладнений;

Б) ускладнений.

При неускладненому перебігу післяопераційного періоду реактивні зміни, що виникають в організмі, зазвичай виражені помірно і тривають протягом 2-3 днів. При цьому відзначається лихоманка до 37,0-37,5°С, спостерігається гальмування ЦНС, може бути помірний лейкоцитоз і анемія.

Терапія при неускладненому післяопераційному періоді полягає в наступному:

• Боротьба з болем,

• Правильне положення в ліжку (Положення Фовлера – припіднятий головний кінець),

• Носіння бандажа,

• Попередження та лікування дихальної недостатності,

• Корекція водно-електролітного обміну,

• Збалансоване харчування,

• Контроль функції видільної системи.

Так, відразу після операції:

А) Після операції через 30 хв і ще через 30 хв, через 1 годину і через кілька годин особливо уважно необхідно перевірити, чи немає кровотечі.

Велику небезпеку становлять вторинні кровотечі, що виникають:

1) при зісковзуванні лігатури з судин,

2) з нелігованних судин, які не кровоточили під час операції при гострої крововтрати чи шоку,

3) з кровоносних судин, зруйнованих гнійно - септичним процесом,

4) дифузна паренхіматозна кровотеча з дрібних судин рани або порушення згортання крові (Транексамова кислота 250 мг, Гемотран 50мг,100мг; губка гемостатична 0,8 г на 1 фл.).

Б) Вимірювання артеріального тиску і ЧСС, гематокрит дозволяють виключити внутрішня кровотеча;

В) Знеболюючі засоби протягом перших діб (промедол, морфін; аналгін 2 мл, в/м; димедрол 1,0 мл в/м та в/в; кейвер 1 мл – 25 мг, болісно; L – лізин есцинат 5 мл в/в; налбук 1,0 мл в/м або в/в).

Г) Лікарські препарати можна вводити перорально, поки не почне працювати кишечник, а можна робити тільки внутрішньовенне введення ліків - після абдомінальних операцій парез кишечника зазвичай триває 2-3 дні, і за цей час в просвіті кишечника збирається велика кількість рідини. По мірі відновлення функції кишечника ця рідина помірно розсмоктується. Перистальтика і нормальний апетит відновлюється приблизно на 5 - й день після операції. З-за втрати маси тіла, необхідно стежити за водним та електролітним балансом.

У перші 2-3 дні рідину вводять тільки внутрішньовенно. Зазвичай вводять 2,5 л рідини.

Важливо виміряти центральний венозний тиск, який відображає загальний об'єм циркулюючої крові. При високому центральному венозному тиску і навіть низькому артеріальному тиску введення рідини викличе серцеву недостатність.

Таким чином, враховуючи величину крововтрати під час операції, незалежно від корекції гемодинаміки (корглікон 1,0 мл в/в), у післяопераційному періоді необхідно проводити інфузійну терапію, спрямовану на корекцію гіповолемії, ацидозу, центральної і периферичної гемодинаміки, порушень електролітного балансу, лікування ДВЗ синдрому (свіжозаморожена плазма, антитромбін III, інгібітори протеолізу (контрикал, гордокя, тразилол), кріопреципітат плазми, людський рекомбінантний VLia фактор (Новосевен), тромбоконцентрат (при зниженні тромбоцитів менше 50\*109). Без жорстких показань не використовують препарати, які викликають тромбоцитопенію або порушують функцію тромбоцитів (гепарин, реополіглюкін, дипіридамол, напівсинтетичні пеніциліни).

Також як під час операції, так і відразу після операції необхідно стежити за діурезом ( трифас 4,0 мл в/в). При порушенні сечовипускання в першу добу допустима катетеризація сечового міхура.

Для профілактики післяопераційної нудоти та блювоти (Ондансетрон 2 мл в/м або в/в на 0,9% розчині натрію хлориду або шляхом інфузії, Метоклопрамід 1,0 мл в/м або в/в повільно).

Слід також враховувати особливості післяопераційного періоду в залежності від доступу в черевну порожнину (лапароскопічного, лапаротомічного), виду операцій (трансабдомінальної або вагінальної).

 В післяопераційному періоді особлива увага приділяється нормалізації функції органів і систем, профілактики та лікування можливих післяопераційних ускладнень.

Основні ускладнення раннього післяопераційного періоду.

I. Ускладнення з боку рани:

• Кровотечі,

• Розвиток ранової інфекції,

• Розбіжність швів (евентерація).

II. Ускладнення з боку нервової системи: у ранньому післяопераційному періоді є біль, шок, порушення сну і психіки.

III. Ускладнення з боку серцево – судинної системи можуть настати первинно, в результаті слабкості серцевої діяльності, і вдруге, в результаті розвитку шоку, анемії, вираженій інтоксикації.

Важливим є питання про профілактику тромбоемболічних ускладнень:

• Рання активізація хворих, активне ведення їх в післяопераційному періоді,

• Вплив на можливе джерело (наприклад, лікування тромбофлебіту),

• Забезпечення стабільної гемодинаміки ( контроль АТ, пульсу),

• Корекція водно-електролітного балансу з тенденцією до гемодилюції (гідрокарбонат натрію в/в 4% 200,0 - 400,0 мл), натрію лактат,

• Використання дезагреганти та інших засобів, що поліпшують реологічні властивості крові (реополигюкин, трентал, неотон).

• Застосування антикоагулянтів прямої (гепарин, фраксипарин, фленокс, стрептокінази) і непрямої дії ( синкумар, пелентан, экскузан, фенілін, дикумарин, неодикумарин),

• Бинтування нижніх кінцівок у хворих з варикозним розширенням вен.

IV. Післяопераційні ускладнення з боку органів дихання - післяопераційний бронхіт і пневмонія (аспіраційна, гіпостатична), ателектази, плеврити.

Найбільш тяжким є – розвиток гострої дихальної недостатності, пов'язаної з наслідками наркозу.

Головними заходами з профілактики та лікування ускладнень з боку органів дихання є:

\* рання активізація хворих,

\* адекватне положення в ліжку з піднятим головним кінцем (положення Фовлера),

\* дихальна гімнастика,

\* боротьба з гіповентиляцією легенів і поліпшення дренажної функції трахеобронхіального дерева (інгаляції зволоженим киснем, масаж, фізіотерапія),

\* розрідження мокротиння, застосування відхаркувальних засобів, бронхолітиків (еуфілін 2,4% - 10,0 мл в/в), зниження бронхо- і ларингоспазму (атропін 1,0 мл п/к, в/м, в/в).

\* призначення антибіотиків (Цефтріаксон 0,5 г або 1 г; Цефотаксим 0,5 г або 1 г; Цефазолін 0,5 г або 1 г).

V. Ускладнення з боку черевної порожнини (післяопераційний перитоніт, злукова кишкова непрохідність, парез шлунково – кишкового тракту. Особливу увагу заслуговує складність диференційної діагностики при кишкової непрохідності, ускладненої септичним станом.

Принципи профілактики і боротьби з парезом після операції:

• Рання активізація хворих з носінням бандажа,

• Раціональний режим харчування,

• Адекватне дренування шлунка,

• Введення газовідвідної трубки,

• Стимуляція моторики шлунково – кишкового тракту ( прозерин 0,05% - 1,0 мл п/к; платифілін 1,0 мл п/к; 40-60 мл гіпертонічного розчину болюсно; церукал 2,0 мл в/м; метоклопрамід 1,0 мл; очисна або гіпертонічна клізма ( нормокол);

• Перидуральна або епідуральна блокада;

• Гіпербарична оксігенація (ГБО) – терапія.

VI. Ускладнення зі сторони сечовидільної системи(пієлонефрит, цистит, уретрит)

VII. Пролежні – це асептичний некроз шкіри і глибше розміщених тканин внаслідок порушень мікроциркуляції в результаті їх тривалого стиснення.

У пізньому післяопераційному періоді:

1. Злукова хвороба,

2. Хвороби рубців (келоїдні рубці, виразки),

3. Післяопераційні грижі.

н) порушення водно - електролітного обміну (гіпокаліємія).

Тактика лікаря залежить від форми післяопераційного ускладнення.

Ускладнення можуть виникати і в інших системах. Основним завданням в післяопераційному періоді є своєчасне виявлення та лікування.

Таким чином активне ведення хворого після операції, нормалізація різних сторін обміну, повноцінне поповнення енергетичних витрат організму, вітамінотерапія є найважливішими умовами сприятливого перебігу післяопераційного періоду.

Серед причин, які можуть впливати на стан хворого безсумнівно слід віднести ВІЛ - інфекцію.

**ВІЛ-інфекція** – захворювання, викликане антропонозним вірусом імунодефіциту людини без клінічних проявів. ВІЛ – це РНК містить ретровірус з роду лентивірусів. Особливість вірусу – це здатність синтезувати на основі власної РНК необхідну для розмноження вірусу ДНК за допомогою зворотної транскриптази (ревертази). ВІЛ передається від людини до людини на всіх стадіях захворювання. Заражена людина залишається джерелом інфекції довічно.

Вірус вражає клітини імунної системи, що мають на своїй поверхні рецептори CD4: Т - лімфоцити, моноцити, макрофаги, клітини Лангерганса, дендритні клітини, клітини мікроглії. Синдром набутого імунодефіциту є термінальною стадією ВІЛ-інфекції і розвивається у більшості хворих при падінні числа CD4+Т-лімфоцитів крові нижче 200 клітин/мл (норма CD4+Т-лімфоцитів 1200 клітин/мл). Середня кількість CD4(CD4+Т-лімфоцитів, CD4+Т-клітин або Т4) для ВІЛ - негативного людини 600 - 1600 клітин/мл, але у деяких людей цей рівень може бути нижче або вище.

СНІД – IV стадія хронічної ВІЛ-інфекції, захворювання, яке обумовлено вираженим порушенням Т – клітинного імунітету і викликане вірусом імунодефіциту людини I та II типу, що приводить до загибелі від опуртуністичних (вторинних) захворювань. Згідно з Центру по контролю захворюваності(USA) СНІД – наявність антитіл до вірусу імунодефіциту людини з кількістю CD4+лімфоцитів менше 200 в 1 мкл наявністю хоча б одного СНІД індикаторного захворювання (рак шийки матки, простий герпес з виразками, цитомегаловірусна інфекція, кандидоз стравоходу, трахеї, бронхів, легенів, пневмоцистна пневмонія, токсоплазмоз мозку, саркома Капоші, туберкульоз легенів або позалегеневої та ін).

**Закономірність поширення ВІЛ:**

1. Стадія – невидиме поширення,

2. Стадія ранньої стигмації,

3. Стадія – масова зміна поведінки,

4. Стадія – економічний ефект.

Поширення ВІЛ в Україні триває більше 30 років. 1-й випадок стався в 1987 р. Україна займає 1 місце в Європі за кількістю ВІЛ – інфікованої молоді віком від 15 – 24 років. 2 місце – Португалія. У зв'язку з цим важливе місце займає профілактика поширення інфекції.

У 1991 р. Україна перша серед незалежних держав пострадянського простору прийняла «Закон про профілактику захворювання на СНІД та соціального захисту ВІЛ-інфікованих». З 1998 р. діє нова редакція цього Закону.

Загальні положення Закону визначають ВІЛ-інфекцію, як захворювання, викликане вірусом імунодефіциту людини;

• ВІЛ-інфіковані люди без клінічних проявів ВІЛ-інфекції(носіїв ВІЛ та хворих на СНІД).

• СНІД (синдром набутого імунодефіциту людини) як кінцева стадія ВІЛ-інфекція.

Розроблені і виконуються Накази МОЗ України, Національна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД.

Відповідно до Клінічної класифікації ВІЛ-інфекції у дорослих (ВООЗ,2006)

шифр МКХ 10:

Z21 – безсимптомне носійство ВІЛ

B24 – захворювання, обумовлене ВІЛ, неуточнений

R75 - лабораторне виявлення антитіл до ВІЛ

B20 – хвороба, зумовлена ВІЛ, яка супроводжується інфекційними та паразитарними захворюваннями.

B22 - хвороба, зумовлена ВІЛ, яка супроводжується іншими уточненими хворобами.

Специфічна імунопрофілактика не розроблена, проте показано, що можливе створення вакцини, що захищає від ВІЛ/СНІД. Кандидати – вакцини та моноклональні антитіла знаходяться на стадіях клінічних досліджень.

Профілактика ВІЛ-інфекції:

I. Інформування (включення уроку в курс 9-12 класу; проект «Прості правила проти СНІД»; проведення різного роду заходів, спрямованих на формування відповідального ставлення до своїх вчинків).

II. Медичні профілактичні заходи (1. Обстеження донорів крові, осіб з груп ризику; 2. Обстеження на антитіла до ВІЛ всіх вагітних;3. Контроль дітонародження у інфікованих жінок і відмова від грудного вигодовування дітей; 4. Пропаганда безпечного сексу (тобто використання презервативів).

III. Профілактика інфікування в медичних установ

1.Розробка профілактичних заходів, спрямованих на молодь, яка піддається ризику початку (ініціації) вживання ін'єкційних наркотиків, або тих, які вживає їх не систематично. Слід проводити в рамках програми включення модуля «основи здоров'я» в навчальну програму національної середньої школи, ( національні заходи у відповідь на епідемію ВІЛ/Сніду шляхом інформації та послуг: проекту «Санрайз», програми «Зміна поведінки через комуникацию» ), міжнародних програм і фондів, наприклад, «ЮНІСЕФ» та ін.

2.Соціальний маркетинг та розповсюдження презервативів серед молоді, включаючи безкоштовний їх цільовий розподіл, поширення серед громадських організацій, а також медичних закладів та аптек. При цьому, ВІЛ-інфіковані жінки повинні бути забезпечені контрацептивами безкоштовно, так як це є обов'язковою складовою клінічного ведення хворих, які отримують ВААРТ(Ставудин,(Ламівудин+Зимдовудин – Комбивир),Невірапін.

3.Поширення інформації з первинної профілактики серед жінок, які штучно перервали вагітність і спостерігаються у сімейного лікаря/жіночої консультації.

4. Використання засобів масової інформації з метою залучення уваги громадськості до проблеми ВІЛ/СНІДу та способам передачі, а також пропаганда зміни відносини, особливо по відношенню до стигму.

5.Психосоціальна підтримка сім'ї.

6.Інтеграція послуг з первинної профілактики та репродуктивного здоров'я(включаючи центри планування сім'ї, тестування та лікування ВІЛ – інфекції та післяпологове спостереження).

7.Допологове тестування на ВІЛ повинно бути добровільним і здійснюється без примусу. Всі пологові будинки повинні мати можливість провести експрес-тестування.

8. Вагітні ВІЛ-інфіковані жінки, які потребують АРТ, починають отримувати ВААРТ під час вагітності. Схема першого ряду включає комбінацію: ZDV+3TC+NVP (для жінок з числом CD4 нижче 250 клітин/мм3), яка призначається з 28-го тижня вагітності і триває після пологів, знаходяться під постійним наглядом Центру Сніду (вимірювання кількості СD4 проводиться проточним цитометром).

9. Найбільшу небезпеку розповсюдження ВІЛ є кров. Медичні працівники використовують, відповідно до робочої інструкції, засоби захисту (кольчужні рукавички, захисні окуляри). Крім того, необхідно дотримувати всі запобіжні заходи, передбачені при роботі з хворими на вірусний гепатит С. Якщо все ж стався контакт слизової оболонки або пошкодженої шкіри з біологічною рідиною, потенційно містить ВІЛ, слід негайно (бажано в перші три години) почати курс постконтактної профілактики антиретровірусними препаратами (комбівир), що дозволяє в кілька разів знизити ймовірність інфікування. При лікуванні хворих з ВІЛ – інфекцією необхідно застосовувати інструментарій і шприци тільки одноразового використання. При забрудненні предметів побуту, постільних речей, навколишнього середовища виділеннями хворого необхідно проводити обробку дезинфікуючими засобами (0,2%-ний розчин гіпохлориту натрію, етиловий спирт). При дотриманні елементарних правил обережності спілкування з хворими є повністю безпечним.

1. АРВ – профілактика. Проводять АРВ – профілактику в перші години після контакту (обов'язково в перші 72 години).

Призначають комбіновану терапію трьома препаратами курсом на 4 тижні:

1.Перші два препарати: зидовудин+ламівудин:

А) Зидовудин 300мг всередину 2 рази на день плюс

Б) Ламівудин 150 мг всередину 2 рази на день.

2. Третій препарат:

А) Нельфінавир 750 мг всередину 3 рази на день або

Б) Нелфінавір 1250 мг всередину 2 рази на день або

В) Лопінавір/ритонавір 400/100 мг всередину 2 рази на день або

Г) Саквінавір/ритонавір 1000/100 мг всередину 2 рази на день або

Перед призначенням терапії необхідно провести лабораторні дослідження з метою визначення наявності/відсутності протипоказань до АРВ – препаратів та визначення вихідних даних лабораторних показників для подальшої оцінки побічних ефектів лікування. Право проведення медичного обстеження на ВІЛ – інфекцію мають лабораторії, акредитовані у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.

Соціальний захист медичних працівників:

• Зараження ВІЛ-інфекцією належить до професійних захворювань.

• Хворі працівники мають право на:

- щорічне безоплатне одержання путівок для санаторно – курортного лікування;

- щорічна відпустка тривалістю 56 днів;

-першочергове поліпшення житлових умов у порядку, встановленому законодавством України.

**V. План організації заняття**

Організаційний момент 2 % навчального часу

Мотивація теми 3% навчального часу

Контроль вихідного рівня знань 20% навчального часу

Самостійна робота студента 35% навчального часу

Контроль остаточного рівня знань 20% навчального часу

Оцінка знань студентів 15% навчального часу

Узагальнення викладача, завдання на дом 5% навчального часу

**VI. Основні етапи заняття**

А. *Підготовчий* - мотивація теми, контроль вихідного рівня базових знань шляхом відповідей кожного студента на запитання з цієї теми, розподіл завдань для самостійної роботи.

Б*. Основний* - самостійна робота студентів під контролем викладача. Заняття проводиться в учбовій кімнаті. Студенти з низьким вихідним рівнем знань вивчають навчальну літературу та навчальні посібники. Решта студентів, розподілених на групи по 2-3 людини, самостійно працюють на гінекологічному фантоми під контролем викладача, в залежності від виду операції. Після цього студенти з викладачем переходять в операційний зал або у відділення гінекології (в залежності від наявності відповідних гінекологічних хворих), виконують передопераційну підготовку хворих в залежності від виду і характеру операції, складають план ведення хворої.

В. *Заключний* - контроль засвоєння матеріалу шляхом вирішення ситуаційних завдань, усних звітів студентів про виконану роботу, проведення диференційного діагнозу, узагальнення, оцінка роботи кожного студента, домашнє завдання.

**VII. Методичне забезпечення**

**Місце проведення заняття:**

* Навчальна кімната,
* Оглядовий кабінет гінекологічного відділення
* Відділення гінекології
* Операційний зал

**Оснащення:**

таблиці, малюнки та інструменти для гінекологічного обстеження, операційний матеріал.

**VIII. Контрольні запитання та завдання**

1. Задачі передопераційного періоду?

1. Методи передопераційної підготовки гінекологічних хворих?

2. Стандартне обстеження гінекологічних хворих для планового оперативного втручання?

3. Основні види передопераційної підготовки?

4. Які є види операцій?

5. Види ургентних операцій?

6. Фізичний статус пацієнтів за класифікацією ASA?

7. Стан хворої за шкалою CEPOD?

8. Що включає в себе передопераційний епікриз?

9. Поняття післяопераційного періоду?

10. Класифікація післяопераційного періоду?

11. Основні завдання післяопераційного періоду?

12. У чому полягає терапія при неускладненому післяопераційному періоді?

13. Профілактика тромбоемболічних ускладнень?

14.Ускладнення з боку серцево – судинної системи в післяопераційному періоді?

15. Ускладнення з боку органів дихання в післяопераційному періоді та їх профілактика?

16. Ускладнення з боку шлунково – кишкового тракту в післяопераційному періоді, профілактика, лікування?

17. Ускладнення з боку органів сечовиділення у післяопераційному періоді?

18. Пролежні: причини, профілактика, лікування?

19. Принципи профілактики і боротьби з парезом після операції

20. Ускладнення в пізньому післяопераційному періоді?

21. СНІД - етіологія, патогенез?

22. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекцією в Україні?

23. Консультування ВІЛ-позитивних вагітних?

24. Профілактика ВІЛ -інфікування?

25. Планування сім'ї у ВІЛ-інфікованих жінок?

**ІХ. Тестовий контроль.**

1. Хвора 29 років, скаржиться на різкі болі внизу живота. Болі виникли раптово. Остання менструація була 10 днів тому, прийшла в строк. Пологів - 2, абортів - 2. Півроку тому була виявлена пухлина яєчника. Пульс - 100 ударів за хвилину, ритмічний, частота дихання 22 за хвилину. Язик сухий, не обкладений. Живіт роздутий, напружений, різко болючий, особливо зліва. Тіло матки чітко не визначається через напругу передньої черевної стінки. Придатки справа не визначаються. В області лівих придатків пальпується пухлина туго еластичної консистенції, обмежено рухома, не болюча. Параметрії вільні. Діагноз?

А. Перекрут ніжки пухлини яєчника

В. Порушена позаматкова вагітність

C. Апоплексія яєчника

D. Розрив кісти яєчника

E. Перекрут ніжки субсерозного міоматозного вузла

2. Хвора 36 років скаржиться на болі внизу живота зліва, які виникли раптово. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшено до 12-13 тижнів вагітності, обмежено рухоме, нерівній поверхні. Один з вузлів зліва біля дна різко болючий. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення серозні. Аналіз крові: Гемоглобін - 120 г/л. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Некроз фіброматозного вузла

B. Спонтанний розрив вагітної матки

C. Хоріонепітеліома

D. Порушена вагітності в інтерстиціальному відділі труби

E. Перекрут ніжки кісти яєчника

3. Хвора 48 років скаржиться на рясні менструації. Пологів - 1, абортів - 5. За останні 2 років до гінеколога не зверталася. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшено до 14 - 15 тижнів вагітності, нерівній поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення кров'янисті. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Лейоміома матки

B. Саркома тіла матки

C. Маточна вагітність

D. Хоріонепітеліома

E. Рак ендометрія

4. Хвора 36 років скаржиться на біль внизу живота. Менструації рясні. Остання менструація 10 днів тому. Пологів - 3, абортів - 1. За останні 4 роки до гінеколога она не зверталася. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшено до 14 – 15 тижнів вагітності, нерівній поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Субмукозна лейоміома матки

B. Саркома тіла матки

C. Маточна вагітність

D. Субсерозна лейоміома матки

E. Рак ендометрія

5. Хвора 48 років, звернулася зі скаргами на те, що за останні 8 - 9 місяців менструації дуже рясні, призводять до анемізації, порушуючи працездатність. Протягом 2 років спостерігається у гінеколога з приводу лейоміоми матки. Об'єктивно: шийка матки циліндрична, чиста, цервікальний канал закритий. Тіло матки збільшено до 9 - 10 тижнів вагітності, щільне, рухоме, безболісне. Придатки з обох боків не визначаються. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Виділення слизові. Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Субмукозна лейоміома матки

B. Рак ендометрія

C. Субcерозна лейоміома матки

D. Ендометріоз тіла матки

E. Лейоміома матки і вагітність.

6. Хвора 36 років скаржиться на переймоподібні болі внизу живота, слабкість, відчуття серцебиття. За останні 2 роки менструації стали більш рясними, тривалими. Остання менструація почалася 2 дні тому. Об'єктивно: шкіра і слизові оболонки бліді, пульс - 88 уд/хв. Живіт м'який, безболісний. Гінекологічний статус: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, канал вільно пропускає 2 пальця. У цервікальному каналі визначається пухлина розміром 3x6 см, щільної консистенції. Тіло матки збільшене до 7 - 8 тижнів вагітності, гладкої поверхні, рухоме, безболісне. Придатки не визначаються, область їх безболісна. Параметрії вільні. Склепіння глибокі. Який діагноз?

А. Лейоматозний вузол, що народжується

B. Ендофітний рак шийки матки

C. Хоріонепітеліома, метастаз в шийку матки

D. Аборт в ходу

E. Екзофітний рак шийки матки

7. В гінекологічне відділення звернулась жінка 25 років зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,60С, біль внизу живота, дизуричні розлади. Захворіла 3 добу тому, коли вищезгадані скарги з'явилися після штучного аборту. При гінекологічному огляді: шийка матки циліндрична, вічко закрите. Тіло матки дещо збільшене, болісно, м'яке. Придатки матки не пальпуються. Виділення гнійно-кров'янисті. В аналізі крові спостерігається лейкоцитоз зі зсувом формули крові вліво, підвищення ШОЕ. Який діагноз найбільш вірогідний?

А. Гострий метроендометрит

B. Гострий ендоцервіцит

C. Гострий сальпінгоофорит

D. Гострий цистит

E. Піосальпинкс.

8. Жінка 47-ми років скаржиться на кров'янисті виділення з піхви протягом 2-х тижнів, які з'явилися після затримки менструації на 3 місяці. Менархе з 13-ти років. Менструації останній рік нерегулярні. У крові: Нb - 90 г/л, ер.- 2,0\*1012/л, лейкоцитоз - 5,6\*109/л. При піхвовому дослідженні: матка нормальних розмірів, придатки не пальпуються. Який діагноз найвірогідніше?

А. Аномальна маточна кровотеча

B. Поліп ендометрію

C. Порушення згортання крові

D. Рак ендометрію

E. Неповний аборт

9. В гінекологічне відділення поступила хвора 35 років зі скаргами на кров'янисті виділення після статевого акту. При дослідженні в дзеркалах: на шийці матки навколо зовнішнього зіву дефект епітелію. Матка, придатки і параметрії без патологічних змін. При гістологічному дослідженні біоптату шийки матки виявлено рак in situ. Який вид лікування слід вибрати ?

А. Електроексцизія шийки матки

B. Лазерна вапоризація шийки матки

C. Променева терапія

D. Аргоноплазменна коагуляція шийки матки

E. Розширена екстирпація матки з придатками

10. Хвора 27 років скаржиться на біль переймоподібного характеру внизу живота, який періодично посилюється, кров'янисті виділення із статевих органів. Місячні регулярні. Остання менструація 6 тижнів тому. Загальний стан незадовільний. АТ 90/60 мм рт. ст., пульс 100 уд/хв, ритмічний. Живіт напружений, болючий. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. При піхвовому дослідженні: матка дещо збільшена, болюча при зміщенні, придатки чітко не визначаються через напруження м'язів передньої черевної стінки, заднє склепіння провисле, болюче. Виділення кров'янисті. Який діагноз найбільш вірогідний?

А. Порушена позаматкова вагітність

B. Розрив піосальпинкса

C. Розрив кісти яєчника

D. Некроз лейоматозного вузла

E. Апоплексія яєчника

**Х. Ситуаційні задачі.**

**Завдання №1**. Жінка 32 років звернулася до лікаря зі скаргами на рясні і тривалі менструації, загальну слабкість, запаморочення. Вищеперелічені скарги турбують протягом 6 місяців, Шкіра і видимі слизові оболонки бліді. При піхвовому дослідженні виявлено: матка збільшена у розмірах як до 9-10 тижнів вагітності, правильної форми, безболісна, рухома, придатки з обох сторін не пальпуються, інфільтратів у малому тазу немає, склепіння вільні. Встановлений діагноз: лейоміома матки, постгеморагічна анемія. Яка тактика ведення хворої?

**Завдання №2.** Жінка, 26 років, скаржиться на затримку менструації на 3 тижні, відчуття нудоти зранку. Тест на вагітність позитивний Раніше менструальний цикл був регулярним. В анамнезі вагітностей не було. При обстеженні встановлено: слизова шийки матки і піхви ціанотична, тіло матки м'якої консистенції, кілька збільшену в розмірах. Зліва пальпується пухлинне утворення, болюче при пальпації. Проведено УЗД органів малого тазу - ембріона в порожнині матки не виявлено. Поставте діагноз і складіть план ведення хворої ?

**Завдання №3**. Жінка 45 років пред'являє скарги на періодичні болі і відчуття тяжкості внизу живота, субфебрильну температуру. Менструації нормальні. В анамнезі 2 пологів. АТ 120/70 мм. рт.ст., Пульс - 76/хв. - 76 ударів в хвилину, задовільних властивостей. Піхвове дослідження: матка не збільшена, щільна, безболісна. Праворуч від матки пальпується пухлина придатків матки, щільної еластичної консистенції, розміром 10х8 см. При зміщенні вона малорухлива, чутлива до пальпації. Слизові виділення. Найбільш ймовірний діагноз?

**РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА**

**Основна**

1. Алгоритми в акушерствіі гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров’я України». -2018.- 504 с.
2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. -Київ: «Здоров’я Украіни», 2019.-198 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 2. Гінекологія. 3-є видання.. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.
5. Алгоритми в акушерствіі гінекології. Навчальний посібник(под ред. БенюкаВ.О.). Співавтори: ДиндарО.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров’я України» - С.542.
6. Акушерський фантом: посібник українською мовою (за ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Усевич І.А., Диндар О.А., Ковалюк Т.В., Самойлова М.В.- К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С.191.
7. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (EditedbyV. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: T. Kovaliuk, M.Samoilova – К., 2018 - «Бібліотека «Здоров’я України», С. 190.
8. 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.
9. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
10. 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 первинно медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
3. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
4. МОЗ України Наказ № 692 «Клінічна настанова, заснована на доказах «профілактика передачі віл від матері до дитини» від 26.04.2022
5. EAU. Guidelines of chronic pelvic pain. 2014. 132 p.
6. Стюарт Г. Ралстон Ян, Д. Пенман, Марк В.Дж. Стрекен, Річард П. Гобсон «Медицина за Девідсоном: принципи і практика», 23-є видання: у 3 томах. Том 3. ВСВ «Медицина», 2021, 664 с.
7. International evidence based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. Monash University, MelbourneAustralia 2018:198 p.
8. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015
9. DC Duttas textbook on gynecology, six edition/ New Dehli-London-Philadelphia, 2013
10. Кравченко О.В, Карлійчук Є.С., Ясинська С.М. Акушерство і гінекологія.Obstetrics and Gynecology: (Educational manual). - Чернівці: БДМУ, 2012.