

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №5. Післяпологова та післяабортна контрацепція

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет медичний
Кафедра акушерства і гінекології

**ЗАТВЕРДЖУЮ**
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«01» вересня 2023 р.

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З
ВИБІРКОВОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, 4 курс
Вибіркова дисципліна «ПЛАНУВАННЯ СІМ'Ї. КОНТРАЦЕПЦІЯ»
Практичне заняття №5. Тема: «Післяпологова та післяабортна
контрацепція»


Методична розробка семінарського заняття, ОПП «Медицина», 4 курс, медичний факультет. Вибіркова дисципліна: «Планування сім'ї. Контрацепція»

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства і гінекології
Одеського національного медичного університету
Протокол № 1 від 28.08.2023 р

Завідувач кафедри _____  Ігор ГЛАДЧУК

Розробники: к.мед.н., доцент _____



Лавриненко Г.Л.

к.мед.н., асистент _____



Шевченко О.І.

Практичне заняття №5

Тема: «Післяпологова та післяабортна контрацепція»

Мета: Вивчити питання планування сім'ї та консультування по вибору методу контрацепції у післяпологовому та післяабортному періоді.

Основні поняття: Особливості консультування в післяпологовому періоді. Фізіологія післяпологового періоду. Методи контрацепції у післяпологовому періоді. Принципи грудного вигодування. Особливості консультування жінок, пов'язаних з абортom. Перебіг післяабортного періоду. Методи контрацепції у післяабортному періоді.

Обладнання: Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, муляжі, відеоматеріали, результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби.

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

Стан репродуктивного здоров'я залежить від умов його формування та збереження упродовж життя кожної особи.

Світова спільнота занепоєна ситуацією з абортами і постійно працює над удосконаленням заходів та методів попередження непланованої вагітності. Уникнення непланованої і ризикованої вагітності є основною стратегією зменшення малюкової та материнської смертності. Існує чимало даних про те, що застосування контрацептивів зменшує аборти.

Збереження репродуктивного здоров'я в післяпологовому періоді є також актуальною проблемою сучасності. Інтервал часу в 2-3 роки між пологами важливий як для матері, так і для дитини. Так як цей інтервал допомагає матері відновити своє тіло від фізіологічного стресу вагітності та поповнити резерви живлення, що в (ідеалі) надає їй час на годування груддю немовля, та дозволяє сфокусувати свою увагу на дитині протягом перших важливих років життя дитини.

Важливими ефективними цільовими заходами можуть стати впровадження післяпологової та післяабортної контрацепції з дотриманням прав пацієнта, його бажання, можливостей, прихильності до застосування того чи іншого контрацептиву.

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність проводити консультування з питань планування сім'ї;

Перелік дидактичних одиниць:

- консультування в післяпологовому періоді;
- фізіологія післяпологового періоду;
- методи контрацепції у післяпологовому періоді;
- принципи грудного вигодування;
- консультування жінок, пов'язаних з абортom;
- особливості перебігу післяабортного періоду;
- методи контрацепції у післяабортному періоді.

2.2. Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.

Питання:

- Характеристика фізіологічного перебігу післяпологового періоду.
- Принципи грудного вигодовування.
- Метод лактаційної аменореї.
- Методи контрацепції, прийнятні для жінок, які годують грудьми.
- Методи контрацепції, прийнятні для жінок, які не годують грудьми.
- Фізіологія післяабортного періоду.
- Методи контрацепції в післяабортному періоді.
- Особливості механізмів дії різних контрацептивних засобів.
- Переваги контрацептивні/неконтрацептивні різних методів контрацепції.
- Недоліки різних методів контрацепції.

Типові ситуаційні задачі:

1. Породілля А., на 3 добу після оперативного розродження розпочала грудне вигодовування новонародженого. Лактація скудна. Дитина догодовується молочною сумішшю 3 рази на добу. Чи може пацієнтка використовувати МЛА?

Відповідь: Не може.

2. На консультацію до лікаря ЖК звернулася пацієнтка М., 23 років, яка хоче розпочати використання ВМС «Мірена». Пологи відбулись 3 місяці тому назад. Годує дитину 8 разів на добу. Чи може пацієнтка використовувати ВМС «Мірена»?

Відповідь: Може, використання ВМС «Мірена» можливе після 4-х тижнів після пологів.

3. До лікаря ЖК звернулася пацієнтка К., яка страждає на передменструальний синдром. Жінці 32 роки, в анамнезі має 1 пологи (дитина здорова), 2 штучних аборти, останній 5 днів тому (медикаментозний). Чи може жінка негайно розпочати використання КОК?

Відповідь: Може.

Типові тестові завдання:

1. Які гормони впливають на встановлення та процес лактації?

- a. Прогестерон.
- b. ФСГ.
- c. Пролактин.
- d. Кортизол.
- e. ЛГ

2. Коли рекомендується розпочати МЛА?

- a. Протягом тижня після пологів.
- b. Протягом 2 годин після пологів.
- c. Протягом 24 годин після пологів.
- d. Протягом 3 доби після пологів.
- e. Протягом 2 доби після пологів.

3. Яким чином Ви зможете переконати жінку, яка місяць тому зробила аборт, в необхідності використовувати методи контрацепції?

- a. Давши вичерпну інформацію про сучасні контрацептивні засоби.
- b. Заспокоїти жінку, сказавши, що незважаючи на проведений аборт вона залишилася здорова, що може обійтися і без контрацепції.
- c. Пояснити жінці, що у разі затримки менструації і наявність ознак вагітності – їй необхідно звернутися до лікаря.
- d. Надати пацієнтці інструкції про правила користування методом.
- e. Розповісти про важкі побічні ефекти контрацептивів.

Вірні відповіді: 1 – c; 2 – b; 3 – a.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

3.1. Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з гінекологічними пацієнтками, даємо завдання:

I підгрупа – проведення оцінки пацієнтки.

II підгрупа – проведення консультування пацієнтки з планування сім'ї, підбору метода контрацепції.

III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Пацієнтка Б., 29-річна породілля, звернулась у клініку через 8 тижнів після пологів. Статевим життям після пологів не жила, оскільки тривалий час перебувала в лікарні в зв'язку з ендоміометритом та маститом після пологів. Хочє запобігти непланованій вагітності, тому просить надати їй інформацію щодо відновлення фертильності після пологів. Відмічає важкість внизу живота, збільшену кількість мутних густих виділень з піхви.

Завдання: Що в анамнезі пацієнтки має додатково з'ясувати консультант? Яким має бути алгоритм дій консультанта? Які поради з приводу запобігання вагітності має надати консультант?

Відповідь:

- Характер вигодовування дитини, стан менструальної функції.
- Запропонувати гінекологічне обстеження, при показаннях провести лабораторне дослідження виділень. Визначити необхідність проведення лікування.
- Надати інформацію про час і умови відновлення плідності після пологів та прийнятні методи запобігання вагітності.

2. До лікаря ЖК звернулася породілля А., яка народила 2 тижні тому, пологи термінові, фізіологічні. У жінки агалактія. АТ 100/60 мм рт.ст., пульс 70 уд./хв. До вагітності жінка використовувала КОК, ускладнень не було, бажає продовжити даний метод контрацепції.

Завдання: Визначіть час початку використання КОК після пологів.

Відповідь: У випадку, якщо жінка не годує грудьми розпочати прийом КОК можливо через 3 тижні після пологів, не чекаючи відновлення менструацій. Використання КОК після пологів, якщо жінка годує грудьми, можливе через 6 місяців після пологів або після припинення грудного вигодовування.

3. До лікаря ЖК звернулася жінка К., яка 5 днів тому зробила штучний аборт. АТ 120/70 мм рт.ст., пульс 78 уд./хв. До вагітності жінка використовувала КОК, ускладнень не було, бажає продовжити даний метод контрацепції.

Завдання: Визначити початок використання КОК після аборту.

Відповідь: Перша таблетка КОК може бути прийнята в день проведення операції.

Нетипові тестові задачі:

1. На прийом до лікаря звернулася жінка для підбору методу контрацепції. Післяпологовий період 7 місяців. Годує груддю. Менструації наявні вже 2 місяці. Який метод контрацепції НЕ МОЖНА використовувати в даному випадку?

- a. Внутрішньоматкова спіраль.
- b. Протизаплідні таблетки прогестеронового ряду.
- c. Прогестеронові ін'єкційні контрацептиви.
- d. Презервативи.
- e. Метод лактаційної аменореї.

2. Які жінки можуть використовувати КОК?

- a. Жінки з вагітністю.
- b. Жінки після аборту.
- c. Жінки з АТ > 140/90 мм рт.ст..
- d. Жінки з інсультом в анамнезі.
- e. Всі відповіді вірні.

3. Пацієнтка 36 років звернулася до лікаря з метою вибору методу контрацепції. Пацієнтка палить, алкоголь вживає помірно. В анамнезі 2 пологів, 1 аборт. Екстрагенітальної патології немає, вагітностей більше не планує. Який контрацептивний засіб лікар не повинен рекомендувати пацієнтці?

- a. Сперміциди.
- b. ВМК з Си.
- c. КОК.
- d. Презервативи.
- e. Хірургічна стерилізація.

Вірні відповіді: 1 – e, 2 – b, 3 – c.

3.2. Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтуючі карти для формування практичних вмінь та навичок тощо).

Методи контрацепції	Послуги з планування сім'ї після аборту:	<u>Обов'язкові:</u> 1. Провести консультування щодо особливостей перебігу періоду
---------------------	--	--

<p>для жінок після абортів.</p>	<p>- консультування про необхідність використання контрацепції та про всі наявні методи контрацепції, їх характеристики, ефективність і побічні ефекти; - надання можливості усвідомленого вибору методів контрацепції; - надання інформації про необхідність захисту від ІПСШ. Надання послуг з планування сім'ї для жінки після абортів потрібно розпочати негайно, оскільки овуляція у неї може наступити вже на 11-й день після абортів і, як правило, відбувається до першої менструації. Здатність до зачаття відновлюється дуже швидко - протягом 2 тижнів після штучного або самовільного абортів, що мав місце у 1-му триместрі вагітності, і протягом 4 тижнів після штучного або самовільного абортів, що мав місце у другому триместрі вагітності. Після неускладненого абортів у I триместрі підходять всі методи контрацепції.</p>	<p>після абортів та використання методів планування сім'ї. Неускладнений аборт: - після абортів до 12 тижнів не треба відкладати використання методів контрацепції. - після абортів після 12 тижнів бар'єрні методи (шийкові ковпачки), хірургічна стерилізація та введення ВМК можна рекомендувати через 4-6 тижнів. Неускладнений аборт: Гормональні препарати: - перша таблетка КОК або ТКП надається одразу в день операції; - гормональний пластир, вагінальне кільце можна починати використовувати одразу після проведення операції. Ін'єкційні препарати: - можуть бути введені одразу після абортів або протягом 7 днів після операції. ВМК (що містять мідь) або ВМС (з левоноргестрелом): - одразу після абортів або протягом 7 днів (для ВМС з левоноргестрелом) та 12 днів (для ВМК, що містять мідь) за умови відсутності симптомів інфекції. Бар'єрні методи (презервативи, сперміциди): - з часу відновлення сексуальної активності. Методи розпізнавання фертильності: - тільки після відновлення регулярного менструального циклу. Ускладнений аборт: - можна використовувати гормональні оральні</p>
---------------------------------	---	--

		контрацептиви, ін'єкційні методи, презервативи; - - ВМК та стерилізацію відкласти до усунення ускладнення. Медикаментозний аборт: - - можна розпочинати використання гормональної контрацепції уже після прийому першої таблетки по схемі медикаментозного аборт; перед введенням внутрішньоматкового контрацептиву або стерилізацією слід підтвердити повне завершення аборт.
--	--	--

3.3. Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення.

- Провести консультування жінок з питань контрацепції.
- Оцінити пацієнтку.
- Підібрати метод контрацепції у жінок після аборт та в післяпологовому періоді, враховуючи протипоказання.
- Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.
- Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

3.4. Матеріали контролю для заключного етапу заняття: задачі, завдання, тести тощо.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. До лікаря жіночої консультації звернулася породілля В., яка народила 25 днів тому і хоче розпочати статеве життя. Пологи другі у 35 тижнів гестації, передчасні, грудне вигодовування розпочала через 5 днів після народження дитини. Відмічає недостатню кількість молока, двічі на добу заміняє грудне вигодовування молочною сумішшю. За рекомендацією лікаря пологового стаціонару використовує МЛА. Після першої вагітності використовувала КОК, задоволена і хоче продовжити використання даного методу контрацепції. Лікар порекомендував пацієнтці утриматись від початку статевого життя до завершення післяпологового періоду та розпочати використання КОК через 6 тижнів після пологів.

Завдання: Оцініть правильність рекомендації лікарів пологового стаціонару та жіночої консультації. Визначте ефективність МЛА у даному випадку та час початку використання КОК після пологів.

Відповідь: 1. Метод МЛА не може бути рекомендований, оскільки грудне вигодовування не є основним методом годування дитини.

2. Згідно з критеріями ВООЗ у період від 6 тижнів до 6 місяців після пологів ризик використання КОК перевищує користь (категорія 3), тому КОК не рекомендуються. Після 6 місяців після пологів переваги використання КОК перевищують загальний ризик (категорія 2).

2. До лікаря жіночої консультації звернулася породілля Д., яка народила 2 тижні тому, пологи термінові, фізіологічні. У жінки агалактія. АТ 100/60, пульс 70 уд./хв. До вагітності жінка використовувала КОК, ускладнень не було, бажає продовжити даний метод контрацепції. Лікар порекомендував жінці розпочати використання КОК після відновлення менструації.

Завдання: Оцініть правильність рекомендації лікаря. Визначіть час початку використання КОК після пологів.

Відповідь: 1. Лікар надав не вірну рекомендацію щодо початку використання КОК.

2. У випадку, якщо жінка не годує грудьми розпочати прийом КОК можливо через 3 тижні після пологів, не чекаючи відновлення менструацій. Використання КОК після пологів, якщо жінка годує грудьми, можливе через 6 місяців після пологів або після припинення грудного вигодовування.

3. До лікаря звернулася дівчина В., 16 років, яка перервала небажану вагітність два місяці тому. Раніше використовувала перерваний статевий акт, наслідком чого стала небажана вагітність. Зараз статевим життям не живе, боїться завагітніти. З попереднім партнером стосунки не підтримує. Лікар порекомендував пацієнтці утриматись від початку статевого життя до наступної менструації та розпочати використання КОК.

Завдання: Оцінити правильність рекомендації лікаря жіночої консультації. Визначити найбільш прийнятний метод контрацепції.

Відповідь: 1. Рекомендації лікаря не вірні. Лікар жіночої консультації мав провести повноцінне консультування пацієнтки щодо методів контрацепції та окремо зупинитись на зміні статевої поведінки (утримання від статевих відносин до шлюбу, один статевий партнер протягом життя), зупинитись на небезпеці зараження ІПСШ.

2. Найбільш прийнятним методом контрацепції враховуючи дошлюбні статеві зносини є презерватив або подвійний голандський

Тестові завдання КРОК-2:

1. (2023 р.) Дівчина віком 18 років звернулася до сімейного лікаря з метою вибору методу контрацепції. Статевий розвиток відповідає віку. Зріст 150 см, вага 75 кг. Статевий партнер один. Менархе з 14 років. Менструальний цикл не регулярний, відмічає затримки до 3 місяців. Пацієнтка має надлишковий ріст волосся на стегнах, акне на підборідді та чолі. Який метод контрацепції найбільш прийнятний для цієї дівчини?

- A. Прогестагенові ін'єкційні контрацептиви
- B. Методи розпізнавання фертильності за календарем овуляції
- C. Комбіновані оральні контрацептиви (КОК)
- D. Метод лактаційної аменореї
- E. Внутрішньоматкові контрацептиви

2. (2023 р.) У жінки віком 34 роки з попередньо нормальною менструальною функцією цикли стали нерегулярними, за даними тестів функціональної діагностики — ановуляторними. Молочні залози пальпаторно болючі, виділяється молоко (галакторея). Яке дослідження рекомендовано провести пацієнтці насамперед?

- A. Комп'ютерну томографію головного мозку
- B. Прогестеронову пробу
- C. Визначення рівня гонадотропінів
- D. Визначення рівня пролактину
- E. Ультразвукове дослідження органів малого таза

3. (2019 р.) Жінка 32-х років звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на хронічний тазовий біль, який підсилюється під час менструацій, диспареунію, кровомазання напередодні та після менструації. Остання менструація 3 тижні тому. При огляді у дзеркала: на шийці матки 2 кісти діаметром 3 і 5 мм синьо-багрового кольору, з яких виділяється темно-коричнева рідина. При бімануальному дослідженні: тіло матки шароподібної форми, збільшене до 6 тижнів вагітності, болісне при пальпації. Придатки з обох боків без особливостей. Лікаря проінформовано, що у найближчий час народження дитини не планується. Яка тактика лікування цієї пацієнтки є найбільш доречною?

- A. Контрольована гіперстимуляція яєчників
- B. Призначення комбінованих оральних контрацептивів*
- C. Призначення андрогенів
- D. Хірургічне втручання
- E. Призначення антагоністів гонадотропін-рилізінг гормону

4. Підбиття підсумків (критерії оцінювання результатів навчання):

Поточний контроль: усне опитування, оцінювання комунікативних навичок під час рольової гри, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Підсумковий контроль: залік.

Оцінювання поточної навчальної діяльності на практичному занятті:

1. Оцінювання теоретичних знань з теми заняття:

- методи: опитування, вирішення ситуаційної клінічної задачі
- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

2. Оцінювання роботи із пацієнтами з теми заняття:

- методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнткою б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень перед використанням гормонального контрацептивного засобу в) вміння проведення консультування з питань планування сім'ї. г) вміння правильного індивідуального підбору гормонального метода контрацепції.
- максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Оцінка за одне практичне заняття є середньоарифметичною за всіма складовими і може мати лише цілу величину (5, 4, 3, 2), яка округлюється за методом статистики.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

«5»	Здобувач вільно володіє матеріалом, приймає активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, впевнено демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«4»	Здобувач добре володіє матеріалом, приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює свою думку з теми заняття, демонструє клінічне мислення.
«3»	Здобувач недостатньо володіє матеріалом, невпевнено приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпретації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень з суттєвими помилками.

«2»	Здобувач не володіє матеріалом, не приймає участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичні навички під час огляду пацієнтки та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.
-----	---

Здобувач допускається до заліку за умови виконання вимог навчальної програми та в разі, якщо за поточну навчальну діяльність він отримав не менше 3,00 балів.

Залік

По завершенню вивчення дисципліни здійснюється залік. До підсумкової атестації допускаються лише ті здобувачі вищої освіти, які не мають академічної заборгованості і мають середній бал за поточну навчальну діяльність не менше 3,00.

Якщо дисципліна закінчується заліком, підраховується тільки середній бал поточної успішності, тобто середнє арифметичне всіх отриманих оцінок за традиційною шкалою, округлене до двох знаків після коми, яке конвертується за 200-бальною системою.

При цьому, у відповідну документацію записується середній поточний бал, який конвертується за 200-бальною шкалою та виставляються оцінка за 2-бальною шкалою («зараховано» або «не зараховано»):

1. – оцінка «зараховано» виставляється здобувачу, який виконав навчальний план дисципліни, не має академічної заборгованості; рівень компетентності – високий (творчий);
2. – оцінка «не зараховано» виставляється здобувачу, який не виконав навчальний план дисципліни, має академічну заборгованість (середній бал нижче ніж 3,0 та/або пропуски занять); рівень компетентності – низький (рецептивно-продуктивний).

5. Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Акушерство і гінекологія: у 2 книгах. – Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV р.а.) / за ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини, Б.М. Венцківського - 3-є вид., випр., 2020. – 376 с.
2. Клінічне акушерство та гінекологія: 4-е видання/ Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон. – 2021. – 454 с.
3. Медичні критерії прийнятності для використання методів контрацепції: 5-е видання. Методичні рекомендації. - Geneva: World Health Organization; 2015
4. Планування сім'ї та контрацепція: навчальний посібник / В.І. Бойко, Н.В. Калашник, А.В. Бойко та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. В.І. Бойка. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с.

5. Oats, Jeremy Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology [Text]: Liewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology / J.Oats, S.Abraham. – 10th ed. – Edinburgh [etc.]: Elsevier, 2017. – VII, 375 p.
6. Dutta, Durlav Chandra. D. C. Dutta's Textbook of Gynecology including Contraception / D.C. Dutta; ed/ Hiralal Konar. – 7th.ed. – New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers, 2016. – XX, 574 p.

Додаткова:

1. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
2. Планування сім'ї: універсальний посібник для постачальників послуг із планування сім'ї. Оновлене 3-тє видання 2018 р. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021
3. Ситуаційні задачі з гінекології: навч. посіб./ І.З. Гладчук, А.Г. Волянська, Г.Б. Щербина та ін.; за ред.проф. І.З. Гладчука. – Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2018. – 164 с.
4. Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF. Steroidal contraceptives: effect on carbohydrate metabolism in women without diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Nov 12; 2019(11).
5. Plu-Bureau G, Sabbagh E, Hugon-Rodin J. Hormonal contraception and vascular risk: CNGOF Contraception Guidelines. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018 Dec;46(12):823-833.
6. Діагностика акушерської та гінекологічної ендокринної патології: [навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (фак.) післядиплом. освіти МОЗ України] / за ред. В.К. Ліхачова; В.К. Ліхачов, Л.М. Добровольська, О.О. Тарановська та ін.; УМСА (Полтава). – Вінниця: Видавець Максименко Є.В., 2019. – 174 с.
7. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
8. Безплідність та доброякісні захворювання молочної залози / НАМН України, МОЗ України, Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології, УМСА; за ред. А.Г. Корнацької, Т.Ф. Татарчук, О.Д. Дубенко. – К.; Полтава, 2017. – 271 с.
9. Репродуктивна функція у жінок, хворих на міому матки та ендометріоз / Н.М. Рожковська, Д.М. Железов, Т.В. Коссей // Здоров'я жінки – 2018. - №2. – С.5-7.
10. Оваріальний резерв при хірургічному лікуванні ендометріом яєчників / А.Г. Волянська, Л.М. Попова, Т.П. Тодорова, О.П. Рогачевський, О.І. Шевченко // Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Інноваційні технології в акушерстві та гінекології: від науки до практики» - м. Івано-Франківськ, 2019р. – С. 12-13.
11. Вплив хірургічних енергій на оваріальний резерв при ендоскопічному лікуванні ендометріозу яєчників / Т.П. Тодорова // Науково-практична

конференція з міжнародною участю, присвячена 150-річчю з дня народження В.В. Воронова «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» - м. Одеса, 2020р. – с.118.

12. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства та гінекології.

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/>
2. <https://www.ebcog.org/>
3. <https://www.acog.org/>
4. <https://www.uptodate.com>
5. <https://online.lexi.com/>
6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
8. <https://www.thelancet.com/>
9. <https://www.rcog.org.uk/>
10. <https://www.npwh.org/>