

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
факультет медико-фармацевтичних технологій
кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на тему: **«КЛІНІКО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО
РАЦІОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГІСТЕРОСКОПІЯХ У
МЕДИЧНОМУ ЦЕНТРІ «MEDICAL PLAZA» (М. ДНІПРО)»**

Виконала: здобувачка вищої освіти групи 226КФм(1,63)
спеціальності 226 Фармація, промислова фармація
освітньої програми Клінічна фармація
Марія ВАРИВОД

Керівник: професор закладу вищої освіти кафедри
клінічної фармакології та клінічної фармації.,
д.фарм.н., професор Сергій ШЕБЕКО

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри
клінічної лабораторної діагностики, д.фарм.н.,
професор Олена ДОЛЖИКОВА

Харків – 2024 рік

АНОТАЦІЯ

У кваліфікаційній роботі проведено аналіз призначень для підготовки перед процедурою гістероскопії, а також використання препаратів під час цієї процедури. На підставі отриманих даних перевірено виконання раціональної терапії при підготовці до оперативного втручання, у процесі наркозу та після виконання гістероскопій.

Кваліфікаційна робота викладена на 41 сторінці машинописного тексту, складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, 3 розділів, висновків та списку використаних джерел. Робота ілюстрована 1 таблицею, 4 рисунками. Список використаних джерел містить 58 найменувань.

Ключові слова: гістероскопія, премедикація, знеболення, анестезіологічний посібник, медикаментозна терапія

ANNOTATION

In the qualification work, an analysis of the indications for preparation before the hysteroscopy procedure, as well as the use of drugs during this procedure, was carried out. Based on the obtained data, the implementation of rational therapy during hysteroscopy was verified.

The qualification work is laid out on 41 pages of typewritten text, consists of annotations in Ukrainian and English, introduction, 3 sections, conclusions and list of used references. The work is illustrated with 1 table and 4 figures. The list of references contains 58 items.

Key words: hysteroscopy, premedication, analgesia, anesthesiology manual, drug therapy

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГІСТЕРОСКОПІЇ (огляд літератури).....	9
1.1 Історія розвитку гістероскопії. Загальні уявлення.....	9
1.2 Підготовка до гістероскопії.....	13
1.3 Медикаментозна терапія при проведенні гістероскопії.....	19
Висновки до розділу 1.....	33
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	34
Висновки до розділу 2.....	35
РОЗДІЛ 3 КЛІНІКО – ФАРМАЦЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО РАЦІОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГІСТЕРОСКОПІЯХ.....	36
3.1 Аналіз медичних карт пацієнтів при гістероскопіях.....	37
Висновки до розділу 3	38
ВИСНОВКИ.....	40
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	42

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГАМК – гамааміномасляна кислота

ЕКГ – електрокардіограма

ЕКЗ – екстракорпоральне запліднення

ІМТ – індекс маси тіла

ЗЗОМТ – запальні захворювання органів малого тазу

ПА – призначення антибіотиків

НПЗП – нестероїдні протизапальні засоби

РКД – рандомізоване клінічне дослідження

РШМ – рак шийки матки

ТЛГ - тотальна лапароскопічна гістеректомія

УЗД – ультразвукова діагностика

ХП-хронічний панкреатит

ЦОГ – циклооксигеназа

ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ВСТУП

Актуальність теми. Кожній жінці важливо відповідально ставитися до свого жіночого здоров'я і регулярно відвідувати свого лікаря для профілактики серйозних захворювань. Візит до лікаря-гінеколога для огляду шийки матки і взяття мазка на виявлення атипових клітин варто спланувати [53].

За даними ВООЗ рак шийки матки (РШМ) є четвертим за поширеністю раком у жінок у всьому світі. РШМ може не проявляти ознак і симптомів, або вони можуть бути не очевидними, тому уникнути цього захворювання можна лише завдяки скринінгу та ефективному вчасному лікуванню [54]. Безперечно, здоров'я жінки є запорукою успіху та добробуту всієї сім'ї. Саме жінка створює родинний затишок, клімат в сім'ї. Тому дбати про жіноче здоров'я потрібно з особливою увагою і турботою [55]. До того ж жіноче здоров'я – це запорука здорової нації, а особливо зараз, коли здоров'я нації дуже важливе. Тому я взяла тему магістерської роботи "Клініко-фармацевтичні підходи до раціональної терапії при гістероскопіях у медичному центрі "Medical Plaza" ТОВ «ЕКОДНІПРО» (м. Дніпро)". Адже лише здорова жінка може народити здорове дитя.

Гістероскопія, як «золотий стандарт», для візуального дослідження цервікального каналу і порожнини матки, а також для діагностики різноманітних внутрішньоматкових патологій найбільш розповсюджена хірургічна малоінвазивна операція. Гістероскопію проводять у випадку, якщо потрібно підтвердити або спростувати наявність ендометріозу, при різних патологіях ендометрію, за наявності в порожнині матки підслизових вузлів, при підозрах на вади розвитку матки, кровотечах під час менопаузи. Цей ендоскопічний метод лікування дозволяє не лише виявити, але й усунути проблему. У лікуванні безпліддя гістероскопія відіграє дуже важливу роль. Проведення гістероскопії через програму екстракорпорального запліднення

(ЕКЗ) значно підвищує шанси на імплантацію ембріона. У клініках репродуктивної медицини гістероскопія проводиться для виключення маткового фактора безпліддя та його усунення. За даними доказової медицини, запобігти неправдивому діагнозу в 30–40 % допомагає саме проведення планової гістероскопії [52].

Медичний Центр «Medical Plaza» існує вже більше 8 років. За цей час виконано понад 700 оперативних втручань для жінок з проблемами гінекологічної сфери.

Унікальність центру в його багатoproфільності. Пацієнти в комфортних умовах отримують консультативну профілактичну і лікувальну допомогу. Проводяться щорічні огляди на професійному обладнанні (кольпоскоп, апарати УЗД, гінекологічні функціональні крісла). Всі лікарі-гінекологи володіють методикою УЗД жіночої статеві сфери.

У медичному центрі «Medical Plaza» ТОВ «ЕКОДНІПРО» виконуються складні високотехнологічні операції гінекологічного профілю з використанням сучасної ендоскопічної апаратури виробництва компанії Karl Shtorz та роботичного комплексу Da Vinci [58]. Таких роботизованих систем наразі в Україні лише декілька. Тепер робот-асистована система Da Vinci дає ще більше можливостей в процесі виконання малоінвазивних операцій. Платформа Da Vinci дає можливість ще більш ефективно вирішувати найголовнішу задачу при хірургічному лікуванні – мінімізувати психологічну та фізичну шкоду від операції при максимальній ефективності втручання. Для хірурга дуже важлива можливість отримувати тривимірне зображення операційного поля, що піднімає рівень контролю за операційним процесом.

Аналіз раціональності призначень медикаментозного супроводу в період підготовки до гістероскопії, під час операції, анестезіологічного супроводу та в післяопераційний період відіграє також значущу роль, щоб не приймати зайві ліки і не витрачати на них зайві кошти, щой стало

основною метою представленого дослідження.

Мета дослідження. Провести клініко-фармацевтичний аналіз раціональних принципів супутньої медикаментозної терапії при проведенні гістероскопії в гінекологічній практиці медичного центру «Medical Plaza» ТОВ «ЕКОДНІПРО» (м. Дніпро).

Завдання дослідження:

1. Провести огляд літератури та надати загальну характеристику процедури гістероскопії.
2. Проаналізувати сучасні підходи до супутньої медикаментозної терапії при проведенні гістероскопії.
3. Проаналізувати анестезіологічні протоколи при проведенні гістероскопії.
4. Провести клініко-фармацевтичний аналіз лікарських призначень при проведенні гістероскопії у медичному центрі «Medical Plaza» (м. Дніпро).
5. Визначити раціональні підходи до супутньої медикаментозної терапії при гістероскопіях.

Об'єкт дослідження. Лікарські призначення, медичні протоколи у гінекологічній практиці при процедурах гістероскопій.

Предмет дослідження. Раціональні підходи до супутньої терапії при проведенні гістероскопії у медичному центрі «Medical Plaza» (м. Дніпро).

Методи дослідження. Ретроспективний аналіз медичних карток пацієнток медичного центру «Medical Plaza» ТОВ «ЕКОДНІПРО» м. Дніпра, порівняльний аналіз, статистичні методи. Згідно Закону України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI збір даних був анонімним [1].

Практичне значення отриманих результатів. У дослідженні було узагальнено дані наукової літератури щодо належного медикаментозного забезпечення пацієнток при проведенні процедури гістероскопії. Було проведено клініко-фармацевтичний аналіз лікарських призначень при

проведенні гістероскопії у медичному центрі «Medical Plaza» (м. Дніпро) на основі даних 31 медичної картки. Отримані результати дозволили розробити раціональні підходи до супутньої терапії при проведенні гістероскопій та впровадити їх застосування у подальшій гінекологічній практиці в медичному центрі «Medical Plaza».

Структура і обсяг кваліфікаційної роботи. Робота викладена на 41 сторінці машинописного тесту, складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Робота ілюстрована 1 таблицею та 4 рисунками. Список літератури включає 58 найменувань, з числа яких 35 вітчизняних та 23 зарубіжних.

РОЗДІЛ 1

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ГІСТЕРОСКОПІЇ

(огляд літератури)

1.1 Історія розвитку гістероскопії. Загальні уявлення

Гістероскопія – огляд внутрішньої порожнини матки через порожнину вагіни за допомогою спеціального приладу – гістероскопа [47]. Цей прилад допомагає візуально оглянути порожнину матки. Якщо вірити статистиці, то близько 5-10% захворювань (у тому числі й онкологічних) вперше були виявлені на профілактичних оглядах у гінеколога. Безліч жіночих захворювань тривалий час не мають клінічних проявів, тобто розвиваються і протікають без симптомів [56].

Вперше гістероскопію було зроблено жінці 60 років, яка прийшла зі скаргами на кровотечу. Це сталося у 1869 році. Процедуру провів Pantaleoni приладом, що був дуже схожий на цистоскоп. У ході процедури у жінки було виявлено поліпи, які і спричинили кровотечу.

У 1895 році Vumm у Відні на гінекологічному конгресі зробив доповідь про огляд маткової порожнини за допомогою уретроскопа, в якому освітлення забезпечував відбивач на лобі гінеколога та світловий рефлектор. Потім було змінено умови огляду пацієнток: розтягнення маткових стін та завчасне видалення крові, а також покращення лінз, їх певне розташування та удосконалення освітлення.

У 1914 році, щоб видаляти кров, Heineberg використав спеціальну систему для промивання, яку потім перейняло багато дослідників.

Rubin у 1925 році спробував розширити маткові стінки за допомогою вуглекислого газу, який вводився під тиском. Але коли газ потрапляв у черевну порожнину, це викликало больові відчуття у пацієнток.

Miculicz-Radecki і Freund у 1925 виготовили кюретоскоп – вид

гістероскопу, що дозволяв зробити біопсію під зоровим контролем. Miculicz-Radecki експериментував на тваринах у спробі зробити стерилізацію за допомогою електрокоагуляції усть маткових труб.

Одночасно з ними гістероскопією займався Granss. Він сконструював прилад, який був забезпечений системою для промивань. Також Granss запропонував гістероскопію при визначенні в матці плодового яйця, діагностиці поліпів плаценти, раку тіла матки, ендометрійних поліпозів, субмукозних вузлів, також за допомогою електрокоагуляції усть маткових труб - стерилізації жінок.

Б.І. Литвак (1933, 1936), Є.Я. Ставська і Д.А. Конча (1937) використали для розтягнення маткової порожнини фізіологічний розчин. При цьому здійснювали гістероскопію за допомогою гістероскопа, що був сконструйований Микуличем-Радецьким та Фрейндом для знаходження залишків плідного яйця та ендометриту після пологів. Вони видали атлас про застосування гістероскопії в акушерській практиці. Однак гістероскопія не увійшла у широкий вжиток через технічну складність, поганий огляд місця проведення та недостатність знань для узагальнення результатів дослідження маткової порожнини.

У 1934 році Schroeder змінив розташування лінзи у гістероскопі. Він помістив лінзу на торець гістероскопу (яка раніше була збоку). Це нововведення покращило зорове поле. Рідина для промивання порожнини матки поступала завдяки силі тяжіння, тому що розчин розташовували вище пацієнтки, а щоб зменшити кровоточивість, додавали кілька крапель адреналіну. Рідина надходила у матку з певною швидкістю, щоб тримати стінки у розтягнутому вигляді. Schroeder використав гістероскопію, щоб визначити оваріо-менструальний цикл та його фази, виявлення ендометрію з поліпозом, субкумозних вузлів маткової міоми, також запропонував гістероскопію в радіології, щоб уточнити розташування ракової пухлини перед процедурою опромінення. Він спробував зробити стерилізацію

декільком пацієнткам, електрокоагулюючи устя маткових труб через маткову порожнину. Однак це не спрацювало.

У 1957 Englund з співавторами показали за допомогою гістероскопії, що досить досвідчені лікарі не повністю видаляють ендометрій (близько 35%). У інших пацієнток залишилися ділянки з ендометрієм, множинні або поодинокі поліпи, субкумозні міоматозні вузли.

Не дивлячись на те, що метод був досить недосконалим, більшість лікарів вважали гістероскопію досить непоганою процедурою дослідження для діагностики внутрішньоматкових захворювань, а саме: поліпів слизової оболонки матки, підслизових міоматозних вузлів, раку ендометрію, гіперпластичних процесів. Особливо значущим цей метод вважали при прицільній біопсії та видаленні з маткової порожнини патологічних вогнищ.

У 1966 році Marleschki запропонував гістероскопію, але контактну. Для цього він створив новий гістероскоп, невеличкий за розміром, всього 5 мм, і не потрібно було розширювати шийку матки, щоб ввести прилад в маткову порожнину. Оптика гістероскопу збільшувала у 12,5 разів. Це дозволило побачити судинний малюнок ендометрію, а з його зміни визначати характер патологічного процесу. А доповнення приладу каналом для інструменту дозволило вводити кюретку в маткову порожнину та робити біопсію безпосередньо під візуальним контролем.

Wulfsohn запропонував використовувати в гістероскопії цистоскоп з прямою оптикою, а стінки матки розтягувати за допомогою резинового надувного балону. Потім цей метод удосконалив Silander (1962-1964). Його прилад мав дві трубки: внутрішню і зовнішню. Внутрішня, щоб через неї дивитися, а через зовнішню надходила рідина. На віддаленому кінці зовнішньої трубки розташовували лампочку для освітлення та балон з тонкої гуми. Спочатку гістероскоп вводився в маткову порожнину, потім в балон накачували рідину зі шприца. Це допомагало оглянути стінки матки, а змінюючи тиск у балоні, можливо було повністю оглянути внутрішню

поверхню матки. Використавши цей метод, Silander оглянув 15 пацієнток з матковими кровотечами, що виникли на тлі гіперплазії ендометрію, 40 жінок з раком матки і вказав на цінність використання у діагностиці гістероскопії, особливо у виявленні злоякісних процесів на слизовій матки.

Після того, як Silander запропонував гістероскопію у цьому виконанні, багато гінекологів почали її використовувати для діагностики внутрішньоматкових патологій. Також з'явилася можливість діагностувати субмукозні вузли міоми матки, гіперплазії ендометрію та його поліпів, раку тіла матки, залишків плідного яйця, аномалій розвитку матки, але гіперпластичні процеси виявити було неможливо.

Впровадження оптоволокна та жорсткої оптики з системою повітряних лінз вивело гістероскопію на новий рівень. Це дало гарну освітлюваність, можливість розглянути кожную стінку матки без її розтягнення, не було лампи розжарювання, тому не було і опіків від неї, а також виключало ураження пацієнток електричним струмом. Була можливість фото та відеофіксації огляду - це теж величезний плюс.

Коли з видом та будовою гістероскопу визначилися, то почали шукати середовище, яким оптимально можна розширити стінки матки для того, щоб робити маніпуляції в середині неї. З-поміж різноманітних газових сумішей перевагу надають вуглекислому газу, адже повітря може викликати газову емболію. Використання гістероскопів з малим діаметром від 2 до 5 мм не потребує додаткового розширення шийки матки, а добра оглядовість дозволяє зробити якісну відео- та фотофіксацію. Але Cohen і співавтори (1973), Siegler і співавтори (1976) та інші вважають, що є суттєвий недолік при використанні газів для розширення маткових стінок, тому що у пацієнток виникають неприємні та больові відчуття, що не виключає можливість газової емболії. У 1973 році Lindemann запропонував використати вакуумну фіксацію гістероскопа до шийки матки за допомогою шийного ковпачка. І лише тоді почалося досить широке застосування розширення стінок матки

саме вуглекислим газом.

Якщо подивитися на рідки речовини для розтягування стінок матки, то тут можна використати фізіологічний розчин, розчин глюкози 5%, гліцин 1,5%, полівінілпіролідон та розчин декстрану, який має досить велику в'язкість та не змішується з кров'ю і забезпечує гарний візуальний огляд. Але його в'язкість створює певні механічні проблеми при використанні. Наприклад, подача розчину під тиском та догляд за гістероскопом, його миття та чистка.

Porto і Gaujoux у 1972 році при раку шийки матки для контролю ефективності променевої терапії використали гістероскопію.

Menken (1971), Hepp, Roll (1974), Valle і Sciarra (1974), Lindemann і співавтори (1976) робили через гістероскопію стерилізацію жінок за допомогою електрокоагуляції устя маткових труб. Але ця методика виявилася досить складною з великою кількістю побічних ефектів, таких як перитоніт та перфорація стінок матки.

Lin і співавтори, 1990; Gimpelson, 1992; Cicinelli і співавтори, 1993 почався розвиток амбулаторної гістероскопії з винайденням мікрогістероскопа та фіброгістероскопа.

Винайдення гістероскопу забезпечило прорив у гінекологічному огляді пацієнток, зробило більш доступною візуалізацію стінок шийки матки. Це призвело до того, що процедура стала менш болючішою, більш безпечною та інформативною [57].

1.2 Підготовка до гістероскопії

Діагностична (офісна) гістероскопія – процедура візуального огляду матки за допомогою спеціального оптичного приладу – гістероскопа. Лікар-гінеколог оглядає матку зсередини і визначає наявність або відсутність патології в порожнині матки. Процедура проходить під анестезією, в разі

виявлення патології гістероскоп дозволяє відразу ж провести гістерорезектоскопію – необхідні хірургічні маніпуляції малоінвазивним методом в порожнині і шийці матки.

Показання для проведення гістероскопії в ургентному порядку:

- мено- чи метрорагія;
- метрорагія після вагітності;
- народження субмукозної міоми;
- некроз субмукозної міоми.

Показання для проведення гістероскопії і гістерорезектоскопії:

- підозра на ендометріоз (аденоміоз);
- поліп ендометрія;
- гіперплазія ендометрія;
- підозра на наявність новоутворень, в тому числі і злоякісних;
- нерегулярні і рясні місячні;
- неодноразові вагінальні та аномальні маткові кровотечі;
- контроль за гормональним лікуванням;
- підозра на субмукозну міому матки;
- підозра на внутрішньоматкові спайки (синехії);
- підозра на наявність стороннього тіла;
- аномалії розвитку матки;
- аденоміоз;
- неплідність, пов'язана з матковим фактором або проксимальною

трубною оклюзією;

- підготовка до проведення допоміжних репродуктивних технологій;

- моніторинг ефективності лікування гіперпластичних процесів ендометрія;

- атипова гіперплазія;
- після міомектомії.

Протипоказання до проведення процедури гістероскопії і гістерорезектоскопії:

- порушення згортання крові;
- стеноз шийки матки та цервікальний стеноз;
- міоматозний вузол в підслизовому шарі великого розміру;
- запальні захворювання органів малого таза (цервіцит, вагініт, оофорит, параметрит, сальпінгіт);
- гострі інфекції;
- профузна маткова кровотеча;
- декомпенсовані стадії захворювань серця, нирок і легень;
- запалення і інфекції сечостатевої сфери;
- інфекційні захворювання (грип, ангіна, пневмонія, пієлонефрит та ін.);
- вагітність;
- прогресуючий рак шийки матки;
- інфільтративний рак ендометрія.

Підготовка і проведення гістероскопії

Підготовка до даної процедури полягає в необхідних обстеженнях – список приблизний і може змінюватися в залежності від діагнозу і обсягу оперативного втручання. Також за добу до призначеного часу потрібно відмовитися від статевого контакту, ввечері напередодні операції необхідно повечеряти легкою їжею, а вранці відмовитися від їжі і води [48].

В окремих випадках перед операцією можуть бути призначені гормональні препарати, антибіотики, седативна терапія.

Визначення операційного ризику:

- фізичний стан пацієнтки;
- вид хірургічного втручання;
- досвід і кваліфікація анестезіолога і хірурга;
- наявність умов, необхідних для проведення анестезії й операції.

Найчастіше використовують класифікацію ступенів ризику загальної анестезії американської асоціації анестезіологів (ASA), яка враховує фізичний стан хворих:

- I – практично здорові;
- II – хворі з незначною системною патологією без порушення функцій органів та систем (компенсовані);
- III – пацієнти із системною патологією з порушенням функцій органів та систем (декомпенсовані);
- IV – хворі з тяжкою патологією, яка загрожує життю і призводить до неспроможності функцій органів та систем;
- V – із тяжкими захворюваннями, які можуть спричинити летальний кінець протягом 24 год без оперативного втручання;
- VI – смерть мозку, донорство органів для трансплантації.
- «E» (emergency) – екстрені хірургічні втручання.

Премедикацію проводять для заспокоєння хворої, забезпечення відпочинку перед операцією, усунення психічного напруження, аналгезії, амнезії, зниження об'єму і кислотності вмісту шлунка, попередження післяопераційної нудоти і блювання, зменшення вагусних реакцій, зниження потреби в анестетиках.

Для передопераційної підготовки використовують такі лікарські засоби:

- анальгетики (нестероїдні протизапальні препарати);
- глюкокортикоїди;
- анксіолітики – препарати, що викликають амнезію, зменшують почуття страху (діазепам – сибазон; мідазолам);
- ваголітики (атропіну сульфат, не рутинно, а за показаннями);
- протиблювотні засоби, блокатори 5-НТ-рецепторів (ондасетрон);
- блокатори H₂-рецепторів гістаміну (ранітидин, циметидин);
- антикоагулянти;

- антибіотики (цефалоспорины II–III поколінь) за показами;
- антигістамінні засоби (димедрол, тавегіл, супрастин).

Премедикація включає два етапи:

- увечері, напередодні операції, призначають усередину снодійні засоби в поєднанні з транквілізаторами. Особливо збудженим хворим ці призначення повторюють за 2 год до операції. За 30–40 хв до операції пацієнтам вводять аналгетичні засоби (центрально, анальгетики, нестероїдні протизапальні), антихолінергічні в разі використання кетаміну (каліпсолу).
- за 6–8 години до наркозу для попередження таких ускладнень, як блювання та регургітація (пасивний вихід вмісту шлунка в ротоглотку після введення міорелаксантів під дією внутрішньочеревного та внутрішньошлункового тиску), пацієнти не повинні вживати їжу, а за 2 години – рідину.

Перед плануванням обстеження важливо проконсультуватися з лікарем на який день циклу робити гістероскопію. Гістероскопія проводиться, як правило, протягом першого тижня після закінчення менструації (7-10 дні від початку місячних). У ці дні найменша товщина ендометрію і найкраща видимість. Але при необхідності процедура може виконуватися в будь-які дні менструального циклу.

Екстрена гістероскопія проводиться без попередніх обстежень.

Тривалість операції 30-60 хвилин.

Всі маніпуляції лікар контролює на екрані. Втручання проводиться тільки на патологічній ділянці, здоровий ендометрій при цьому не страждає. Хірургічна гістероскопія (операція на матці) відрізняється високою точністю, відсутністю розрізів і швів, мінімальною травматичністю [51].

Період реабілітації:

Виділення і болі після гістероскопії незначні і припиняються через два-три дні. Важливо виконувати призначення лікаря і загальні рекомендації: не можна піднімати важкого і спринцюватися, неприпустимі гарячі ванни і

переохолодження, ходити в лазню (сауну), басейн, купатися у відкритих водоймах. Залежно від складності операції необхідно на 1-2 тижні відмовитися від використання тампонів і статевих контактів.

Переваги сучасної гистероскопії – це мінімальне перебування в денному стаціонарі, відсутність швів і короткий період реабілітації [50].

Комплекс передопераційної підготовки:

- Загальний аналіз крові.
- Загальний аналіз сечі.
- Глюкоза крові.
- Сечовина.
- Білірубін загальний.
- Креатинін.
- Коагулограма.
- Визначення групи крові і резус-фактора.
- Аналіз крові на інфекції RW, ВІЛ, HBsAg, HCV Ig G.
- ЕКГ.
- Рентгенографія легенів.
- Флюорографія.
- Мазок на мікрофлору.

Напередодні операції:

- Легкий сніданок (наприклад, келих кефіру, сир, суп або каша).
- Вечірнє пиття (вода, несолодкий сік, чай) в необхідній кількості.

В день операції:

- Вранці рекомендується прийняти душ.
- В клініку необхідно прибути з порожнім шлунком.
- Повне гоління статевих органів і всього волосяного покриву в проєкції операційного поля (волоссяна доріжка нижче пупка) проводиться безпосередньо в день операції, а не напередодні ввечері. Оскільки, при голінні ввечері дрібні подряпини можуть до ранку запалитися, що

унеможеливить проведення операції.

- З собою необхідно мати документ, що посвідчує особу, висновок лікаря, аналізи, дослідження.

Останній лікар, який робить допуск до операції – анестезіолог. Він повинен оцінити можливі ризики на основі отриманих аналізів та скоригувати премедикацію перед операцією. Передивитись план лікування та можливість і вид наркозу, який буде проведено [49].

Переваги гістероскопії:

1. Максимальна точність, завдяки чому лікар бачить стінки матки в багатократному збільшенні.
2. Мінімальна травматизація – процедура робиться прицільно, з максимальним збереженням здорової тканини.
3. Гістологічне дослідження матеріалу, після чого ставиться остаточний діагноз і призначається відповідне лікування.

Висновки до підготовки до гістероскопії:

1. Гістероскопія це «золотий стандарт» у діагностиці хвороб жіночої статеві сфери.
2. Підготовка до гістероскопії не потребує від пацієнтки складних дій.
3. Процедура не триває довше ніж 1,5 години (якщо не виникає додаткових ускладнень).
4. Пацієнтка перебуває під короткочасним наркозом.
5. Період реабілітації дуже малий.
6. Гістероскопію часто використовують в програмах ЕКЗ.

1.3 Медикаментозна терапія при проведенні гістероскопії

Післяопераційний біль дуже сильно впливає на життя пацієнта та його якість та підвищує ризики ускладнень.

Недостатнє передопераційне знеболення може спричинити велику

кількість післяопераційних ускладнень з боку усіх систем організму.

Висока частота формування хронічного больового синдрому спостерігається при малих і міні-інвазивних (лапароскопічних) хірургічних втручаннях. Такі операції лікарі вважають менш болісними, тому пацієнти не отримують потрібного знеболення або отримують у недостатньому обсязі.

Передопераційне знеболення є невирішеною проблемою як для самої пацієнтки, так і для всієї системи медичної допомоги, в тому числі в Україні, де відсутня статистика неадекватного знеболення та післяопераційного болю.

Ефективне післяопераційне знеболення має на меті не тільки гуманістичні цілі, але й доведені медичні та економічні переваги, що пов'язані в першу чергу з більш швидким відновленням пацієнта та скороченням тривалості госпіталізації.

При збалансованому (мультимодальному) знеболенні використовується два або більше анальгетиків, що діють за різними механізмами, для досягнення оптимального знеболюючого ефекту без збільшення побічних ефектів у порівнянні з підвищеними дозами одного препарату.

Збалансоване знеболення є методом вибору завжди, коли це можливо; в основі його лежить використання парацетамолу (або метамізолу) і НПЗП при болю низької інтенсивності з опіоїдними анальгетиками та/або місцевою/регіонарною аналгезією при середній і високій інтенсивності болю.

Основні групи препаратів, що застосовуються для періопераційного знеболення, подані у таблиці 1.1.

НПЗП використовуються при лікуванні гострого болю для попередження та усунення гіпералгезії і лікування болю як основна терапія, так і в комбінації з опіатами, парацетамолом і регіонарними методами знеболення.

При призначенні НПЗП слід урахувати можливі ризики щодо гастроінтестинальних ускладнень, порушень функції нирок, збільшення кровоточивості (особливо при поєднанні їх призначення з іншими

препаратами, що впливають на гемостаз) та провокування бронхоспазму у пацієнток з анамнезом бронхіальної астми. У пацієнток з високими ризиками застосування НПЗП слід розглянути використання специфічних інгібіторів ЦОГ-2 (парекоксиб).

Таблиця 1.1

Фармакологічні засоби знеболення

Засоби знеболення	Препарати
Ненаркотичні анальгетики	Парацетамол, метамізол, НПЗП, включаючи інгібітори ЦОГ-2 Габапентин, прегабалін
Слабкі опіати	Трамадол, кодеїн Парацетамол/НПЗП у комбінації з кодеїном або трамадолом
Сильні опіати	Морфін, фентаніл, промедол
Ад'юванти	Кетамін Клонідин, дексметомідин

Доцільно розглянути періопераційне призначення прегабаліну/габапентину у пацієнток з високим ризиком нейропатичного болю в післяопераційному періоді з урахуванням протипоказань та можливих ризиків від їх застосування.

Пропофол – внутрішньовенний анестетик, що широко використовується для загальної анестезії. Найважливішим його ефектом є швидкий метаболізм. Після його використання пацієнтки швидко та повністю прокидаються. Це робить пропофол найбільш керованим внутрішньовенним гіпнотиком.

Сибазон – транквілізатор бензодіазепінового ряду. Чинить анксиолітичну, седативну, протисудомну, центральну міорелаксуючу дію, підвищує поріг больової чутливості, регулює нейровегетативні реакції.

Фентаніл є синтетичним опіоїдним болезаспокійливим засобом, який подібний до морфіну. Йому притаманна швидка і короткочасна болезаспокійлива дія. При парантеральному введенні фентаніл спричиняє виражену аналгезію, пригнічення дихання, брадикардію та інші характерні для морфіну ефекти (блювання, запор, фізичну залежність, деякі вагусні ефекти та седацію різного ступеня). Максимальний ефект триває приблизно 30 хвилин.

Мідазолам належить до групи похідних імідазобензодіазепіну. Вільна основа являє собою ліпофільну речовину з низькою розчинністю у воді.

Наявність основного атома азоту у положенні 2 імідобензодіазепінового кільця дає можливість діючій речовині, мідазоламу, утворювати з кислотами водорозчинні солі. Вони утворюють розчини для ін'єкцій, що добре переносяться.

При наявності ГАМК мідазолам зв'язується з рецепторами бензодіазепінів на каналах для іонів хлору, що призводить до активації рецепторів ГАМК і зниження збудливості підкіркових структур головного мозку. Внаслідок цього мідазолам чинить седативну і снодійну дію вираженої інтенсивності, а також анксіолітичну, протисудомну та центральну міорелаксуючу дію.

Yang L.C. та співавтори з Американського коледжу акушерів і гінекологів (ACOG), і Американська асоціація гінекологічних лапароскопістів (AAGL) погоджуються, що вагіноскопію можна розглядати під час проведення офісної гістероскопії, оскільки дослідження показали, що вона може значно зменшити процедурний біль з такою ж ефективністю. Схеми аналгезії при офісній гістероскопії, зазвичай описані в літературі, включають один агент або комбінацію кількох агентів, включаючи місцевий анестетик, нестероїдний протизапальний препарат, ацетамінофен, бензодіазепін, опіат та інтрацервікальну або парацервікальну блокаду, або обидва. На основі наявних на даний момент доказів немає клінічно значущої

різниці в безпеці або ефективності цих схем лікування болю в порівнянні між собою або плацебо [2].

Petrozza та співавтори не рекомендували використовувати премедикацію з антибіотиками перед гістероскопією, якщо у пацієнтки немає клінічно значущого захворювання клапанів в анамнезі або оклюзії труб внаслідок запального захворювання органів малого таза. При цервікальному стенозі або звивистих цервікальних каналах можна використовувати передопераційний вагінальний або пероральний мізопростол або інтраопераційний вазопресин 1% у парацервікальній формі для сприяння розширенню шийки матки і полегшення проведення процедури гістероскопії [3].

Ahmad G., Saluja S., O'Flynn H., Sorrentino A., Leach D., Watson A. було виявлено, що немає послідовних якісних доказів клінічно значущої різниці в безпеці чи ефективності між різними типами знеболювання в порівнянні один з одним або з плацебо, або без лікування у жінок, які проходили амбулаторну гістероскопію. Більшість досліджень мали нечіткість або високий ризик упередженості в більшості оцінюваних областей. Докази були низької або дуже низької якості, в основному через ризик упередженості та неточності [4].

De Silva P.M., Mahmud A., Smith P.P., Clark T.J. Спостерігали статистично значуще зменшення болю під час офісної гістероскопії, пов'язане з прийомом перед процедурою нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Повідомляли про значно більше побічних ефектів при застосуванні опіоїдів і спазмолітиків порівняно з контрольною групою, на відміну від НПЗП. Виходячи з цього, вони зробили висновок, що жінкам без протипоказань слід приймати пероральні НПЗП перед проведенням офісної гістероскопії, щоб зменшити біль під час та після процедури [5].

Kaneshiro B., Grimes D.A., Lopez L.M. переглядаючи рандомізовані контрольовані дослідження, які оцінювали втручання для зменшення болю під час стерилізації маткових труб за допомогою гістероскопії, виявили, що

використання парацервікальної блокади з лідокаїном призвело до нижчих показників болю. Але не виявлено суттєвої різниці в загальному болю між жінками, які отримували внутрішньовенну свідому седативну дію проти пероральної аналгезії. Жінки, які отримували внутрішньовенну свідому седацію, мали нижчі показники болю під час введення другого трубного пристрою порівняно з жінками, які отримували пероральне знеболювання. У порівнянні з парацервікальною блокадою фізіологічним розчином парацервікальна блокада лідокаїном зменшила біль під час деяких частин процедури. Внутрішньовенна седація призвела до зниження болю під час введення другого трубного пристрою. Однак ані парацервікальна блокада лідокаїном, ані свідомі седація суттєво не зменшили загальні показники болю під час стерилізації за допомогою гістероскопії [6].

Liu H.-L перевіряв комбіновану ефективність парекоксибу та інцизійної інфільтрації ропівакаїном для лікування болю після діагностичної гістероскопії та лапароскопії. Для оцінки комбінованого ефекту премедикації парекоксибом натрію та місцевої інфільтрації ропівокаїну на післяопераційний біль у плечі та біль при розрізах у пацієток, яким проводили діагностичну гістероскопію та лапароскопію. Післяопераційні потреби в аналгетиках були задовільнені введенням трамадолу. Премедикація парекоксибом натрію в поєднанні з місцевою інфільтрацією ропівакаїну перед розрізом може значно зменшити післяопераційний біль у плечі та біль при розрізі, а також зменшити споживання опіоїдів у пацієток, яким проводять діагностичну гістероскопію та лапароскопію [7].

Rase M.C. вивчав аналгетичний ефект бетаметазону, який вводять амбулаторним пацієнтам перед свідомою седацією в гінекологічній та акушерській хірургії. Було оцінено вплив одноразової дози бетаметазону (4 мг) перед наркозом на інтраопераційний і післяопераційний біль у 380 жінок віком від 18 до 75 років, які перенесли гінекологічні та акушерські операції (діагностичне вишкрібання, оперативні та діагностичні операції), а саме

гістероскопію, конізацію, мінілапароскопію, конусоподібну біопсію, абляцію ендометрію, допоміжні методи репродукції, штучні та терапевтичні аборти) в амбулаторних умовах. Одноразова доза бетаметазону зменшила частоту та тяжкість періопераційного болю після гінекологічних амбулаторних операцій [8].

Ahmad G. та співавтори оцінювали ефективність і безпеку фармакологічних втручань для полегшення болю у жінок, які проходять амбулаторну гістероскопію, порівняно з плацебо, без лікування або іншими фармакологічними методами лікування. Дію анальгетиків порівнювали з плацебо або відсутністю лікування. Місцеві анестетики зменшили середні показники болю під час процедури і протягом 30 хвилин. Не було чітких доказів різниці між групами в середніх показниках болю через 30 хвилин або у частоті вазовагальних реакцій. Показники болю були нижчими в групі НПЗП протягом 30 хвилин і через 30 хвилин. В одному РКД використовувався сублінгвальний бупренорфін, а в одному – пероральний трамадол. Порівняно з плацебо оцінка болю протягом 30 хвилин після процедури була знижена в групі. Не було чітких доказів різниці між групами трамадолу та плацебо через 30 хвилин. Нудота та блювання спостерігалися у 39% у групі бупренорфіну та в жодній із групи плацебо. В одному РКД (84 жінки) порівнювали місцеву інтрацервікальну анестезію з комбінованою інтрацервікальною та парацервікальною анестезією. Показники болю були вищими в групі з місцевою інтрацервікальною анестезією під час процедури протягом 30 хвилин і більше ніж за 30 хвилин. Це означає можливу користь у комбінованій групі під час процедури. Переваги при більш тривалому спостереженні були меншими. В одному РКД порівнювали спазмолітик + НПЗП з місцевою парацервікальною анестезією. Показники болю були нижчими в групі НПЗП, ніж у групі місцевої анестезії через 30 хвилин після процедури. Це свідчить про можливу користь під час процедури та через 30 хвилин після процедури. Інші порівняння включали місцеву

інтрацервікальну анестезію проти комбінованої інтрацервікальної, парацервікальної та місцевої анестезії, а також опіоїди проти НПЗЗ. Не було послідовних якісних доказів клінічно значущої різниці в безпеці чи ефективності між різними типами знеболення в порівнянні один з одним або з плацебо, або без лікування у жінок, які проходили амбулаторну гістероскопію [9].

Thangaswamy C.R. та співавтори оцінювали ефективність одноразової передопераційної дози дексаметазону в різних дозах для забезпечення післяопераційної аналгезії у пацієток, які перенесли тотальну лапароскопічну гістеректомію. Час до першої потреби в знеболюючому у пацієток у групі, де вводили дексаметазон у дозі 8 мг був значно меншим порівняно з групою, якій вводили дексаметазон у дозі 4 мг і плацебо. Загальне післяопераційне споживання фентанілу було значно меншим у пацієнтів у групі при дозі дексаметазону 8 мг порівняно з групою дексаметазону 4 мг і плацебо. Дексаметазон у дозі 8 мг, введений внутрішньовенно за 2 години до індукції, відкладає запит пацієнтки на аналгезію та зменшує загальне споживання фентанілу у пацієток, які проходять ТЛГ [10].

Fan P.-Y. та співавтори перевірили профілактику антибіотику для зниження ризику перитоніту. Це дослідження було зосереджено на клінічних проявах, результатах і ефектах профілактичного використання антибіотиків перед інвазивними методами. Було зареєстровано використання профілактичних антибіотиків і наслідки перитоніту. Результати: 26 гінекологічних процедур виконано 18 пацієткам з ХП. У 6 пацієток після інвазивних гінекологічних процедур виникло сім епізодів перитоніту. Одинадцяти процедурам передувало профілактичне лікування антибіотиками (6 перорально цефадроксилу, 1 перорально цефуроксиму, 1 перорально кліндаміцину, 1 внутрішньовенно цефтриаксону, 1 в/в цефтазидиму та 1 в/в цефазоліну). Збудники були різноманітні (стрептококи групи В, стрептококи

групи D, E. coli та Enterococcus). Усі епізоди перитоніту були успішно виліковані за допомогою внутрішньоочеревинних антибіотиків без рецидивів, неефективності техніки або смертності. Застосування профілактичного лікування антибіотиками значно знизило ризик перитоніту після інвазивних гінекологічних процедур [11].

Gregoriou O. та співавтори перевіряли потребу в антибіотикопрофілактиці при діагностичній гістероскопії. З 364 жінок, які пройшли діагностичну гістероскопію протягом цього восьмирічного періоду дослідження, 176 отримували антибіотикопрофілактику, а 188 – ні. Не було суттєвих відмінностей у поширеності післяопераційних інфекцій між жінками, які отримували антибіотикопрофілактику (0,57%), і тими, хто пройшов процедуру без профілактики (0,53%) [12].

Tanriverdi T.B. та співавтори провели порівняння седації дексметомідіном проти пропофолу під час гістероскопічної хірургії: одноцентрове рандомізоване контрольоване дослідження. Дексметомідин асоціювався з кращим знеболюванням і нижчим балом післяопераційного болю, ніж пропофол у пацієток, яким проводили гістероскопічну операцію. Проте слід більш ретельно контролювати артеріальний тиск і частоту серцевих скорочень у пацієток, які приймають дексметомідин [13].

Guo T. та співавтори перевіряли клінічні ефекти антибіотикопрофілактики при гістероскопічних процедурах: мета-аналіз. Для остаточного кількісного аналізу було визначено чотири РКД, що включають 2221 пацієтку. Зведена оцінка вказала на відсутність суттєвої різниці в частоті інфекцій між групою антибіотикопрофілактики та контрольною групою. Аналіз чутливості, заснований на хірургічній процедурі при застосуванні антибіотиків, часу спостереження та часу введення показав подібні результати [14].

Schimpf M.O., Morrill M.Y., Margulies R.U., Ward R.M., Carberry C.L., Sung V.W. перевіряли практику хірургів для антибіотикопрофілактики

в гінекологічній хірургії. Рівень відповідей склав 51%. Більшість хірургів не використовували антибіотикопрофілактику для дилатації та кюретажу без продуктів зачаття, гістероскопії та петлевої процедури висічення/конусної біопсії. Для лапароскопії без встановлення трансплантата 45,9% не використовували профілактику. Профілактика була звичайною для гістеректомії. Для серединно-уретральних слінгів 8,2% не використовували профілактику. Коли трансплантат використовувався в хірургії пролапсу, принаймні 93% хірургів застосовували певну форму профілактики антибіотиками. Лише 70% респондентів призначають антибіотикопрофілактику при гістеректомії згідно з рекомендаціями Американського коледжу акушерів і гінекологів, тоді як 78% відповідають специфікаціям Об'єднаної комісії [15].

Shojai R., Ohannessian A., Maruani J., Agostini A. перевіряли, чи показаний прийом антибіотиків при внутрішньоматкових процедурах. Профілактичне призначення антибіотиків (ПА) є ефективним для запобігання запальним захворюванням органів малого тазу (ЗЗОМТ) після гістеросальпінгографії, і їх слід проводити таким пацієнткам. Не повідомляється про жодні переваги щодо ПА у пацієнток, які перенесли внутрішньоматкову спіраль, гістероскопію (діагностичну або оперативну гістероскопію), медичний аборт або ревізію матки. Систематична ПА з тетрациклінами або імадазолами є ефективною для профілактики післяабортного ЗЗОМТ у пацієнток, які підлягають хірургічному перериванню вагітності, і її слід проводити таким пацієнткам [16].

Záhumenský J., Menzlová E., Zmrhal J., Kučera E працювали над антибіотикопрофілактикою в гінекології. Гінекологічна операція вважається чистою з можливим зараженням грампозитивними коками зі шкіри, грамнегативними бактеріями з промежини або паху, або полімікробним біоценозом з піхви, залежно від хірургічного доступу. Антибіотикопрофілактика посилює природні механізми імунітету та

допомагає виключити наявну інфекцію. При абдомінальній гістеректомії антибіотикопрофілактика значно знижує частоту післяопераційних ускладнень. Можна рекомендувати введення 2 г цефазоліну. При процедурах, що тривають більше 3 годин, доцільно повторне введення цефазоліну. Нові урогінекологічні процедури з використанням сітчастих імплантатів не були достатньо оцінені щодо післяопераційних інфекцій та можливої антибіотикотерапії. Наявність імплантату в можливо нестерильній зоні слід розглядати як високий ризик післяопераційних ускладнень [17].

Cooper N.A.M., Smith P., Khan K.S., Clark T.J. перевіряли питання, чи зменшує біль у жінок підготовка шийки матки перед амбулаторною гістероскопією. Результати: із 585 тез було відібрано шість досліджень для включення в систематичний огляд. Результати свідчать про те, що може бути користь від використання простагландинів для жінок у постменопаузі; однак немає якісних доказів того, що прийом мізопростолу перед амбулаторною гістероскопією зменшує біль, який відчують жінки репродуктивного віку. Є деякі докази того, що простагландини зменшують силу та потребу в розкритті шийки матки понад 5 мм. Немає доказів, які б рекомендували рутинне призначення міфепристону або мізопростолу жінкам перед амбулаторною гістероскопією. У жінок у постменопаузі можна розглянути можливість праймування шийки матки вагінальними простагландинами, якщо використовують гістероскопічні системи діаметром більше 5 мм [18].

Eyk N.V., Schalkwyk J. van розбиралися з доцільністю антибіотикопрофілактики в гінекологічних процедурах. Оцінені результати включають потребу та ефективність антибіотиків для запобігання інфекціям під час гінекологічних процедур. У Medline та Кокранівській бібліотеці шукали статті, опубліковані в період з січня 1978 року по січень 2011 року, на тему антибіотикопрофілактики під час гінекологічних процедур. Результати були обмежені систематичними оглядами, рандомізованими контрольними/контрольованими клінічними дослідженнями та

обсерваційними дослідженнями. Результати пошуку оновлювалися на регулярній основі та були включені до настанови до червня 2011 року. Сіра (неопублікована) література була виявлена під час пошуку на веб-сайтах оцінки технологій охорони здоров'я та агенцій, пов'язаних з оцінкою технологій охорони здоров'я, колекції настанов із клінічної практики, реєстрів клінічних випробувань та національних і міжнародних медичних спеціальних товариствах. Впровадження настанови має призвести до зниження вартості та відповідної шкоди від застосування антибіотиків, коли вони не потрібні, а також до зменшення кількості інфекцій та пов'язаних із цим захворювань, коли антибіотики продемонстрували доведену користь [19].

Michelle Y. M., Schimpf M.O., Abed H., Carberry C., Margulies R.U., White A.B. та інші перевіряли, чи потрібна антибіотикопрофілактика для окремих гінекологічних операцій. Антибіотикопрофілактика може бути корисною при аспіраційному вишкрібанні та лапаротомії в першому триместрі. Не було знайдено переваг для петлевої електрохірургічної ексцизії, гістероскопії або лапароскопічної гінекологічної хірургії. Новішим процедурам у вагінальній хірургії бракує досліджень [20].

Eyk N. V., Schalkwyk J. Van працювали над антибіотикопрофілактикою при гінекологічних процедурах. Впровадження настанови має призвести до зниження вартості та відповідної шкоди від застосування антибіотиків, коли вони не потрібні, а також до зменшення кількості інфекцій та пов'язаних із цим захворювань, коли антибіотики продемонстрували доведену користь. Усім жінкам, які підлягають абдомінальній або вагінальній гістеректомії, слід проводити антибіотикопрофілактику. Усі жінки, яким проводять лапароскопічну гістеректомію або лапароскопічну вагінальну гістеректомію, повинні отримувати профілактичні антибіотики. Вибір антибіотика для гістеректомії має бути одноразовою дозою цефалоспоринів першого покоління. При алергії на цефалоспорини слід використовувати кліндаміцин, еритроміцин або метронідазол. Профілактичні антибіотики слід вводити за

15-60 хвилин до розрізу шкіри. Додаткові дози не рекомендуються. Якщо відкрита абдомінальна процедура є тривалою (наприклад, більше 3 годин) або якщо передбачувана крововтрата становить понад 1500 мл, додаткову дозу профілактичного антибіотика можна ввести через 3-4 години після початкової дози. Антибіотикопрофілактика не рекомендована для лапароскопічних процедур, які не передбачають прямого доступу з черевної порожнини до порожнини матки або піхви. Усім жінкам, які перенесли операцію з приводу пролапсу тазових органів та/або стресового нетримання сечі, слід отримати одноразову дозу цефалоспоринів першого покоління. Антибіотикопрофілактика не рекомендована для гістероскопічної хірургії. Усім жінкам, які переносять штучний (терапевтичний) хірургічний аборт, слід профілактично приймати антибіотики, щоб зменшити ризик після абортної інфекції. Профілактичні антибіотики не рекомендовані для зниження інфекційної захворюваності після операції з приводу замерлого або неповного аборту. Антибіотикопрофілактика не рекомендована для введення внутрішньоматкової спіралі. Однак медичні працівники можуть розглянути можливість проведення скринінгу на інфекції, що передаються статевим шляхом, у групах високого ризику. Немає достатніх доказів на підтримку використання антибіотикопрофілактики для біопсії ендометрію. Найкращий метод запобігання інфекції після гістеросальпінгографії невідомий. Жінки з розширеними трубами, виявленими під час гістеросальпінгографії, належать до групи найвищого ризику, тому їм слід призначати профілактичні антибіотики (наприклад, доксициклін). Антибіотикопрофілактика не рекомендована для уродинамічних досліджень у жінок із низьким ризиком, якщо частота постуродинаміки інфекції сечовивідних шляхів не перевищує 10%. У пацієток із патологічним ожирінням (ІМТ понад 35 кг/м²) можна розглянути можливість подвоєння дози антибіотика. Застосування антибіотиків виключно для профілактики ендокардиту не рекомендується пацієнткам, які пройшли сечостатеву

процедуру [21].

Muzii L., Donato V.Di, Tucci C.Di, Pinto A. Di, Cascialli G., та інші проводили мета-аналіз рандомізованих досліджень про ефективність антибіотикопрофілактики при гістероскопії. Використання антибіотиків не є ефективним для запобігання інфекції після гістероскопії; однак відсутність якісних досліджень ускладнює зробити більш точні висновки. Враховуючи дуже низький рівень інфікування після гістероскопічних процедур, різниця, ймовірно, ніколи не буде доведена в рандомізованому дослідженні. Тому для підтвердження цих результатів необхідна більша популяція та дані програми [22].

Kasius J.C., Broekmans F.J., Fauser B.C., Devroey P., Fatemi H.M. перевіряли антибіотикопрофілактику при гістероскопії порожнини матки. Основні результати: поширеність інфекційних ускладнень після звичайної гістероскопії. З 631 жінки, які пройшли планову діагностичну гістероскопію, антибіотикопрофілактика була призначена 266 жінкам, тоді як 365 жінок пройшли процедуру без профілактики. Лише одне інфекційне ускладнення виникло (0,4%) у пацієнтки, яка не проходила терапевтичних заходів і не отримувала антибіотикопрофілактику. Це ускладнення було успішно виліковано антибіотиками амбулаторно. Враховуючи надзвичайно низький ризик інфекційних ускладнень і відсутність доказів, що свідчать про сприятливий ефект антибіотикопрофілактики, не слід рекомендувати його використання для рутинної діагностичної офісної гістероскопії [23].

Muzii L., Donato V.Di, Boni T., Gaglione R., Marana R. та інші також працювали над антибіотикопрофілактикою при операційній гістероскопії. Немає статистичних відмінностей щодо післяопераційної лихоманки, ендометриту, болю, цервіциту-вагініту, запальних захворювань органів малого тазу і кровотечі. Немає статистичних відмінностей щодо побічних ефектів, пов'язаних з антибіотикопрофілактикою, таких як алергія, нудота, блювання, діарея, цефалія, запаморочення і метеоризм. Результати поточного

дослідження підтверджують рекомендацію не призначати рутинну антибіотикопрофілактику перед оперативною гістероскопією [24].

Висновки до розділу 1

1. Гістероскопія є найсучаснішим та найбільш інформативним методом обстеження порожнини матки та лікування жіночої патології у клінічній практиці. Гістероскопія дозволяє детально розглянути порожнину матки за допомогою ендоскопа з метою діагностики та проведення лікувальних заходів при різних видах внутрішньоматкової патології.

2. Не зважаючи на мету проведення процедури гістероскопії, її види та особливості виконання, вона повинна супроводжуватись супутньою медикаментозною терапією для забезпечення високого рівня безпеки та належної якості життя пацієнток.

3. Аналіз супутньої медикаментозної терапії при гістероскопії дозволяє заключити наступне::

- антибіотикопрофілактика не є обов'язковою, якщо у пацієнтки немає інфекційних захворювань перед операцією;
- використання дексаметазону у дозі не менше, ніж 4 мг зменшує потребу в аналгезії після гістероскопії;
- пропофол більш безпечний для повної седації у порівнянні з іншими седативними препаратами;
- використання НПЗП під час операції значно зменшує ризик післяопераційного болю.
- використання денних транквілізаторів допомагає пацієнту відпочити перед операцією.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

В роботі використані записи з 31 медичної картки у вигляді ретроспективного аудиту пацієнток, яким було проведено гістероскопію у медичному центрі «Medical Plaza» ТОВ «ЕКОДНІПРО» м. Дніпра. Отримані дані було занесено до таблиць.

За віком пацієнток можна було поділити на чотири вікові групи:

- до 30 років включно - 4 людини. Середній вік пацієнток склав 27,75 років;
- до 40 років включно – 12 пацієнток. Середній вік склав 36,75 років;
- до 50 років включно – 13 людей. Середній вік пацієнток склав 43,92 року;
- до 60 років включно – 2 людей. Середній вік 58 років.

Розподіл за віком можливо подивитись на рисунку 2.1.



Рис. 2.1. Діаграма розподілу пацієнток за віком

Висновки до розділу 2

1. Найбільша кількість гістероскопій припадає на вік від 31 до 50 років. Це так званий репродуктивний вік пацієнток.
2. Належний відбір пацієнток для проведення офісної гістероскопії серед жінок із встановленою патологією матки спирається на глибокі знання та розуміння внутрішньоматкової патології, розміри вогнища ураження, глибину проникнення ураження, готовність пацієнтки пройти офісну процедуру, навички лікаря, оцінку супутніх захворювань пацієнтки та наявність належного обладнання, а також підтримку пацієнтки
3. Дослідження медичних карток – це точний метод збору інформації, адже медичні картки зберігаються протягом 50 років у медичному закладі.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО РАЦІОНАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ГІСТЕРОСКОПІЯХ

3.1 Аналіз медичних карт пацієнтів при гістероскопіях

За лікарськими засобами, які використовувалися для премедикації, можна визначити найбільш поширені це:

- транквілізатор гідазепам у дозі 0,02мг, дуже рідко 0,05мг;
- протиалергійний препарат, який підвищить знеболювальний ефект це дексаметазон;
- інгібітор протонної помпи – пантопразол для захисту слизової шлунка дуже рідко і лише за індивідуальними показами;
- в якості кровоспинного препарату використовували гемотран у дозі 1000 мг (якщо був ризик кровотечі).

Види премедикації можна побачити на рисунку 3.1.

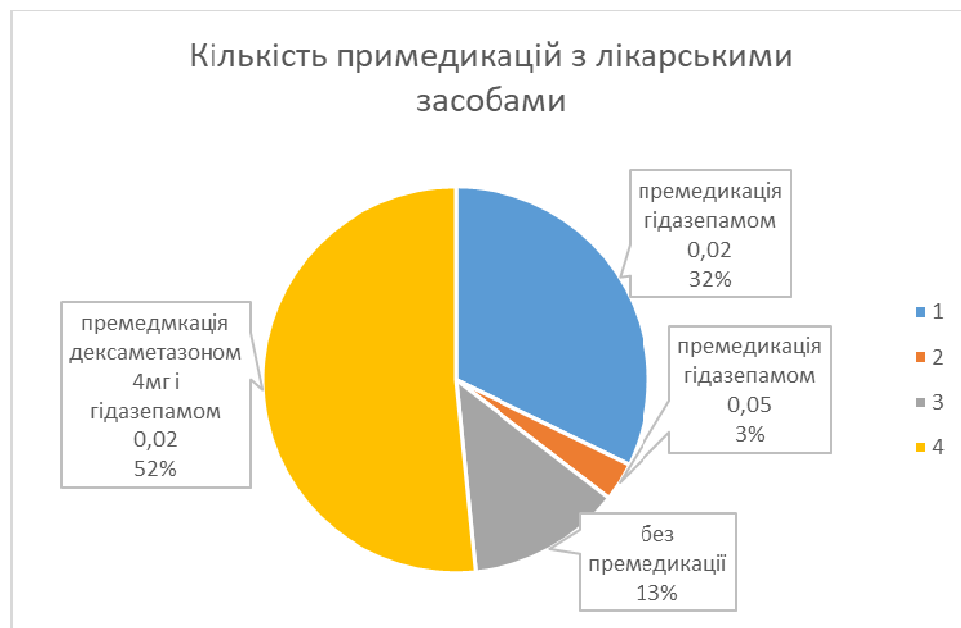


Рис. 3.1. Діаграма видів премедикації у медичному центрі «Medical Plaza»

Діагноз до операції поліп ендометрію – 28 пацієток, але були і винятки такі як:

- гіперплазія ендометрію – 1 пацієтка;
- поліп ендометрію в постменопаузі – 1 пацієтка;
- поліп ендометрію, аномальна кровотеча, гіперплазія ендометрію – 1 пацієтка;
- поліп шийки матки;
- в однієї пацієтки він ще був доповнений внутрішньовагінальною резекцією та повною перетинкою матки.

Діагноз не змінився у 28 випадках, розширився у 2 випадках, у одному зовсім змінився.

Діагнози, які було встановлено після операційного втручання можна подивитись на рисунку 3.2.

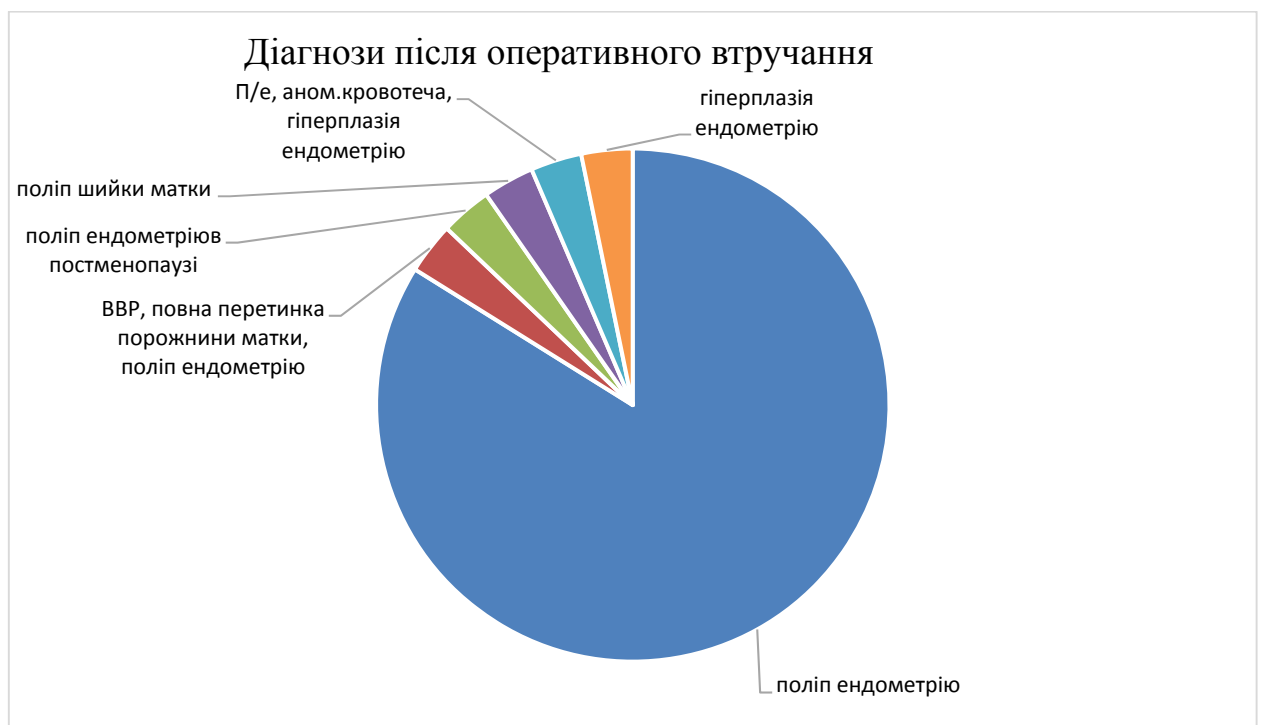


Рис. 3.2. Діаграма видів діагнозів після оперативного втручання у медичному центрі «Medical Plaza»

Для наркозу використовувалась наступна схема: транквілізатор (сибазон або мідазолам), знеболююче (фентаніл) та гіпнотик (пропофол). Також для підсилення знеболюючого ефекту та дії наркозу додавався НПЗЗ (де-спан або інфулган). Ця схема показала себе, як максимально ефективна при проведенні операцій даного типу.

Таким чином усі наркози можна згрупувати за наступними видами:

- фентаніл + пропофол – 17 пацієнток;
- фентаніл + мідазолам + пропофол – 7 пацієнток;
- фентаніл + сибазон + пропофол – 7 пацієнток.

Види анестезіологічних посібників можна побачити на рисунку 3.3.



Рис. 3.3. Діаграма видів комбінованої терапії при анестезії у медичному центрі «Medical Plaza»

Висновки до розділу 3

1. Використовуючи гідазепам пацієнток заспокоюють, тим самим даючи виспатися та відволіктися від операції.
2. Дексаметазон посилює дію наркозу.

3. НПЗЗ допомагають знеболити пацієнтів та посилити дію препаратів наркозу, коли їх вводять у процесі анестезії.

4. Використання інших препаратів за індивідуальними показами (пантопразол при проблемах ШКТ).

5. Комбінація транквілізатора, гіпнотика та знеболюючого показала себе найбільш ефективною при гістероскопіях.

6. Мідазолам показав себе як кращій препарат для наркозу, ніж Сибазон. Тож у подальшому наш центр планує повністю відмовитися від Сибазону.

ВИСНОВКИ

1. Гістероскопія є найсучаснішим та найбільш інформативним методом обстеження порожнини матки та лікування жіночої патології у клінічній практиці. Гістероскопія дозволяє детально розглянути порожнину матки за допомогою ендоскопа з метою діагностики та проведення лікувальних заходів при різних видах внутрішньоматкової патології.

2. Гістероскопія дозволяє швидке відновлення та повернення до звичного ритму життя та харчування.

3. Використання гістероскопії в ЕКЗ доводить її безпечність та ефективність.

4. Ускладнення від перевантаження рідиною можуть бути мінімізовані при ретельному периопераційному плануванні, застосуванні систем управління рідиною та оцінці внутрішньоматкових уражень, що підлягають видаленню.

5. Незважаючи на мету проведення процедури гістероскопії, її види та особливості виконання, вона повинна супроводжуватись супутньою медикаментозною терапією для забезпечення високого рівня безпеки та належної якості життя пацієнток.

6. Аналіз супутньої медикаментозної терапії при гістероскопії дозволяє заключити наступне:

- антибіотикопрофілактика не є обов'язковою, якщо у пацієнтки немає інфекційних захворювань перед операцією;
- використання дексаметазону у дозі не менше, ніж 4 мг зменшує потребу в анальгезії після гістероскопії;
- пропофол більш безпечний для повної седації у порівнянні з іншими седативними препаратами;
- комбінація транквілізатора, гіпнотика та знеболюючого показала себе найбільш ефективною при гістероскопіях;

- використання НПЗП під час операції значно зменшує ризик післяопераційного болю;
- використання гідазепаму, як заспокійливого перед операцією, дозволяє пацієнткам добре відпочити напередодні;
- використання кровоспинних препаратів та блокаторів протонної помпи при підготовці до гістероскопії не обов'язкове, а лише за показами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Закон України «Про захист персональних даних» від 01.06.2010 № 2297-VI.
2. Yang L.C. The use of hysteroscopy for the diagnosis and treatment of intrauterine pathology / URL: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/03/> (дата звернення: 09.10.2023).
3. Petrozza J.C. Hysteroscopy Treatment & Management / URL: <https://emedicine.medscape.com/article/267021-treatment?form=fpf> (дата звернення 09.10.2023).
4. Pain relief for hysteroscopy as an outpatient / Ahmad G. and others. URL: https://www.cochrane.org/CD007710/MENSTR_pain-relief-hysteroscopy-outpatient (дата звернення 09.10.2023).
5. De Silva P.M., Mahmud A., Smith P.P., Clark T.J. Analgesia for Office Hysteroscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31982584/> (дата звернення 09.10.2023).
6. Kaneshiro B., Grimes D.A., Lopez L.M. Pain management for tubal sterilization by hysteroscopy. Cochrane Database Syst Rev. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22895987/> (дата звернення 09.10.2023).
7. Combined efficacy of parecoxib and incisional ropivacaine infiltration on pain management after diagnostic hysteroscopy and laparoscopy / Liu H.-L. and others. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24343071/> (дата звернення 09.10.2023).
8. The analgesic effect of betamethasone administered to outpatients before conscious sedation in gynecologic and obstetric surgery / Pace M.C. and others. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18443343/> (дата звернення 11.10.2023).
9. Pain relief for outpatient hysteroscopy / Ahmad G. and others. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35611933/> (дата звернення 11.10.2023).
10. Dexamethasone before total laparoscopic hysterectomy: a randomized controlled dose-response study / Thangaswamy C.R. and others. URL:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20052502/> (дата звернення 11.10.2023).

11. Prophylactic Antibiotic Reduces the Risk of Peritonitis after Invasive Gynecologic Procedures / Fan P.-Y. and others. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31028109/> (дата звернення 11.10.2023).

12. Antibiotic prophylaxis in diagnostic hysteroscopy: is it necessary or not? / Gregoriou O. and others. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22512826/> (дата звернення 12.10.2023).

13. Tanriverdi T.B., Koceroglu I., Devrim S., Celik M.G. Comparison of sedation with dexmedetomidine vs propofol during hysteroscopic surgery: Single-centre randomized controlled trial. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30635940/> (дата звернення 12.10.2023).

14. The clinical effects of antibiotic prophylaxis for hysteroscopic procedures: A meta-analysis / Guo T. and others. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31441901/> (дата звернення 12.10.2023).

15. Surgeon practice patterns for antibiotic prophylaxis in gynecologic surgery Female Pelvic Med Reconstr Surg. / Schimpf M.O. and others. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22983271/> (дата звернення 13.10.2023).

16. Shojai R., Ohannessian A., Maruani J., Agostini A. Prophylactic antibiotics and intrauterine procedures. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23142354/> (дата звернення 13.10.2023).

17. Záhumenský J., Menzlová E., Zmrhal J., Kučera E. Antibiotical prophylaxy in gynecology. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24040985/> (дата звернення 13.10.2023).

18. Cooper N.A.M., Smith P., Khan K.S., Clark T.J. Does cervical preparation before outpatient hysteroscopy reduce women's pain experience? URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21797959/> (дата звернення 14.10.2023).

19. Eyk N.V., Schalkwyk J. van Antibiotic Prophylaxis in Gynaecologic Procedures Obstet Gynaecol Can. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390951/> (дата звернення 14.10.2023).

20. Antibiotic prophylaxis for selected gynecologic surgeries nt J Gynaecol Obstet / Michelle Y. M. and others URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23040720/> (дата звернення 14.10.2023).

21. Eyk N. V., Schalkwyk J. van; INFECTIOUS DISEASES COMMITTEE. Antibiotic prophylaxis in gynaecologic procedures J Obstet Gynaecol Can. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22472341/> (дата звернення 14.10.2023).

22. Efficacy of Antibiotic Prophylaxis for Hysteroscopy: A Meta-Analysis of Randomized Trials J Minim Invasive Gynecol. / Muzii L. and others URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31302246/> (дата звернення 14.10.2023).

23. Antibiotic prophylaxis for hysteroscopy evaluation of the uterine cavity Fertil Steril. / Kasius J.C. and others URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20869050/> (дата звернення 14.10.2023).

24. Antibiotics Prophylaxis for Operative Hysteroscopy Reprod Sci. / Muzii L. and others URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27470152/> (дата звернення 14.10.2023).

25. Заболотько В.М. Нормативно-директивні документи по спеціальності «Акушерство та гінекологія». I, II частини. К.: Медінформ. 2000, 2002.

26. Патологія шийки та тіла матки. Посібник для лікарів/ Під редакцією проф. Коханевича Є.В. – Ніжин: Гідромакс, 2009. – 350с.

27. Пирогова В.І., Вереснюк Н.С. Діагностична та оперативна гістероскопія. Навчальний посібник – Львів: 2012. – 112с.

28. Наказ МОЗ України № 1614 від 03.08.2021 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення».

29. Наказ МОЗ України № 1102 від 16.06.2023 «Про затвердження п'ятнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

30. Наказ МОЗ України № 59 від 21.01.2014 року «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги з питань плануванні сім'ї».

31. Наказ МОЗ України № 110 від 14.02.2012 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

32. Наказ МОЗ України № 751 від 28.09.2012 «Про створення та впровадження медико-технологічних зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України».

33. Наказ МОЗ України № 1039 від 17.06.2022 « Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Менопаузальні порушення та інші розлади в перименопаузальному періоді».

34. Наказ МОЗ України № 110 від 14.02.2012 року «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

35. Наказ МОЗ України № 29 від 21 січня 2016 року «Про внесення змін до первинних облікових форм та інструкцій щодо їх заповнення».

36. Наказ МОЗ України № 353 від 13 квітня 2016 року «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при аномальних маткових кровотечах».

37. Наказ МОЗ України № 587 від 28 лютого 2020 року «Деякі питання ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я».

38. Наказ МОЗ України № 586 від 28.02.2020 року «Про затвердження Порядку направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я та фізичних осіб - підприємців, які в установленому законом порядку одержали ліцензію

на провадження господарської діяльності з медичної практики та надають медичну допомогу відповідного виду».

39. Вдовиченко Ю. П. Оптимізація медико-соціальної допомоги зі збереження репродуктивного здоров'я дівчаток-підлітків/ Ю. П. Вдовиченко, Т. М. Тітенко // ПАГ. – 2006. – № 3. – 57с.

40. Гінекологія : підручник/ за ред. В. І. Грищенко. – Х.: Основа, 2003. – 734 с.

41. Краснопільський В. І. Планування сім'ї та репродуктивне здоров'я дівчаток-підлітків і молодих жінок/ Краснопільський В.І., Савельєва І.С., Білохвостова Ю.Б. // Гінеколог. – 2005. – № 10. – 250с.

42. Efficacy of dienogest in thinning the endometrium before hysteroscopic surgery / Kodama M. and others/ URL: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/03/the-use-of-hysteroscopy-for-the-diagnosis-and-treatment-of-intrauterine-pathology> (дата звернення 30.10.2023).

43. Наказ МОЗ України № 417 від 15.07.2011 року "Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні".

44. Контроль періопераційного болю. Адаптована клінічна настанова заснована на доказах. Глумчер Ф.С. та ін. / URL: https://doctorthinking.org/2018/06/control_pain (дата звернення 31.10.2023).

45. Наказ МОЗ України № 110 від 14.02.2012 року «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування».

46. Наказ МОЗ України № 869 від 05.05.2021 року «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіперплазія ендометрія».

47. Сайт лікарні «Garvis» / URL: <https://garvis.com.ua/uk/gisteroskopiya-i-gisterorezektoskopiya/> (дата звернення 05.12.2023).

48. Сайт центру репродукції «Благодар» / URL: <https://blagodar.org/ua/gisteroskopia/> (дата звернення 05.12.2023).

49. Сайт Репролайф / URL: <https://reprolife.ua/gisteroskopiya/> (дата звернення 05.12.2023).

50. Сайт медичного центру «Стардоктор» / URL: https://stardocor.com.ua/ua/directions/instrumentalnadiagnostika/gisteroskopiya/?gclid=CjwKCAiAqY6tBhAtEiwAHeRopUvvvOijqvDAxaskppYDVaWNjJUdnyz13ZuIwSNVeIrrmOgBYC8RoC5bIQAvD_BwE/ (дата звернення 05.12.2023).

51. Сайт медичного центру «Мед Сіті» / URL: <https://medcity.ua/ua/services/gynekologyua/gisteroskopiya/> (дата звернення 05.12.2023).

52. Сайт медичного центру «Мати та дитина» / URL: <https://mdclinics.com.ua/ua/news/gisteroskopiya-ta-ii-rol-u-likuvanni-bezplidnya/> (дата звернення 05.12.2023).

53. Сайт Академічного медичного центру «Мудрий лікар» / URL: <https://wisedoc.com.ua/konsultacii/konsultacija-ginekologa/20-kompleksnoe-zhenskoe-obsledovanie-zhenskoe-zdorove/> (дата звернення 05.12.2023).

54. Сайт лабораторії CSD / URL: https://www.csdlab.ua/tservikalnyy-skryninh?gad_source=1&gclid=CjwKCAiAkp6tBhB5EiwANTCxlJNcbAO4xXw0EwtYTV_cu2H03YmAe2wcx5qwe3x4jCKuuvRwRV4HnxoCRR8QAvD_BwE/ (дата звернення 05.12.2023).

55. Сайт Клініки судинних інновацій / URL: https://innohealth.com/zhinoche_zdorovyua/ (дата звернення 05.12.2023).

56. Сайт клініки Святої Катерини / URL: <https://svekaterina.ua/pro-zhinoche-zdorovyua/> (дата звернення 05.12.2023).

57. Сайт Я живу! Здорово! / URL: https://ua-m.iliveok.com/health/istoriya-rozvytku-gisteroskopiya_85084i15993.html (дата звернення 05.12.2023).

58. Сайт медичного центру «Medical Plaza» / URL: <https://medicalplaza.ua/uk/content/operativnaya-ginekologiya/> (дата звернення 05.12.2023).

Національний фармацевтичний університет

Факультет медико-фармацевтичних технологій
Кафедра клінічної фармакології та клінічної фармації
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 226 Фармація, промислова фармація
Освітня програма Клінічна фармація

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
клінічної фармакології та
клінічної фармації

Ігор КІРЕСВ

« 12 » вересня 2023 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧКИ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Марії ВАРИВОД

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Клініко-фармацевтичні підходи до раціональної терапії при гістероскопіях у медичному центрі «Medical Plaza» (м. Дніпро)»,
керівник кваліфікаційної роботи: Сергій ШЕБЕКО, д.фарм.н., професор,
затверджений наказом НФаУ від « 01 » листопада 2023 року № 242
2. Строк подання здобувачкою вищої освіти кваліфікаційної роботи: грудень 2023 р.
3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: гістероскопія, премедикація, знеболення, анестезіологічний посібник, медикаментозна терапія.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):
провести огляд літератури та надати загальну характеристику процедурі гістероскопії, проаналізувати сучасні підходи до супутньої медикаментозної терапії при проведенні гістероскопії, проаналізувати анестезіологічні протоколи при проведенні гістероскопії, провести клініко-фармацевтичний аналіз лікарських призначень при проведенні гістероскопії у медичному центрі «Medical Plaza» (м. Дніпро), визначити раціональні підходи до супутньої медикаментозної терапії при гістероскопіях.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень):
таблиць – 1, рисунків – 4

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
I	Сергій ШЕБЕКО, професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.
II	Сергій ШЕБЕКО, професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.
III	Сергій ШЕБЕКО, професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації НФаУ	12.09.2023 р.	12.09.2023 р.

7. Дата видачі завдання: « 12 » вересня 2023 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів кваліфікаційної роботи	Примітка
1	Проведення аналізу літератури та інтернет джерел з лікування та терапії при проведенні гістероскопії.	вересень 2023 р.	виконано
2	Збір методів та матеріалів дослідження. Відбір медичних карток пацієнток у медичному центрі «Medical Plaza».	жовтень 2023 р.	виконано
3	Обробка та аналіз отриманих результатів з премедикації у підготовці до гістероскопії у пацієнток медичного центру «Medical Plaza».	листопад 2023 р.	виконано
4	Аналіз анестезіологічних протоколів при проведенні гістероскопій у медичному центрі «Medical Plaza».	листопад - грудень 2023 р.	виконано
5	Оформлення роботи та супровідних документів, подача до Екзаменаційної комісії НФаУ.	грудень 2023 р.	виконано

Здобувачка вищої освіти

_____ Марія ВАРИВОД

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ Сергій ШЕБЕКО

ВИТЯГ З НАКАЗУ № 242
по Національному фармацевтичному університету
від 01 листопада 2023 року

Затвердити тему, керівника та рецензента кваліфікаційної роботи здобувачу вищої освіти заочної форми здобуття освіти факультету медико-фармацевтичних технологій НФаУ 2024 року випуску:

№ з/п	Прізвище, ім'я по батькові здобувача вищої освіти	Тема кваліфікаційної роботи (українською мовою)	Тема кваліфікаційної роботи (англійською мовою)	Керівник кваліфікаційної роботи	Рецензент кваліфікаційної роботи
1.	Варивод Марія Сергіївна	Клініко-фармацевтичні підходи до раціональної терапії при гістероскопіях у медичному центрі "Medical Plaza" (м. Дніпро)	Clinical and pharmaceutical approaches to rational therapy during hysteroscopies in the medical center "Medical Plaza" (Dnipro)	проф. Шебеко С.К.	проф. Должикова О. В.

ПІДСТАВА: службова записка завідувача кафедри про затвердження теми кваліфікаційної роботи, керівника та рецензента.
З оригіналом згідно.

Декан факультету медико-фармацевтичних технологій  О.І. Набока

ВИСНОВОК

**Комісії з академічної доброчесності про проведену експертизу
щодо академічного плагіату у кваліфікаційній роботі
здобувача вищої освіти**

№ 125268 від « 1 » січня 2024 р.

Проаналізувавши випускну кваліфікаційну роботу за магістерським рівнем здобувача вищої освіти денної форми навчання Варивод Марії Сергіївни, 2 курсу, _____ групи, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація, на тему: «Клініко-фармацевтичні підходи до раціональної терапії при гістероскопіях у медичному центрі "Medical Plaza" (м. Дніпро) / Clinical and pharmaceutical approaches to rational therapy during hysteroscopies in the medical center "Medical Plaza" (Dnipro)», Комісія з академічної доброчесності дійшла висновку, що робота, представлена до Екзаменаційної комісії для захисту, виконана самостійно і не містить елементів академічного плагіату (компіляції).

**Голова комісії,
професор**



Інна ВЛАДИМИРОВА

0%

20%

ВІДГУК

**наукового керівника на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти
магістр, спеціальності 226 Фармація, промислова фармація**

Марії ВАРИВОД

**на тему: «Клініко-фармацевтичні підходи до раціональної терапії при
гістероскопіях у медичному центрі «Medical Plaza» (м. Дніпро)»**

Актуальність теми. Гістероскопія є найсучаснішим та найбільш інформативним методом обстеження порожнини матки та лікування жіночої патології у клінічній практиці, яка повинна супроводжуватись супутньою медикаментозною терапією для забезпечення високого рівня безпеки та належної якості життя пацієнток.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість. Випускна кваліфікаційна робота присвячена оптимізації лікарських призначень при підготовці та проведенні процедури гістероскопії, при її застосуванні з різною лікувально-діагностичною метою. На підставі отриманих даних було перевірено виконання раціональної терапії при підготовці до оперативного втручання, у процесі наркозу та після завершення маніпуляцій. Визначено раціональні підходи до супутньої медикаментозної терапії при гістероскопіях, що було впроваджено до практичної діяльності медичного центру «Medical Plaza» ТОВ «ЕКОДНІПРО» м. Дніпра.

Оцінка роботи. Робота виконана на достатньому науково-методичному рівні з використанням необхідної кількості первинного матеріалу, а саме результатів аналізу 31 медичної карти пацієнток, що проходили гістероскопію у медичному центрі. Здобувач опрацював достатню кількість наукової літератури щодо проблеми медичного забезпечення при виконанні гістероскопій. Робота є актуальною, має практичну та наукову цінність.

Загальний висновок та рекомендації про допуск до захисту. Робота виконана у повному обсязі, оформлена відповідно до чинних вимог «Положення про порядок підготовки та захисту кваліфікаційних робіт у Національному фармацевтичному університеті» та може бути рекомендована до подачі в Екзаменаційну комісію з метою подальшого захисту..

Науковий керівник

Сергій ШЕБЕКО

«08» грудня 2023 р.

РЕЦЕНЗІЯ

**на кваліфікаційну роботу ступеня вищої освіти магістр, спеціальності
226 Фармація, промислова фармація**

Марії ВАРИВОД

**на тему: «Клініко-фармацевтичні підходи до раціональної терапії при
гістероскопіях у медичному центрі «Medical Plaza» (м. Дніпро)»**

Актуальність теми. Раціональне використання лікарських засобів при проведенні процедури гістероскопії є актуальною проблемою сучасної медичної практики, оскільки дана процедура потребує належного медичного супроводження для забезпечення високого рівня безпеки, ефективності лікувально-діагностичних заходів та якості життя пацієнток.

Теоретичний рівень роботи. Літературний огляд, проведений за тематикою дослідження, висвітлює питання щодо загальної характеристики процедури гістероскопії, проблем належної медичної терапії при її проведенні та окреслює перспективи проведення досліджень у даному науковому напрямку. Здобувачем грамотно визначена мета, завдання, об'єкт та предмет дослідження, якісно сформульовано практичне значення отриманих результатів.

Пропозиції автора по темі дослідження. Випускна кваліфікаційна робота присвячена клініко-фармацевтичному аналізу раціональних принципів супутньої медикаментозної терапії при проведенні гістероскопії в гінекологічній практиці на прикладі медичного центру «Medical Plaza» (м. Дніпро). На підставі даних аналізу 31 медичної картки жінок, які проходили дану процедуру у медичному центрі, було визначено раціональні підходи до супутньої медикаментозної терапії при проведенні гістероскопій з перспективою їх впровадження у подальшій гінекологічній практиці.

Практична цінність висновків, рекомендацій та їх обґрунтованість.

Отримані результати дозволили розробити раціональні підходи до супутньої медикаментозної терапії при проведенні гістероскопії, що були впроваджені у практичну діяльність медичного центру «Medical Plaza» (м. Дніпро).

Недоліки роботи. Поодинокі граматичні та орфографічні помилки не впливають на загальну позитивну оцінку роботи.

Загальний висновок і оцінка роботи. Робота відповідає вимогам, що висуваються до кваліфікаційних робіт в НФаУ та може бути рекомендована до захисту.

Рецензент _____

проф. Олена ДОЛЖИКОВА

«11» грудня 2023 р.

МОЗ України
Національний фармацевтичний університет

ВИТЯГ З ПРОТОКОЛУ №24

Засідання кафедри _____ клінічної фармакології та клінічної фармації _____

Національний фармацевтичний університет

м. Харків

«22» грудня 2023 р.

СЛУХАЛИ: Про представлення до захисту в Екзаменаційній комісії випускної кваліфікаційної роботи на тему: **«Клініко-фармацевтичні підходи до раціональної терапії при гістероскопіях у медичному центрі «Medical Plaza» (м. Дніпро) / Clinical and pharmaceutical approaches to rational therapy during hysteroscopies in the medical center «Medical Plaza» (Dnipro)»** здобувачки вищої освіти 2 курсу, спеціальність – 226 Фармація, промислова фармація, освітня програма – Клінічна фармація, заочна форма здобуття освіти, НФаУ 2024 року випуску

Варивод Марії Сергіївни

прізвище, ім'я та по батькові

Керівник: професор закладу вищої освіти кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації, д.фарм.н., професор Шебеко С.К.

Рецензент: професор закладу вищої освіти кафедри клінічної лабораторної діагностики, д.фарм.н., професор Должикова О.В.

В обговоренні кваліфікаційної роботи брали участь:

Зав. кафедри, проф. І.В. Кіреєв; проф. С.К. Шебеко; доц. Н.П. Безугла; доц. В.В. Пропіснова; доц. С.В. Місюрьова; доц. І.А. Отрішко; доц. О.О. Тарасенко; доц. К.М. Ткаченко; доц. О.С. Попов; ас. Т.С. Жулай; ас. К.В. Вєтрова.

ПОСТАНОВИЛИ: Рекомендувати до захисту в ЕК кваліфікаційну роботу здобувачки вищої освіти

Варивод Марії Сергіївни

прізвище, ім'я та по батькові

На тему: «Клініко-фармацевтичні підходи до раціональної терапії при гістероскопіях у медичному центрі «Medical Plaza» (м. Дніпро) / Clinical and pharmaceutical approaches to rational therapy during hysteroscopies in the medical center «Medical Plaza» (Dnipro)»

Завідувач кафедри



Ігор КІРЕЄВ

(підпис)

Секретар



Катерина ТКАЧЕНКО

(підпис)

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ПОДАННЯ
ГОЛОВІ ЕКЗАМЕНАЦІЙНОЇ КОМІСІЇ
ЩОДО ЗАХИСТУ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ**

Направляється здобувачка вищої освіти Марія ВАРИВОД до захисту кваліфікаційної роботи за галуззю знань 22 Охорона здоров'я спеціальністю 226 Фармація, промислова фармація освітньою програмою Клінічна фармація на тему: «Клініко-фармацевтичні підходи до раціональної терапії при гістероскопіях у медичному центрі «Medical Plaza» (м. Дніпро)»

Кваліфікаційна робота і рецензія додаються.

Декан факультету _____ / Ольга НАБОКА /

Висновок керівника кваліфікаційної роботи

Здобувачка вищої освіти Марія ВАРИВОД виконала весь обсяг робіт. Кваліфікаційна робота може бути рекомендована до подачі в Екзаменаційну комісію НФаУ для подальшого її захисту.

Керівник кваліфікаційної роботи

Сергій ШЕБЕКО

«08» грудня 2023 р.

Висновок кафедри про кваліфікаційну роботу

Кваліфікаційну роботу розглянуто. Здобувачка вищої освіти Марія ВАРИВОД допускається до захисту даної кваліфікаційної роботи в Екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри
клінічної фармакології та
клінічної фармації

Ігор КІРЕЄВ

«22» грудня 2023 р.

Кваліфікаційну роботу захищено

у Екзаменаційній комісії

«14» лютого 2024 р.

З оцінкою _____

Голова Екзаменаційної комісії,

доктор фармацевтичних наук, професор

_____ /Оксана МІЩЕНКО/