

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДУ «ЦЕНТРАЛЬНИЙ МЕТОДИЧНИЙ КАБІНЕТ
З ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ МОЗ УКРАЇНИ»
ДО «ЦЕНТР ТЕСТУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАХІВЦІВ З
ВИЩОЮ ОСВІТОЮ НАПРЯМІВ ПІДГОТОВКИ «МЕДИЦИНА» І «ФАРМАЦІЯ»
ПРИ МІНІСТЕРСТВІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»
ДВНЗ «ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ»

МАТЕРІАЛИ

**XV Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ

**(з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України
за допомогою відеоконференц-зв'язку)**

*17–18 травня 2018 року
м. Тернопіль*

Тернопіль
ТДМУ
«Укрмедкнига»
2018

УДК 378:61(063)(477)

Відповідальний за випуск: проф. А. Г. Шульгай.

Актуальні питання вищої медичної освіти в Україні (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали XV Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю (Тернопіль, 17–18 трав. 2018 р.) / Терноп. держ. мед. ун-т імені І. Я. Горбачевського. – Тернопіль : ТДМУ, 2018. – 540 с.

4. Розглянути питання про відповідність підручників, навчальних посібників сучасним міжнародним медичним стандартам.

Відповідно до нового навчального плану при вивченні дисципліни «акушерство і гінекологія» змінюється обсяг годин з 360 годин / 12 кредитів, з них 30 – лекційних, 190 – практичні заняття, 140 – СРС на 345 годин / 11,5 кредитів, з них 20 – лекційних, 160 – практичні заняття, 165 – СРС.

Згідно із внесеними змінами в типову програм (від 2015 року) загальна кількість модулів з дисципліни складає 3: 4 курс – Модуль 1. «Захворювання органів жіночої репродуктивної системи. Планування сім'ї». 5 курс – Модуль 2. «Фізіологічний та патологічний перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду». 6 курс – Модуль 3. «Акушерство та гінекологія». Цей розподіл довів свою доцільність. Більшість фахівців ВНЗ підтримують пропозицію щодо об'єднання двох модулів з фізіологічного та патологічного акушерства в один. Можливо при цьому, дещо збільшити або перерозподілити кількість годин та визначитись з питаннями, які необхідно вивчати. Слід виключити або значно обмежити у змісті нової типової програми теми та питання з акушерства та гінекології, які не відповідають спеціальним компетенціям, спеціальним результатам згідно галузевих стандартів. Зокрема, з гінекологічної тематики (нейроендокринні синдроми, ендометріоз, дитяча гінекологія, репродуктивна медицина, онкологія) та акушерства (більшість екстрагенітальних захворювань у вагітних, догляд за новонародженими). Більшість фахівців підтримує пропозицію розподілити між 4 та 6 курсом, 5 та 6 курсом теми, що повторюються, та зробити наголос на вивченні на 6 курсі тем з невідкладних станів в акушерстві та гінекології. Деякі фахівці вважають недоцільним необхідність скорочення навчальної програми з дисципліни, тому що на 6 курсі теми, з яких отримані базові знання на 4 та 5 курсах, розглядаються з фахових позицій поглиблено, враховуючи клінічні ситуації та тестові завдання формату КРОК – 2. Є пропозиція відмінити обов'язкове написання навчальних історій з акушерства і гінекології, враховуючи підготовку, в першу чергу лікарів загальної практики. Замінити написання історій слід курацією вагітних та роділь та гінекологічних хворих під час виробничої практики або винести на самостійну роботу студентів (СРС).

Залишається відкритим питання виробничої практики. Деякі ВНЗ змінили порядок проходження практики студентами: 4 курс – гінекологічна лікарська практика в гінекологічному стаціонарі, 5 курс – акушерська поліклінічна практика в жіночих консультаціях.

Також провідні фахівці вважають, що слід об'єднати створення типових навчальних програм, а саме програми для вітчизняних, іноземних студентів, і програми з виробничої практики на 4 та 5 курсах під керівництвом однієї опорної кафедри (ОНМедУ). На сьогодні ці програми

створені в різні роки і різними кафедрами. Можливо слід об'єднати типову навчальну програму та програму з виробничої практики з акушерства та гінекології в єдину з метою дотримання наступності (спадкоємності) в навчанні. Вирішити питання включення навчальних годин з виробничої практики в загальні години навчального плану на 4 та 5 курсах. Рекомендувати проводити виробничу практику під час семестру, а не як літню виробничу практику в липні.

Щодо відповідності підручників, навчальних посібників сучасним міжнародним медичним стандартам з надання допомоги. Наказ МОЗ № 1422 від 29.12.2016р., та інформаційної довідки МОЗ від 29.12.2017р. дозволяє українським лікарям використовувати у своїй практиці міжнародні клінічні протоколи. У зв'язку з цим, доцільним було б створення робочі групи з перевидання існуючих навчальних посібників для студентів згідно міжнародних сучасних медичних стандартів з урахуванням рекомендацій МОЗ України.

В більшості ВНЗ протягом останніх років змінено формат лекцій та практичних занять. Це стосується інтерактивних технологій навчання, які сприяють засвоєнню до 70% матеріалу. Найбільш популярними є ділові ігри, "мозковий штурм", кейс-ситуації.

Необхідність усунення недоліків у підготовці майбутніх лікарів прийнято вважати наслідком застарілих і недосконалої навчальних програм, надмірною кількістю студентів у групах. Як з цим можна не погодитися? Однак, пошуки виходу із ситуації, що склалася в медичній освіті, мають наштовхнути нас на прийняття рішень, які забезпечать позитивні результати.

Висновки. Першочерговими завданнями щодо удосконалення навчально-методичного забезпечення студентів є ретельна підготовка програми нового покоління з дисципліни «акушерство та гінекологія» для 4–6 курсів додипломної підготовки фахівців у ВНЗ МОЗ України.

Література

1. Шляхи реформування системи вищої медичної освіти в Україні в сучасних умовах / О. В. Лінчевський, В. М. Черненко, Ю. С. П'ятницький, І. Є. Булах // Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні : Матеріали XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ.- Медична освіта, 2017.- № 3.- С. 6-9.

2. Організація навчального процесу у вищих навчальних закладах Міністерства охорони здоров'я України в умовах впровадження Закону України «Про вищу освіту» (за підсумками моніторингу в 2016 р.) / Ю. С. П'ятницький, І. В. Мельник, М. О. Поліщук, Ю. І. Фисун // Актуальні питання якості медичної освіти : матеріали XIII Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. – С. 22–26.

РЕТРОСПЕКТИВНИЙ ОГЛЯД ПОШИРЕННЯ АДЕНОМІОЗУ В ЖІНОК ІЗ СУПУТНЬОЮ ГІНЕКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Запорожченко М.Б., Сидоренко А.В.

Одеський національний медичний університет

Вступ Одними з найбільш часто зустрічаємих хвороб жіночої статеві системи є міома матки та аденоміоз. Міома

матки та аденоміоз відносяться до найбільш частих гінекологічних захворювань після запальних процесів. Міому

матки при профілактичних оглядах вперше виявляють у 1–5 % обстежуваних, серед гінекологічних хворих – до 30–35 %. Ендометріоз зустрічається у жінок будь-якого віку незалежно від соціального стану. За даними деяких учених, частота генітального ендометріозу коливається від 12 до 50 %. Частота спільної зустрічальності міоми матки і аденоміозу досить велика і коливається від 35 до 80 % [1].

Незважаючи на те що вивчення аденоміозу триває вже понад 150 років, до сьогоднішнього дня немає єдиної думки про етіологію та патогенез даного захворювання. Данних про частоту виникнення різних форм аденоміозу в літературі порівняно мало. [2].

Метою нашого дослідження стало вивчення поширеності аденоміозу у жінок що мають поєднану патологію міома матки та аденоміоз. Порівняння морфологічних особливостей внутрішнього ендометріозу при поєднанні його з міомою матки, у жінок які перенесли оперативне лікування.

Матеріали та методи. Нами були вивчені архівні матеріали медичної документації гінекологічного відділення ООКМЦ за 2017 рік, що є клінічною базою ОНМедУ, кафедри акушерства та гінекології № 1. Ретроспективно досліджено поширеність ендометріозу у жінок що мають поєднану патологію міома матки та аденоміоз, які перенесли оперативне лікування.

Результати та їх обговорення. Були відібрані та вивчені морфологічні зразки отримані в результаті проведених 108 гістеректомій у жінок. Весь матеріал пройшов ретельне патогістоморфологічне дослідження.

З них аденоміоз як самостійне захворювання виявлений у 13 (12 %) випадках, лейоміоми звичної будови в поєднанні з аденоміозом у 30 (27,8 %) випадках. Лейоміоми звичної будови без аденоміозу 24 (22,2 %) випадки, лейоміоми особливих гістологічних форм 25 (23 %), лейоміоми особливих гістологічних форм в поєднанні з аденоміозом в 5 (4,6 %) випадках, лейоміоматоз 3 (2,8 %), інша патологія 8 (7,4 %). Загалом аденоміоз в тій чи іншій формі був виявлений у 48 пацієнток. Вік прооперованих хворих від 33 до 62 років. Процентне співвідношення пацієнток з аденоміозом склало 44,44 %.

Всі прооперовані хворі мали симптоматичний клінічний перебіг захворювання у вигляді больового синдрому, АМК, анемії, диспареунії або «об'ємних» розмірів пухлини, ріст пухлин, синдром стиснення суміжних органів.

Так як аденоміозом та міомою матки переважно страждають жінки репродуктивного віку для аналізу поширеності патології нами була обрана група хворих до 47 років. Кількість таких пацієнток у яких був виявлений аденоміоз, як самостійне захворювання або в поєднанні з тією чи іншою патологією – 25, що склало 52,08 % від прооперованих пацієнток (гістеректомія) в цій віковій групі.

Процентне співвідношення у хворих з аденоміозом у пацієнтів фертильного віку вище, ніж у загальній групі – 52,08 % проти 44,44 %

Внутрішній ендометріоз рідко буває ізольованим. Він часто асоціюється з іншою патологією матки, такими як

міома матки, гіперплазія ендометрію, кістами яєчників.

З 25 випадків аденоміоз в «чистому» вигляді тобто аденоміоз з ураженням тільки стінки матки був виявлений тільки в одному випадку.

Найбільш часто зустрічається аденоміоз в поєднанні з лейоміомою, гіперплазією ендометрію (проста, комплексна, поліповидна) – 8 випадків, що склало 32 %, аденоміоз з лейоміомою при відсутності гіперплазії ендометрію – 4 випадки, що склало 16 %. Аденоміоз в поєднанні з лейоміомою, гіперплазією ендометрію та кістами яєчника – 3 випадки, що склало 12 %.

В цілому ж випадки поєднання аденоміозу з лейоміомою в виділеній групі – 17 випадків, що становить 68 %. Така висока цифра змушує замислитися про вплив аденоміозу на розвиток лейоміом у жінок фертильного віку.

Серед форм ураження однозначно домінували дифузно-вогнищева (9 випадків – 36 %),вогнищева форма (7 випадків – 28 %), дифузна (6 випадків – 24 %).

За ступенем поширеності аденоміозу переважали випадки з першою та третьою стадією ураження – по 9 випадків, що становить 36 %.Другою стадією 4 випадка (16 %),та четверта стадія у 3 випадках (12 %).

При першій та другій стадіях домінували «малі» форми ураження, при третій та четвертій – більш виражені форми – дифузна з наявністю вогнищ та дифузна з наявністю вузлів.

Висновки. Вивчення патогенезу поєднаних захворювань продовжує залишатися актуальним в сучасній гінекології не лише із-за високої частоти їх зустрічальності, а й значного негативного впливу на репродуктивну систему та загальний стан здоров'я жінок. [4] Проблема аденоміозу з урахуванням його поширеності очевидно змусить нас ще не раз повертатися до цієї теми.Частота поєднання аденоміозу з вузловими утвореннями міометрія ставить питання про взаємний вплив цих процесів, і, можливо змусить нас розглядати аденоміоз, як провокативний фактор з розвитку лейоміом.

Література

1. Сидорова І. С. Міома матки і аденоміоз / Источник: <http://greenworld.zakupka.com/articles/4195-mioma-matki-i-adenomioz-kafedra-akusherstva-i-ginekologii-fppov-mma-im-i-m-sechenova/>
2. Дамиров М.М. Гиперпластические процессы в матке: роль фосфоинозидов в патогенезе, диагностике и в оценке результатов лечения. Дисс ... д-ра мед. наук. – Спб.; 2000.
3. Adenomyosis: US features with histologic correlation in an in vitro study / M. Atri, C. Reinhold, A.R. Mehio et al // Radiology.– 2000. – 215. – P.783-790.
4. Пашков В.М.Дифференциальный подход к диагностике и хирургическому лечению женщин с доброкачественными заболеваниями матки. Дисс...д-ра мед. наук. – М., 2004