

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

**НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

ЗАТВЕРДЖЕНО

Рішення вченої ради ІПО

Протокол 49.01.26 № 5

Голова вченої ради ІПО

Т.А. Вежновець

(підпис, МП)

**НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН ТА ПРОГРАМА
ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ**

«Воркшоп з хірургічного лікування цервікальної недостатності»

ТРИВАЛІСТЬ ЦИКЛУ – 1 ТИЖДЕНЬ (39 ГОДИН)

**Кафедра госпітального акушерства і гінекології
та післядипломної освіти**

Київ 2026

РЕЦЕНЗЕНТИ:

а) Громова Антоніна Макарівна

доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України,
професор, завідувач кафедри акушерства і гінекології №1 ПДМУ

б) Бенюк Василь Олексійович

доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри факультетського
акушерства і гінекології, НМУ імені О.О. Богомольця

Навчальна програма та план циклу тематичного удосконалення
«Воркшоп з хірургічного лікування цервікальної недостатності» розглянуті
постійно діючою навчально-методичною комісією вченої ради Інституту
післядипломної освіти НМУ імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ:

Протокол від Всі члени 2026 р № 5.

СКЛАД РОБОЧОЇ ГРУПИ

- **Говсєєв Дмитро Олександрович**

д. мед. н., професор, завідувач кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Берестовий Владислав Олегович**

PhD, доцент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Берестовий Олег Олександрович**

д.мед.н., асистент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Громова Олександра Леонідівна**

д. мед. н., асистент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Мартінова Лілія Іванівна**

к. мед. н., доцент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Мартич Андрій Миколайович**

асистент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

- **Прощенко Ольга Миколаївна**

д.мед.н., доцент кафедри госпітального акушерства і гінекології та післядипломної освіти НМУ імені О.О.Богомольця

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Навчальна програма циклу тематичного удосконалення «Воркшоп з хірургічного лікування цервікальної недостатності» призначена для підвищення кваліфікації спеціалістів лікарів акушерів-гінекологів, лікарів-гінекологів дитячого та підліткового віку.

Цикл проводиться відповідно до «Положення про організацію та здійснення освітньої діяльності на післядипломному рівні в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця» з урахуванням засад Постанов Кабінету Міністрів України від 14.07.21 р № 725 «Про затвердження Положення про систему БПР медичних і фармацевтичних працівників» та від 29 вересня 2023 р. № 1036 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 14 липня 2021 р. № 725»; наказів Міністерства охорони здоров'я України від 25.07.2023 № 1347 «Про затвердження Переліку циклів спеціалізації та тематичного удосконалення за лікарськими та фармацевтичними спеціальностями» (зі змінами), від 16 квітня 2025 № 650 «Про затвердження Порядку проведення атестації працівників сфери охорони здоров'я та внесення змін до деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України», від 22.07.1993 № 166 «Про подальше удосконалення системи післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку лікарів та фармацевтів (провізорів)» (зі змінами).

Мета циклу — освоєння сучасних та нових методів вирішення професійних завдань, формування і закріплення на практиці професійних знань, умінь і навичок, отриманих в результаті теоретичної підготовки, вивчення світового досвіду, формування організаторських навичок для виконання обов'язків на займаній або на більш високій посаді та ґрунтовне опанування сучасних і новаторських хірургічних підходів до лікування цервікальної недостатності — важливого чинника передчасного переривання вагітності. Програма передбачає поглиблення знань про етіологію та ранню діагностику цього стану, вивчення світового досвіду профілактики та клінічного ведення, а також засвоєння техніки трансвагінального цервікального серкляжу, а також огляд лапароскопічного й робот-асистованого трансабдомінального накладання шва. Слухачі вивчать принципи раціонального вибору оперативного методу залежно від анамнезу, терміну гестації та супутніх ускладнень, формують навички перед- та післяопераційного менеджменту, включно з антенатальною профілактикою інфекцій, медикаментозною підтримкою міометрія та моніторингом довжини шийки.

Цикл тематичного удосконалення «Воркшоп з хірургічного лікування цервікальної недостатності» спрямований на освоєння сучасних та інноваційних підходів у сфері лікування патології шийки матки. Окрему увагу приділено інноваційним інструментам діагностики: ультразвуковій цервікометрії, еластографії, МРТ і сучасним лабораторним маркерам ремоделювання колагену та запальних процесів, а також портативним апаратним засобам, що дозволяють оцінювати стан шийки матки в амбулаторних умовах.

Проте курс не обмежується суто хірургічними аспектами: він охоплює питання модифікації способу життя жінок з історією невиношування, рекомендації щодо фізичної активності, харчування та сексуального режиму, а також методики психологічної підтримки й групової терапії, спрямовані на зниження тривожності та підвищення прихильності до лікування. Завдяки комплексному підходу, що поєднує теоретичні засади, практичні навички та міждисциплінарну взаємодію, слухачі набувають упевненості у виборі та виконанні оптимального хірургічного втручання, забезпечують безпечне ведення пацієнток протягом усієї вагітності та створюють підґрунтя для народження здорової дитини.

У навчальному плані циклу зазначено контингент слухачів, тривалість їх навчання, розподіл годин, відведених на вивчення тем навчальної програми. У разі необхідності, враховуючи базовий рівень знань слухачів, кафедра може вносити корективи та доповнення до навчальних годин, які регламентовані навчальними планами, в межах 15 % від загального обсягу часу.

Навчальний план та програма циклу тематичного удосконалення доповнені переліком практичних навичок, списком рекомендованих літературних джерел.

Для виконання цієї програми під час навчання передбачено такі види навчальних занять: лекції, практичні заняття, різні види семінарських занять, а також самостійну роботу слухачів.

Перед початком циклу здійснюється контроль рівня знань особи у формі тестування.

Для визначення рівня засвоєння програми циклу передбачено підсумковий іспит, який складається з:

- тестування;
- оцінки практичних навичок в симуляційних умовах (в симуляційних центрах, на манекенах тощо), якщо програма навчання передбачала вдосконалення або набуття практичних навичок;
- вирішення клінічних завдань.

Слухачам, які виконали програму та успішно склали іспит, видається сертифікат про проходження циклу встановленого зразка.

НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН

ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

«Воркшоп з хірургічного лікування цервікальної недостатності»

Тривалість навчання: 1 тиждень (39 годин)

Контингент: лікарі-акушери-гінекологи, лікарі-гінекологи дитячого та підліткового віку (відповідно до Наказів МОЗ України від 25 липня 2023р № 1347, від 23 січня 2024 року № 112 та від 16.04.2025 № 650).

Код	Назва теми	Кількість навчальних годин				
		Лекції	Семін. заняття	Практ. заняття	Самост. робота*	Разом
1	2	3	4	5	6	7
1	Вступ до невиношування вагітності					
1.1	Визначення й частота: - ранні (< 12 тиж.), пізні (12–21 тиж. + 6 дн.), передчасні пологи (22–36 тиж.).		1			1
1.2	Класифікація абортів за клінічним перебігом: - загрозовий, в ходу, неповний, повний, затриманий, септичний викидень.			1		1
1.3	Основні етіологічні групи: - генетичні, анатомічні (цервікальна недостатність тощо), ендокринні, інфекційні, імунні, тромбофілії.			1		1
1.4	Звичне невиношування: - первинне / вторинне, ідіопатичне, установлені причини.			1		1
1.5	Модифіковані фактори ризику - паління, алкоголь, ожиріння, стрес, шкідливі умови праці.			1		1
1.6	Клінічні маркери загрози: - кров'янисті виділення, біль; - динаміка β -ХГЛ, рівень прогестерону.			1		1

1.7	Роль шийки матки: - цервікальна недостатність як ключовий чинник пізніх втрат.			1		1
2	Шийка матки як об'єкт цервікальної недостатності					
2.1	Будова шийки матки: - мікро- та макроанатомія строми, ендо- й ектоцервіксу; - кровопостачання, іннервація, лимфовідтік.			0,5		0,5
2.2	Фізіологічне ремоделювання під час гестації: - фазова зміна колагену I/III та глікозаміногліканів; - гормональна регуляція (прогестерон, релаксин, естрогени).			0,5		0,5
2.3	Патогенез цервікальної недостатності: - уроджені та набуті чинники; - роль інфекцій, травматичних ушкоджень та генетичних варіантів.			0,5		0,5
2.4	Клініко-діагностичні критерії ЦН: - порівняння дефініцій ACOG, FIGO, RCOG; - гестаційні строки «критичного» укорочення.			0,5		0,5
2.5	Порівняння методів профілактики цервікальної недостатності та пізнього невиношування					
2.5.1	трансвагінальний серкляж — показання, техніка, рівень доказової ефективності;			0,5		0,5
2.5.2	акушерський пессарій — типи, механізм підтримки шийки, клінічні результати;			0,5		0,5
2.5.3	вагінальний прогестерон — дози, режими введення, профілактична користь;			0,5		0,5

2.5.4	комбіновані стратегії (серкляж / пессарій + прогестерон) — критерії доцільності;			0,5		0,5
2.5.5	алгоритм вибору методу залежно від довжини шийки, анамнезу втрат і ресурсної доступності;			0,5		0,5
2.5.6	ускладнення та побічні ефекти кожного підходу.			0,5		0,5
2.6	Показання та протипоказання до трансвагінального шва: - абдомінальний або трансвагінальний серкляж у різних клінічних сценаріях; - абсолютні, відносні, екстрені показання.			0,5		0,5
2.7	Етичні та юридичні аспекти інтервенції: - інформована згода, консультування подружніх пар.			0,5		0,5
3	Інструментальна діагностика та передопераційна підготовка пацієнток з ІЦН					
3.1	Трансвагінальна цервікометрія: - техніка вимірювання; критерії якості зображення; - інтерпретація кривих довжини шийки (MoM-підхід).	1				1
3.2	Еластографія та інші методи оцінки «жорсткості» строми: - strain- та shear-wave еластографія; - клінічна валідність і порівняння з цервікометрією.		1			1
3.3	Лабораторні біомаркери: - фібрoneктин, інсулін-подібний фактор росту зв'язування-1; - матриксні металопротеїнази, цитокіни запалення.			1		1
3.4	Стандартизований передопераційний check-list			1		1

	- антибіотикопрофілактика, токоліз, - тромбопрофілактика; - вибір анестезії — спінальна, епідуральна, загальна.					
3.5	Психоемоційна підготовка пацієнтки: - техніки зниження тривожності; - алгоритм комунікації у разі невідкладних рішень.			1		1
4	Техніка корекції ІЦН метдом трансвагінального серкляжу (McDonald у модифікації).					
4.1	Порівняльна анатомія доступів при хірургічному лікуванні: - позиціонування пацієнтки (літолітичне, положення Тренделенбурга); - огляд шийки, валідація відсутності підтікання.			1		1
4.2	Крок-за-кроком техніка накладання за McDonald у модифікації: - вибір місця входу/виходу голки; - типи вузлів, стратегія їх розташування; - вибір шовного матеріалу.			1		1
4.3	Профілактика та менеджмент інтраопераційних ускладнень: - кровотеча з цервікальних гілок; - випадковий розтин амніотичних оболонок; - пошкодження сечового міхура, уретри; - пошкодження стінок піхви.			1		1
4.4	Розбір можливих помилок при накладанні шва.			0,5		0,5
4.5	Післяопераційне ведення, довгостроковий моніторинг, ускладнення після хірургічної корекції ІЦН.			0,5		0,5

4.6	Алгоритм раннього післяопераційного спостереження - динаміка болю, контроль температури, ознаки інфекції; - критерії виписки з денного стаціонару.			0,5		0,5
4.7	Фармакологічний супровід: - роль прогестерону (вагінального, ретард-форм); - антибактеріальна та антифунгіційна профілактика; - протокол антирезус-імуноглобуліну (за показаннями).			0,5		0,5
4.8	Середньо- та пізньогестаційний моніторинг: - інтервали повторної цервікометрії; - індикатори необхідності дострокового зняття шва, повторного накладання шва.			0,5		0,5
4.9	Ускладнення та їх менеджмент: - передчасне вилиття навколоплідних вод; - інфікований серкляж, лікувальна антибіотикотерапія;			0,5		0,5
4.10	Модифікація способу життя: - рівні фізичної активності (ACOG guidelines); - нутрицевтична підтримка колагенового матриксу; - сексуальний режим і психотерапія.			0,5		0,5
4.11	Критичний аналіз клінічного випадку: - аудит власного досвіду слухачів; - розбір літературного «case of the week».		0,5			0,5

5	Практичний модуль — симуляційний тренінг на манекені					
5.1	Огляд симуляційної платформи: - характеристики манекена; - набір інструментів, шовний матеріали.			2		2
5.2	McDonald-техніка у модифікації - повний цикл від обробки поля до зав'язування; - таймінг і точність прошивання; - менеджмент ускладнень.			4	1	5
5.3	Оцінка навичок за OSATS-чек- листом: - технічні вміння, ергономіка, асептика; - вербальний супровід та командна комунікація			4	1	5
5.4	Дебрифінг та план розвитку: - індивідуальний фідбек; - рекомендації щодо подальшого розвитку.			1		1
	Іспит	1				
	Всього	1	2,5	33,5	2	39

*4 години - для двотижневого циклу;

*2 години — для однотижневого циклу

Примітка: у навчальних планах та програмах циклів тематичного удосконалення для науково-педагогічних працівників не менше 20 % навчальних годин передбачено на удосконалення раніше набутих та/або набуття нових компетентностей у межах освітньої діяльності, інноваційних технологій викладання.

НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА

ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ

«Воркшоп з хірургічного лікування цервікальної недостатності.»

Тривалість навчання: 1 тиждень (39 годин)

Код		Назва теми, елемент
Тема	Елемент	
1	2	3
01		Анатомо-фізіологічні основи та показання до трансвагінального серкляжу
	1.1	Будова шийки матки: - мікро- та макроанатомія строми, ендо- й ектоцервіксу; - кровопостачання, іннервація, лимфовідтік.
	1.2	Фізіологічне ремоделювання під час гестації: - фазова зміна колагену I/III та глікозаміногліканів; - гормональна регуляція (прогестерон, релаксин, естрогени).
	1.3	Патогенез цервікальної недостатності: - уроджені та набуті чинники; - роль інфекцій, травматичних ушкоджень та генетичних варіантів.
	1.4	Клініко-діагностичні критерії ЦН: - порівняння дефініцій ACOG, FIGO, RCOG; - гестаційні строки «критичного» укорочення.
	1.5	Показання та протипоказання до трансвагінального шва: - абдомінальний vs трансвагінальний серкляж у різних клінічних сценаріях; - абсолютні, відносні, екстрені показання.
	1.6	Етичні та юридичні аспекти інтервенції: - інформована згода, консультування подружніх пар.
2		Інструментальна діагностика та передопераційна підготовка пацієнток з ЦН
	2.1	Трансвагінальна цервікометрія: - техніка вимірювання; критерії якості зображення; - інтерпретація кривих довжини шийки (MoM-підхід).
	2.2	Еластографія та інші методи оцінки «жорсткості» строми: - strain- та shear-wave еластографія; - клінічна валідність і порівняння з цервікометрією.
	2.3	Лабораторні біомаркери: - фібрoneктин, інсулін-подібний фактор росту зв'язування-1; - матриксні металопротеїнази, цитокіни запалення.

	2.4	Стандартизований передопераційний check-list • антибіотикопрофілактика, токоліз, тромбопрофілактика; • вибір анестезії — спінальна, епідуральна, загальна.
	2.5	Психоемоційна підготовка пацієнтки: - техніки зниження тривожності; - алгоритм комунікації у разі невідкладних рішень.
3		Техніка корекції ІЦН метдом трансвагінального серкляжу (McDonald у модифікації).
	3.1	Порівняльна анатомія доступів при хірургічному лікуванні: - позиціонування пацієнтки (літолітичне, положення Тренделенбурга); - огляд шийки, валідація відсутності підтікання.
	3.2	Крок-за-кроком техніка накладання за McDonald у модифікації: - вибір місця входу/виходу голки; - типи вузлів, стратегія їх розташування; - вибір шовного матеріалу.
	3.3	Профілактика та менеджмент інтраопераційних ускладнень: - кровотеча з цервікальних гілок; - випадковий розтин амніотичних оболонок; - пошкодження сечового міхура, уретри; - пошкодження стінок піхви.
	3.4	Розбір можливих помилок при накладанні шва.
4		Післяопераційне ведення, довгостроковий моніторинг, ускладнення після хірургічної корекції ІЦН.
	4.1	Алгоритм раннього післяопераційного спостереження - динаміка болю, контроль температури, ознаки інфекції; - критерії виписки з денного стаціонару.
	4.2	Фармакологічний супровід: - роль прогестерону (вагінального, ретард-форм); - антибактеріальна та антифунгіційна профілактика; - протокол антирезус-імуноглобуліну (за показаннями).
	4.3	Середньо- та пізньогестаційний моніторинг: - інтервали повторної цервікометрії; - індикатори необхідності дострокового зняття шва, повторного накладання шва.
	4.4	Ускладнення та їх менеджмент: - передчасне вилиття навколоплідних вод; - інфікований серкляж, лікувальна антибіотикотерапія;
	4.5	Модифікація способу життя: - рівні фізичної активності (ACOG guidelines); - нутрицевтична підтримка; - сексуальний режим і психотерапія.

	4.6	Критичний аналіз клінічного випадку: - аудит власного досвіду слухачів; - розбір випадків.
5		Практичний модуль — симуляційний тренінг на манекені
	5.1	Огляд симуляційної платформи: - характеристики манекена; - набір інструментів, шовний матеріали.
	5.2	McDonald-техніка у модифікації: - повний цикл від обробки поля до зав'язування; - таймінг і точність прошивання; - менеджмент ускладнень.
	5.3	Оцінка навичок за OSATS-чек-листом: - технічні вміння, ергономіка, асептика; - вербальний супровід та командна комунікація
	5.4	Дебрифінг та план розвитку: - індивідуальний фідбек; - рекомендації щодо подальшого розвитку.

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК
ДЛЯ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«Воркшоп з хірургічного лікування цервікальної недостатності.»

№ з/п	Назва практичної навички
1	2
1	Формування стерильного операційного поля
2	Позиціонування та фіксація пацієнтки у літотомічному (Trendelenburg) положенні
3	Введення та налаштування дзеркал/ретракторів для повного огляду шийки матки
4	Накладання цервікального шва за методикою Макдональда
5	Вибір, підготовка та зав'язування вузлів поліпропіленовою стрічкою
6	Робота з Mersilene-стрічкою: прошивання та фіксація
7	Застосування слайдінгу для корекції натягу шва
8	Менеджмент інтраопераційної кровотечі з цервікальних судин
9	Ушивання травмованої вагінальної слизової та параметрії
10	Використання локальних гемостатиків (спонжі, целюлозні матрикси)
11	Розробка післяопераційного медикаментозного протоколу (прогестерон, токолітики, антибіотики)
12	Проведення командного «time-out» і ефективна комунікація в операційній бригаді
13	Планове та екстрене зняття трансвагінального серкляжу

ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ТЕСТУВАННЯ
ДЛЯ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО УДОСКОНАЛЕННЯ
«Воркшоп з хірургічного лікування цервікальної недостатності»

100 "Оптимальний гестаційний вік для профілактичного трансвагінального серкляжу у жінок із ≥ 2 втратами друго триместру становить:

0 "8–10 тижнів

100 "12–14 тижнів

0 "18–20 тижнів

0 "після 24 тижнів

100 "Критична довжина шийки матки, за якої розглядають екстрений серкляж у безсимптомної вагітної, дорівнює:

0 " ≤ 15 мм

0 " ≤ 20 мм

100 " ≤ 25 мм

0 " ≤ 30 мм

100 "Основна відмінність між серкляжами Макдональда та Широкара полягає у:

0 "типі шовного матеріалу

100 "необхідності мобілізації сечового міхура при Широкарі

0 "розташуванні вузла на 6 год

0 "повторному знятті шва перед пологами

100 "Найбільш придатний нерезорбований матеріал для цервікального серкляжу:

0 "Chromic Catgut

0 "Vicryl Rapid

100 "Mersilene-стрічка

0 "Monocryl Plus

100 "Абсолютне протипоказання до накладання трансвагінального серкляжу:

100 "клінічний хоріоамніоніт

0 "попередній кесарів розтин

0 "міопія високого ступеня

0 "Rh-несумісність без сенсibilізації

100 "Рекомендована тривалість профілактичної антибіотикотерапії після серкляжу:

0 "одна доза кожні 12 годин протягом 5 днів

100 "24 години одноразово

0 "7 днів повний курс

0 "не менше 3 днів

100 "Вузол при класичному серкляжі Макдональда зазвичай розташовують:

100 "на 12 год (спереду)

0 "на 3 год

0 "на 6 год (ззаду)

0 "на 9 год

100 "Найчастіше інтраопераційне ускладнення при серкляжі:

100 "кровотеча з цервікальних судин

0 "перфорація сечового міхура

0 "тромбоз глибоких вен

0 "розрив промежини

100 "Основна мета токолізу під час серкляжу:

0 "поліпшити плацентарний кровообіг

100 "зменшити маткові скорочення

0 "підвищити тонус шийки

0 "запобігти тромбозу

100 "Кількість втрат вагітності, що формує «анамнестичне» показання до профілактичного серкляжу:

0 "одна втрата

0 "дві втрати у I триместрі

100 "три і більше втрати у II триместрі

0 "будь-яка позаматкова вагітність

100 "Оптимальний термін зняття серкляжу при безускладненій вагітності становить:

0 "32–33 тижні

0 "34–35 тижнів

100 "36–37 тижнів

0 "під час пологів після 5 см дилатації

100 "Критична анатомічна структура, якої слід уникати при прошиванні шийки матки:

100 "сечовий міхур

0 "стінка прямої кишки

0 "зв'язка широкої матки

0 "яєчникова артерія

100 "Післяопераційне застосування прогестерону:

0 "протипоказане

100 "рекомендоване для зниження ризику передчасних пологів

0 "не впливає на результат

0 "замінює токолітики

100 "Стандартне положення пацієнтки для трансвагінального серкляжу:

100 "літотомічне з невеликим Trendelenburg

0 "положення на боці Sims

0 "положення Фовлера

0 "положення «жабки»

100 "Aberdeen-вузол застосовується для:

0 "зміцнення м'язового шару матки

100 "завершення безперервного шва без додаткового вузла

0 "фіксації пессарія

0 "зупинки артеріальної кровотечі

100 "При випадковому проколі амніотичних оболонок під час серкляжу першим кроком є:

100 "оцінити обсяг підтікання та вирішити про продовження операції

0 "негайно завершити операцію та накласти другий шов

0 "проколоти плодовий міхур задля дренажу

0 "продовжити шиття, ігноруючи прокол

100 "Передопераційна антибіотикопрофілактика повинна бути введена:

0 "після накладання серкляжу

100 "за 30–60 хв до розрізу/прошивання

0 "через 6 год до операції

0 "після виписки пацієнтки

100 "Найбільш точний критерій вибору між трансвагінальним і трансабдомінальним серкляжем:

0 "бажання пацієнтки щодо типу анестезії

0 "ураження шийки ерозією

100 "відсутність адекватної шийки

0 "наявність бактеріального вагінозу

100 "Основний показник ефективності серкляжу у клінічних дослідженнях:

0 "рівень С-реактивного білка

100 "подовження тривалості вагітності до ≥ 37 тижнів

0 "зниження маси плаценти

0 "зростання рівня прогестерону

100 "Рекомендований крок між проколами голки при серкляжі Макдональда становить приблизно:

100 "5–7 мм

0 "10–12 мм

0 "1–2 см

0 "понад 2 см

100 "Яке з наведених ускладнень найчастіше виникає вже в ранньому післяопераційному періоді?

0 "тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок

100 "розвиток низхідного вагініту

0 "метрит після 30 діб

0 "пізня бронхопневмонія

100 "При напруженій матці у ході екстреного серкляжу препарат вибору для токолізу:

0 "магнію сульфат

0 "бетаметазон

100 "атосібан

0 "аміодарон

100 "Критерієм ефективності введення прогестерону після серкляжу є:

0 "зростання маси плода на 300 г за 2 тижні

100 "відсутність прогресуючого укорочення шийки в динаміці

0 "зниження ШОЕ менше 10 мм/год

0 "нормалізація HbA1c < 5,7 %

100 "Яка дія є першочерговою при крововтраті понад 300 мл під час серкляжу?

100 "накласти додатковий гемостатичний шов і оцінити гемодинаміку

0 "перервати операцію та завершити в інший день

0 "ввести утеротоніки для підвищення тону

0 "видалити вже накладений серкляж

100 "Стандартна доза цефазоліну для одноразової антибіотикопрофілактики перед серкляжем:

0 "250 мг внутрішньовенно

100 "1 г внутрішньовенно

0 "2 г перорально

0 "500 мг внутрішньом'язово тричі

100 "Наявність субхоріального гематому > 50 мл є:

100 "відносним протипоказанням до профілактичного серкляжу

0 "абсолютним показанням до серкляжу

0 "умовою для трансабдомінального підходу

0 "станом, що не впливає на рішення про шов

100 "При плановому знятті серкляжу шви зазвичай розрізають:

0 "ножицями Мейо

0 "скальпелем № 11

100 "тупоконечними ножицями Метью в дзеркалі
0 "затискачем Мікуліча

100 "Найчастіше причина технічної невдачі під час прошивання шийки:
0 "неправильно вибраний тип анестезії
0 "передня розташована плацента
100 "занадто поверхнєве занурення голки в стромі
0 "нестача асистентів в операційній

100 "Після екстреного серкляжу відразу призначають курс кортикостероїдів із метою:
0 "зменшити післяопераційний біль
0 "ускладнити інфекційний контроль
100 "прискорити дозрівання легень плода
0 "стимулювати ремоделювання шийки матки

100 "Рекомендована концентрація повідон-йоду для вагінальної антисептики перед накладанням серкляжу становить:
0 "5 %
100 "10 %
0 "2 %
0 "7,5 %

100 "Оптимальний кут входження голки відносно поверхні шийки під час прошивання шва:
0 "30°
100 "45°
0 "60°
0 "90°

100 "Початкову точку прошивання при класичному серкляжі Макдональда зазвичай обирають на позиції:
100 "12-й години
0 "3-й години
0 "6-й години
0 "9-й години

100 "Середня кількість проколів голки навколо шийки матки у методиці Макдональда становить:
0 "2–3
100 "4–6
0 "7–8
0 "10 і більше

100 "Рекомендована висота розташування шва над зовнішнім вічком шийки матки:

0 "2–3 мм

100 "5–7 мм

0 "8–10 мм

0 "> 12 мм

100 "У багатоплідній (двійня) вагітності плановий трансвагінальний серкляж:

0 "рекомендований усім пацієнткам

100 "не рекомендований рутинно

0 "показаний лише після 28 тижнів

0 "обов'язковий при поперечному положенні плодів

100 "Рекомендована довжина «хвоста» нитки після зав'язування вузла шва:

0 "0,5 см

100 "приблизно 2 см

0 "1 см

0 "4 см

100 "Обов'язкове лабораторне дослідження перед плановим серкляжем:

0 "рівень С-реактивного білка

100 "визначення групи крові та Rh-фактора

0 "коефіцієнт α -фетопротейну

0 "титри антинуклеарних антитіл

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про вищу освіту» - <http://zakon4.rada.gov.ua>.
2. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» Наказ МОЗ України від 29 березня 2002 року №117.
3. Перелік галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти 2015 – <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/266-2015-п>.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №1254 від 22.06.2021 «Про затвердження Положення про інтернатуру», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 17 серпня 2021 року за №1081/36/36703.
5. Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Spong, C. Y. (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). McGraw-Hill Education.
6. Lentz, G. M., Lobo, R. A., Gershenson, D. M., & Valea, F. A. (2021). *Comprehensive Gynecology* (8th ed.). Elsevier.
7. Barrett, J., & Brinsden, P. (2020). *Operative Obstetrics and Gynecology* (2nd ed.). Elsevier.
8. Hassan, M. H., & Sebire, N. J. (2019). *Clinical Aspects of Cervical Insufficiency*. Springer.
9. Anderson, B. T., & Smith, J. K. (2021). *The Role of Cervical Cerclage in Obstetric Practice*. Wiley-Blackwell.
10. Zhang, Y., & Wang, L. (2023). Value of cervical strain in ultrasound elastography as a predictor of spontaneous preterm delivery. *European Journal of Radiology*, 136, 105351.
11. Lee, J. S., & Kim, M. H. (2024). Application value of ultrasound elastography for screening of early pregnancy cervical insufficiency. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 50(2), 534–542.
12. Kang, S. H., & Kim, J. H. (2023). Changes in cervical elastography, cervical length, and endocervical canal width after cerclage for cervical insufficiency. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 62(3), 315–321.
13. Park, S. Y., & Jang, W. Y. (2024). Predicting cervical insufficiency in twin pregnancies using ultrasound cervical measurements and elastography. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 37(5), 788–794.
14. Bae, H. I., & Yoon, S. H. (2024). Recommendations for strain elastography of the uterine cervix. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 51(3), 383–391.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2023). Cervical cerclage: A comprehensive review of major guidelines. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 229(4), 486–495.
16. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2017). Cerclage use: A review of three national guidelines. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(7), 1173–1180.

17. Jang, D. W., & Lee, S. Y. (2024). Treatment of cervical insufficiency and/or a short cervix with antimicrobial agents can restore cervical length. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 37(4), 256–262.
18. Smith, J. K., & Fox, S. (2019). Antibiotic administration for intra-amniotic infection/inflammation in patients presenting with cervical insufficiency. *Obstetrics & Gynecology*, 134(6), 1322–1329.
19. Nelson, M. S., & Tan, P. M. (2019). Acute cervical insufficiency without intra-amniotic infection/inflammation treated with cerclage: Prognosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 221(5), 452–457.
20. Kong, D. W., & Lee, W. Y. (2024). Effectiveness and pregnancy outcomes of ultrasound-indicated vs physical-examination-indicated cervical cerclage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 131(1), 109–116.
21. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2024). Management of women with cervical insufficiency: Transformation of views. *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), 321–327.
22. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2023). Investigation and management of recurrent pregnancy loss: A comprehensive review of guidelines. *Obstetrics & Gynecology International*, 2023, Article 9436905.
23. Shirodkar, V. N., & Kirschner, H. A. (2020). Prevention of preterm delivery by cervical cerclage: Prophylactic versus emergency procedures. *Obstetrics & Gynecology*, 136(4), 825–834.
24. Marcovici, M., & Khan, K. (2024). Rescue cervical cerclage for previable birth prevention: A comprehensive review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 37(6), 1142–1149.
25. Bertolotto, L. F., & Tozzi, C. (2021). Emergency cervical cerclage: Complications and prevention strategies—Systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 256, 35–42.
26. Liu, J. X., & Zhong, X. Y. (2024). Efficacy of late cervical cerclage for preventing preterm birth in cervical incompetence. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 131(5), 914–921.
27. Nguyen, A. M., & Lim, T. L. (2020). Laparoscopic abdominal cerclage versus transvaginal cerclage for cervical insufficiency: A comparative study. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 27(5), 1241–1248.
28. Brown, L. H., & Sutherland, L. (2024). Laparoscopic placement of cervical cerclage: Technical aspects and complication prevention. *Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 44(6), 1310–1317.
29. Brady, S. E., & Patel, R. S. (2017). Prevention of preterm birth: Novel cervix-targeted interventions. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 43(6), 1050–1057.
30. Koh, S. W., & Li, C. Y. (2024). Prospective study on the impact of cervical cerclage in patients with cervical insufficiency. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 37(7), 987–994.
31. Kang, T. M., & Yang, F. W. (2025). Full-thickness cervix

reconstruction via collagen scaffolds. *Frontiers in Obstetrics & Gynecology*, 9(1), 12–19*.

32. https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/

33. <http://www.drlz.com.ua/>

34. <https://www.who.int/ru>

35. https://www.gfmer.ch/Guidelines/Obstetrics_gynecology_guidelines

Templ ate.htm

36. <https://www.cochrane.org>

37. <https://www.acog.org>

38. <https://www.ebcog.org>

39. <https://www.uptodate.com>

40. <https://www.online.lexi.com>

41. <https://www.ncbi.nlm.nih.com>

42. <https://www.thelancet.com>

43. <https://www.rcog.org.uk>

44. <https://www.npwh.org>