

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №2. Клінічна анатомія і фізіологія жіночих статевих органів. Методи обстеження гінекологічних хворих. Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань

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

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

 **ЗАТВЕРДЖУЮ**
Проректор з науково-педагогічної роботи
Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ
«29» серпня 2024 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс IV

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №2. Тема: «Клінічна анатомія і фізіологія жіночих статевих органів. Методи обстеження гінекологічних хворих. Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань»

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 4 курс, медичний факультет. Дисципліна: «Акушерство та гінекологія»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №2. Клінічна анатомія і фізіологія жіночих статевих органів. Методи обстеження гінекологічних хворих. Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри _____ (Ігор ГЛАДЧУК)

Розробник:

к.мед.н., асистент кафедри акушерства та гінекології _____ Тарновська Г.П.

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 4 курс, медичний факультет. Дисципліна: «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №2

Тема: «Клінічна анатомія і фізіологія жіночих статевих органів. Методи обстеження гінекологічних хворих. Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань».

Мета: Навчити проводити дослідження за допомогою дзеркал, бімануальне дослідження, дослідження молочних залоз, проведення спеціальних та сучасних методів дослідження (дослідження за допомогою дзеркал, бімануальне обстеження; променеві методи діагностики в гінекології - МРТ, КТ, МСГ, ультразвукові методи дослідження, інструментальні методи, ендоскопічні методи, лабораторна діагностика), що дозволяє провести комплексне обстеження гінекологічних хворих.

Навчити загальної симптоматології для своєчасної діагностики гінекологічних захворювань, так як правильно і своєчасно поставлений діагноз сприятиме підвищенню ефективності лікування.

Основні поняття: Клінічна анатомія жіночих статевих органів. Фізіологічні зміни в жіночих статевих органах в різні вікові періоди. Нейроендокринна регуляція функції статевої системи. Особливості збирання спеціального гінекологічного анамнезу. Основні методи обстеження в гінекології: огляд зовнішніх статевих органів, дослідження за допомогою дзеркал, бімануальне обстеження. Додаткові методи обстеження в гінекології. Методи функціональної діагностики стану яєчників. Променеві методи діагностики в гінекології: МРТ, КТ, МСГ. Ультразвукові методи дослідження в гінекології. Інструментальні методи обстеження: зондування порожнини матки, вишкрібання порожнини матки, біопсія, пункція черевної порожнини через заднє склепіння. Ендоскопічні методи дослідження: кольпоскопія, гістероскопія, лапароскопія. Лабораторна діагностика: онкоцитологія, бактеріоскопія, бактеріологія, ІФА, ПЛР, патоморфологічне дослідження.

Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань (біль, білі, розлади менструального циклу та кровотечі, неплідність, сексуальні розлади, розлади функції суміжних органів).

Обладнання: професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, 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).

На даний час дуже необхідно знання загальної симптоматології для своєчасного виявлення та діагностики гінекологічних захворювань. Знання сучасних методів дослідження дозволяє провести комплексне обстеження гінекологічних хворих. Правильно та своєчасно поставлений діагноз сприятиме підвищенню ефективності лікування

Охорона репродуктивного здоров'я людини є одним з головних напрямків сучасної медицини.

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

- Вимоги до теоретичної готовності студентів до виконання практичних занять.

Вимоги до знань:

- комунікативні навички студентів з пацієнтами різних вікових груп;
- здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати;
- здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання;
- збирати загальний і спеціальний анамнез, виділяти з нього характерні для тематичних хворих дані, здатність оцінити результати клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- здатність формулювати діагноз у тематичної хворої, проводити диференціальну діагностику, призначати план лікування;
- здатність виконувати медичні маніпуляції;
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- анатомія і фізіологія жіночих статевих органів;
 - порушення менструальної функції в репродуктивному віці;
 - основні та додаткові методи дослідження;
 - об'єм обстеження хворих з порушеннями менструального циклу,
 - нейроендокринними синдромами, патологічними станами репродуктивної системи у різні вікові періоди;
 - сучасні методи обстеження у жінок з гінекологічними захворюваннями.
- Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.**

Питання:

1. Клінічна анатомія і фізіологія жіночих статевих органів.
2. Спеціальний гінекологічний анамнез.
3. Загальні та спеціальні методи обстеження гінекологічних хворих.
4. Основні спеціальні методи обстеження в гінекології: огляд зовнішніх статевих органів, обстеження за допомогою вагінального дзеркала, бімануальне обстеження.
5. Методи функціональної діагностики стану яєчників.
6. Лабораторні методи дослідження в гінекології: мікроскопія урогенітальних виділень, онкоцитологія, бактеріологічні дослідження, ПЛР, ІФА, патоморфологічні дослідження.

7. Інструментальні методи обстеження в гінекології: зондування порожнини матки, вишкрібання стінок порожнини матки та цервікального каналу, біопсія, пункція черевної порожнини через заднє склепіння.
8. Ендоскопічні методи дослідження в гінекології: кольпоскопія, гістероскопія, лапароскопія.
9. Ультразвукові методи дослідження в гінекології: трансвагінальне та трансабдомінальне УЗ дослідження. Променеві методи дослідження в гінекології: МРТ, КТ, МСГ.
10. Загальна симптоматологія гінекологічних захворювань.

Типові ситуаційні задачі:

1. У гінекологічне відділення доставлена жінка 46 років з дисфункціональною матковою кровотечею після затримки менструації на 2 тижні. З чого необхідно почати лікування?

Відповідь : Фракційне лікувально-діагностичне вишкрібання слизової оболонки матки.

2. У гінекологічне відділення поступила хвора 34 років зі скаргами на гострі болі внизу живота праворуч, які почалися гостро, нудоту, блювоту. Бімануальне дослідження: матка нормальних розмірів, зміщення її болісно, правий яєчник кілька збільшений, округлий, болісний. Склепіння піхви глибокі, пальпація праворуч болюча. У дзеркалах: шийка матки і слизова оболонка піхви не змінені. Виділень нет. Який з методів дослідження найбільш інформативний?

Відповідь : Лапароскопія

Типові тестові завдання.

1. В гистопрепараті яєчника жінки визначаються структури, що мають велику порожнину. Овоцит першого порядку в них оточений прозорою оболонкою, променестим вінцем, і розташований у яйценосному горбику, стінка утворена шаром фолікулярних клітин і текою. Вкажіть, якій структурі яєчника належать дані морфологічні ознаки?

- А. Зрілий фолікул.
- В. Примордіальний фолікул.
- С. Первинний фолікул.
- Д. Жовте тіло.
- Е. Атретичне тіло.

2. В поліклініку до лікаря звернулась жінка 32-х років зі скаргами на відсутність у неї лактації після народження дитини. Дефіцитом якого гормону, найбільш імовірно, можна пояснити дані порушення?

- А. Соматотропін.
- В. Пролактин.
- С. Вазопресин.
- Д. Тиреокальцитонін.
- Е. Глюкагон.

Вірні відповіді: 1А, 2В.

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

- Зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо).

Інтерактивне завдання:

Студентів ділимо на 3 підгрупи в кількості по 3-4 чоловіка в кожній. Після наведеної ситуаційної задачі даємо завдання:

- перша підгрупа – поставити попередній діагноз і скласти план обстеження пацієнтки;
- друга підгрупа – скласти алгоритм лікування;
- третя підгрупа - оцінює правильність відповіді першої і другої бригади і вносить свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі.

1. Хвора 25 років скаржиться на болі в правій здухвинній ділянці протягом 10-12 днів. Затримка менструації 7-8 тижнів. При пальпації біль у правій здухвинній області. Гінекологічне дослідження: матка і яєчники не збільшені, болючість в правому зводі піхви. Виділення з статевих шляхів слизові. Оптимальний метод дослідження:

Відповідь :Ультразвукове дослідження органів малого тазу.

2. Хвора 20 років пред'являє скарги на затримку чергової менструації на 10 днів. Порушення менструальної функції відзначає вперше. Статеве життя регулярне, від вагітності не охороняється. При огляді: стан задовільний, живіт м'який, безболісний, АТ 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в 1 хв. При трансвагінальній ехографії запідозрена прогресуюча трубна вагітність. Правильна тактика лікаря жіночої консультації?

Відповіді :Термінова госпіталізація, лікувально-діагностична лапароскопія

Нетипові тестові задачі:

1. У хворої після видаленні матки розвинулась гостра анурія. Які анатомічні структури, найімовірніше, було пошкоджено при операції ?

- А. Сечоводи.
- В. Зовнішній сфінктер сечівника.
- С. Внутрішній . сфінктер сечівника.
- Д. Цибулинно-губчастий м'яз.

2. У хворої жінки внаслідок запалення порушена ендокринна функція фолікулів яєчника. Синтез яких гормонів буде пригнічений?

- А. Пролактин.
- В. Естрогени.
- С. ЛСГ
- Д. ФСГ.

3. Жінка скаржиться на незначні темно-крів'яністі виділення зі статевих шляхів, слабкі болі внизу живота протягом декількох днів. Остання менструація 1,5 місяця тому, тіло матки збільшено до 5-6 тижнів вагітності, м'якуватої консистенції. Зліва в області придатків

матки ретортообразне утворення, 5см на 7см, рухоме, болісне. Який метод дослідження необхідно зробити?

- A. Гістероскопія.
- B. Хромогідротубація
- C. Ультразвукове дослідження органів малого тазу.
- D. Кольпоскопія.
- E. Цистоскопія.

Вірні відповіді: 1A, 2B, 3C.

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

№ пп.	Основні завдання	Вказівки	Відповіді
1	2	3	4
1.	Методи дослідження в гінекології.	1.Класифікація методів дослідження в гінекології.	Класифікація: 1. Суб'єктивні. 2. Об'єктивні. 3. Інструментальні 4. Лабораторні. 5. Медико-генетичне обстеження
2	Суб'єктивні методи	2. Перерахувати та описати суб'єктивні методи.	1. Скарги: - болі внизу живота (характер, періодичність) - порушення менструального циклу - виділення зі статевих шляхів - порушення функцій суміжних органів - безплідність 2. Збір анамнезу: - <i>anamnesis morbie</i> (Необхідно розпитати пацієнтку про початок захворювання — гострий чи поступовий, де і скільки часу лікувалась. Певну роль у діагностиці захворювання може відіграти інформація про причини, які, на думку жінки, призвели до виникнення захворювання — переохолодження, фізичне перевантаження, перенесений аборт, травми і т.д. Варто з'ясувати, які методи використовувались для діагностики захворювання, про лікування, яке проводилось до цього часу, та його

			ефективність. Якщо захворювання хронічне, слід уточнити, коли було останнє загострення) - <i>anamnesis vitae</i> (слід з'ясувати, в яких умовах росла і формувалась жінка, а також у яких умовах вона проживає в даний час. Матеріально-побутові умови, характер харчування, умови праці, перенесені захворювання) - <i>Гінекологічний анамнез</i> - менструальна функція (вік менархе, об'єм крововтрати під час кожної менструації, наявність чи відсутність болю, тривалість менструації, її регулярність) - статева функція (вік початку статевого життя, регулярність, кількість партнерів, метод контрацепції) - генеративна функція (з'ясувати, через який проміжок часу від початку статевого життя без застосування контрацепції настала перша вагітність, скільки було всього вагітностей, яким був перебіг кожної вагітності, чим вони закінчились (пологами чи абортom), чи не було передчасних пологів, мертвонароджених дітей, чи не помирали діти у ранньому неонатальному періоді, чи не було ускладнень під час та після пологів, які оперативні втручання проводились під час пологів. У випадку, коли були аборти, треба уточнити, чи вони були штучні (за бажанням жінки), мимовільні чи кримінальні, у які терміни переривалась вагітність, чи не було ускладнень під час та після абортів. Якщо аборти були мимовільні — чи були встановлені їх причини). - секреторна функція (з'ясувати про кількість, запах, вигляд, періодичність виділень, тому що при різних гінекологічних захворюваннях характер виділень інший).
--	--	--	---

3.	Об'єктивне обстеження	<i>Загальний огляд:</i> - Колір шкірних покривів - Оволосіння - Форма живота - Пальпація молочних залоз - Аускультация живота <i>Гінекологічне обстеження</i> • огляд зовнішніх статевих органів • огляд за допомогою дзеркал • дворучне: вагінально- <u>черевностінкове дослідження</u> (Великим та вказівним пальцями лівої руки розводять малі та великі статеві губи. Середній та вказівний пальці правої руки вводять у піхву, безіменний палець та мізинець притиснуті до долоні, а великий — повернутий до лобка. Якщо вагіна вузька, дослідження проводять одним пальцем. Пальці при введенні у вагіну треба проводити по задній її стінці, щоб не було неприємних відчуттів від подразнення найбільш чутливих ділянок — передньої стінки вагіни, клітора, ділянки сечовипускального каналу. Вводячи пальці у вагіну, оцінюють таке: наявність чи відсутність болючості, ширину отвору входу у вагіну (у жінок, які живуть статевим життям, два пальці входять вільно). Натискаючи на м'язи тазового дна, визначають їх тонус, стан промежини. Поступово просуваючи пальці у глибину вагні, визначають її довжину, ширину, здатність до розтягнення, складчастість, ступінь зволоженості, наявність перегородок, пухлин, рубців, звужень. Звертають увагу на глибину склепінь, наявність чи відсутність болючості, нависання, вкорочення. Після цього пальпують шийку матки, оцінюють її форму (циліндрична, конічна, деформована), величину (недорозвинена, нормальної величини чи гіпертрофована), наявність чи
----	-----------------------	---

		відсутність розривів, стан зовнішнього вічка (відкрите, закрите, деформоване), консистенцію (щільна, склерозована, розм'якшена, неоднорідної консистенції), наявність пухлин, відношення шийки до осі таза. Потім пальці розміщують у передньому склепінні, шийку матки відтискають назад. Зовнішньою рукою обережно натискають на передню черевну стінку в напрямку до пальців, що введені у вагіну. Таким чином, матка буде знаходитись між пальцями зовнішньої та внутрішньої рук. Якщо матка відхилена назад, то внутрішні пальці розміщують у задньому склепінні. Матка розміщена в тазі таким чином, що тіло й шийка її утворюють кут, відкритий допереду (<i>anteflexio</i>), а вся матка нахилена теж дещо наперед (<i>anteversio</i>). Вона достатньо рухома при спробі зміщення. Підвищена рухомість матки спостерігається при опущеннях та випадіннях її за рахунок недосконалості зв'язкового апарату. Обмежена рухомість — за наявності у малому тазі спайкового процесу, інфільтратів. Досліджуючи матку, визначають її величину (в жінки, яка не народжувала, вона менша, ніж у тієї, яка народжувала). Зменшення матки буває при генітальному інфантилізмі, в менопаузі. Збільшеною матка може бути при вагітності, пухлинах. Форма матки в нормі подібна до груші, сплющеної в передньо-задньому напрямку, при вагітності вона може бути асиметрична за рахунок випинання ділянки, де відбулась імплантація, при субсерозній фіброміомі — горбкувата. Консистенція матки, зазвичай, туго-еластична, болючості при дослідженні матки в нормі не буває.
--	--	---

			Після дослідження матки пальпують її придатки. Для цього руки переміщують убік від матки. Труби в нормі не промацуються. Яєчники вдається пропальпувати у вигляді еластичних неболючих утворів. Вони рухомі й досить чутливі. Незмінні зв'язки матки та яєчників не визначаються. У параметрії немає болючості, інфільтрації). <u>-ректально-черевностінкове дослідження</u> (У дівчат, а також при атрезії чи стенозі вагіни, проводять ректально-абдомінальне дослідження. Цим методом можна скористатись для більш детального обстеження тазових органів при пухлинах. Обстеження проводять, вводячи вказівний палець у пряму кишку. Зовнішню руку, як і при попередньому дослідженні, розміщують на передній черевній стінці над лобком. Пальпують вагінальну частину шийки матки, яка безпосередньо прилягає до передньої стінки прямої кишки, визначають її величину, рухомість, потім обома руками пальпують матку, придатки, крижово-маткові зв'язки, параметри.
3	Лабораторні методи дослідження.	Визначити основні лабораторні методи обстеження та описати їх.	1) бактеріоскопічне дослідження (Техніка взяття мазка на ступінь чистоти піхви: • ввести у піхву гінекологічне дзеркало; • гінекологічним пінцетом, шпателем, жолобкуватим зондом чи ложечкою Фолькмана взяти частину виділень із заднього склепіння піхви і штрихоподібними рухами нанести на предметне скельце; • вийняти дзеркало із піхви; • написати направлення в лабораторію. Даючи оцінку мазку, лаборант визначає кількість епітеліальних клітин, лейкоцитів, характер

		мікрофлори (палички Додерлейна, патогенна флора - грамнегативні палички, коки, гриби, трихомонади, гонококи), а також реакцію вапнального вмісту. Відповідно до характеру мазка розрізняють 4 ступені чистоти вапни. 2) Бактеріологічне дослідження проводять з метою виявлення збудників та їх чутливості до антибіотиків. Матеріалом для дослідження може бути вміст цервікального каналу, вагіни, уретри, пунктат. Цей матеріал відразу ж після отримання слід направити в бактеріологічну лабораторію. У направленні необхідно вказати дату і час, коли взято матеріал. 3) Онкоцитологічне дослідження проводять з метою ранньої діагностики онкологічних захворювань. Техніка взяття мазка на онкоцитологічне дослідження: • ввести дзеркало; • обережно ватною кулькою, затиснутою в пінцеті, зняти залишки слизу з шийки матки; • матеріал для дослідження беруть гінекологічним одноразовим дерев'яним шпателем із передньобокowego склепіння вагіни та із зовнішнього вічка цервікального каналу, піхвової частини шийки матки та прицільно з патологічно-змінених її ділянок, виявлених під час кольпоскопії, а також щіточкою або жолобкуватим зондом потрібно зробити забір матеріалу • нанести на предметні скельця • вийняти дзеркало; • написати направлення в лабораторію. Масове цитологічне обстеження дає можливість виділити контингент жінок, які потребують більш детального обстеження (біопсія, діагностичне вишкрібання тощо).
--	--	---

		Розрізняють 5 типів мазків: I тип — незмінений епітелій; IIa тип — запальний процес; IIб тип — проліферація, метаплазія, гіперкератоз, (при відповідній клінічній картині трактують як поліп, проста лейкоплакія, ендocerвікоз); IIIa тип — слабка, помірна дисплазія на фоні доброякісних процесів і незміненого епітелію; IIIб тип — виражена дисплазія плоского епітелію на фоні доброякісних процесів і в ділянці незміненого епітелію; IV тип — підозра на малігнізацію, можливо, внутрішньоепітеліальний рак; V тип — рак; VI тип — мазок неінформативний (матеріал взято неправильно). 4) Мазок на «гормональне дзеркало». Матеріал беруть легким дотиком інструмента з верхньої третини бокових склепінь не раніше ніж через 2-3 дні після припинення будь-яких маніпуляцій у піхві. Отриманий вміст наносять на предметне скельце. У направленні вказують вік жінки, термін вагітності або день менструального циклу. Цей метод можна використовувати для діагностики загрози переривання вагітності, порушення менструального циклу, а також як контроль за результатами гормонотерапії. Методи функціональної діагностики Властивості слизу шийки матки. Під час менструального циклу завдяки дії естрогенів і прогестерону властивості шийкового слизу змінюються. Найбільша його кількість секретується під час овуляції, найменша — перед менструацією. 1. Симптом натягу слизу. Якщо браншами пінцета дістати слиз із
--	--	--

		цервікального каналу, то при обережному їх розведенні із слизу утвориться нитка, довжина якої залежатиме від в'язкості слизу. Максимальною довжина нитки буде в період овуляції, коли в'язкість слизу найбільша. Довжину нитки вимірюють в сантиметрах (чим більша продукція естрогенів, тим більша довжина нитки) і оцінюють за трибальною системою: 1 бал (+) — при довжині нитки до 6 см (рання фолікулінова фаза), 2 бали (++) — 8-10 см (середня фолікулінова фаза, помірна насиченість естрогенами) і 3 бали (+++), якщо довжина нитки 15 см і більше (максимальна насиченість естрогенами). У лютеїновій фазі менструального циклу симптом натягу слизу зменшується, потім зникає. 2. Симптом «зіниці». Під час менструального циклу під впливом естрогенних гормонів змінюються тонус шийки матки та діаметр зовнішнього вічка цервікального каналу. Розширення зовнішнього вічка і поява у ньому слизу починається з 8-9 дня циклу, до 14 дня вічко розширюється максимально (до 3-6 мм у діаметрі). Крапля слизу, що виступає із зовнішнього вічка, при освітленні на тлі рожевої шийки здається темною і нагадує зіницю — позитивний симптом «зіниці». У наступні дні кількість слизу починає зменшуватись і до 18-20 дня циклу цей симптом зникає, шийка стає «сухою». Такі зміни характерні для нормального менструального циклу. У випадку персистенції фолікула симптом «зіниці» не зникає до появи кровотечі, що свідчить про гіперестрогенемію і відсутність у яєчнику лютеїно-вої фази. При аменореї симптом «зіниці» слабопозитивний або зовсім відсутній. Відсутній цей симптом також при
--	--	--

		вагітності. Симптом «зіниці» оцінюється за трибальною системою: наявність невеликої темної крапки — 1 бал (+), рання фолікулшова фаза; 2,0-2,5 мм — 2 бали (++), середня фолі-кулінова фаза і 3,5 мм — 3 бали (+++), овуляція. Якщо шийка матки деформована післяпологовими розривами, ерозована чи з явищами ендочервщи-ту — тест недостовірний. 3. Симптом «папороті». Шийковий слиз при висушуванні на повітрі має здатність кристалізуватися, тобто змінювати свої фізико-хімічні властивості. Інтенсивність кристалізації залежить від фази менструального циклу, тобто від естрогенного впливу яєчника. Слиз беруть пінцетом, який вводять у цервікальний канал на глибину до 5 мм, наносять на предметне скельце, висушують і розглядають під мікроскопом. Розрізняють такі різновиди симптома «папороті» а) окремі стебла (коли секреція естрогенів мізерна) — 1 бал (+), рання фолікулінова фаза; б) виражений малюнок листка — 2 бали (++), середня фолікулінова фаза з помірною секрецією естрогенів; в) товсті стебла, від яких відходять чіткі листочки під кутом 90° (у період овуляції, коли естрогенів утворюється більше) — 3 бали (+++); г) симптом негативний. Базальна температура. Зміна базальної температури (БТ) ґрунтується на гіпертермічному впливі прогестерону на гіпоталамус. БТ вимірюють у прямій кишці вранці одним і тим самим термометром натще, не встаючи з ліжка. У першу фазу менструального циклу температура нижча 37 °С (на 0,2-0,3°), після овуляції
--	--	---

		вона підвищується і тримається в межах 37,1-37,4 °С. За змінами базальної температури можна оцінювати наявність чи відсутність овуляції, персистенцію фолікула, загрозу переривання вагітності та деякі інші стани. Цей тест простий, легкодоступний і достатньо об'єктивний, проте слід пам'ятати, що на нього можуть вплинути будь-які причини негормонального характеру (захворювання, що супроводжуються температурною реакцією). Крім того, вимірювання БТ необхідно проводити не менше ніж протягом 2-3 циклів — лише тоді цей метод може бути діагностично цінним. 5) Цитологічне дослідження піхвових мазків Визначити ступінь естрогенної насиченості можна досліджуючи клітини вагінального епітелію, який змінюється під час менструального циклу. У багатошаровому плоскому епітелії піхви розрізняють базальний, парабазальний, проміжний, поверхневий шари. Піхвовий епітелій піддається ритмічним змінам протягом менструального циклу, що характеризується різним ступенем проліферації слизової оболонки. Залежно від ступеня естрогенної насиченості організму, від стінки піхви відділяються поверхневі, проміжні, парабазальні та базальні клітини в різному співвідношенні. Саме на визначенні кількісного складу та морфологічних особливостей клітин ґрунтується метод кольпоцитодіагностики. Визначають такі показники: • індекс дозрівання — співвідношення поверхневих, проміжних, парабазальних і базальних клітин, виражене у відсотках; записують
--	--	--

			індекс так: парабазальні/проміжні/поверхневі (парабазальні та базальні підра- ховують разом); • каріопікнотичний індекс (КПІ) — співвідношення поверхневих клітин із пікнотичними ядрами до загальної кількості клітин у мазку, виражене у відсотках. Величина КПІ прямо пропорційна ступеню естрогенної насиченості організму; • еозинофільний індекс — співвідношення поверхневих клітин з еозинофільне зафарбованою цитоплазмою до клітин із базофільною цитоплазмою, виражене у відсотках. Для виявлення впливу прогестерону на епітелій піхви визначають характер розташування клітин (наявність пластів) та кількість «згорнутих» клітин. Ступінь прогестеронової стимуляції оцінюють теж за трибальною системою: велика кількість «згорнутих клітин» — 3 бали (+++), помірна кількість — 2 бали (++) , незначна кількість — 1 бал (+), клітини не визначаються — 0 (-).
4	Інструментальні методи дослідження: А) Ендоскопічні методи дослідження	Визначити основні інструментальні методи обстеження та описати їх	-Кольпоскопія (Проста кольпоскопія має орієнтовний характер і дає можливість визначити форму шийки і зовнішнього вічка, колір, рельєф слизової оболонки, межу між епітелієм, що покриває вагінальну частину шийки матки, та епітелієм цервікального каналу. Після проведення простої кольпоскопії шийку матки обробляють 3 % розчином оцтової кислоти, яка викликає тимчасовий короточасний (до 3 хв) набряк епітелію, звуження субепітеліальних судин і зменшення кровопостачання. Цей метод носить назву розширеної кольпоскопії. Він дає можливість чітко відрізнити

		плоский епітелій від циліндричного, виявити трансформацію епітелію, відкриті та закриті протоки залоз тощо. Після цього обробляють шийку 3 % розчином Люголя (проба Шіллера). Йод має здатність забарвлювати клітини, багаті на глікоген, у коричневий колір. Патологічне змінені клітини (при дисплазіях), а також атрофічні клітини бідні на глікоген, тому йодом не забарвлюються і мають вигляд білих плям. Таким чином виявляють ділянки, що підлягають біопсії). -Гістероскопія — метод, за допомогою якого можна оглянути слизову матки і виявити наявність поліпів, гіперплазії, раку, синехій, субмукозної фіброміоми матки, проводити контроль при вишкрібанні матки, видаленні поліпів, а також вибрати місце прицільної біопсії. Сучасні гістероскопи дають збільшення у 5 разів. Після розширення цервікального каналу в порожнину матки вводять гістероскоп. Можна проводити гістероскопію, вводячи в порожнину матки вуглекислий газ (газова гістероскопія) чи рідину (рідинна гістероскопія). Перевагу надають рідинній (вводять ізотонічний розчин хлориду натрію, поліглюкін тощо), позаяк вона дає можливість проводити контроль після діагностичного вишкрібання, а також при маткових кровотечах. Крім того, рідина, промиваючи стінки, покращує можливість огляду. <i>Показаннями</i> до проведення гістеро-сіопії є циклічні та ациклічні маткові кровотечі, при яких є підозра на внутрі-шньоматкову патологію, а особливо продовження кровотечі після проведеного фракційного діагностичного вишкрібання. Цінним цей метод є
--	--	---

		також для контролю лікування гіперпластичних процесів. <i>Протипоказаннями</i> для проведення гістероскопи є гострі запальні захворювання статевих органів, III-IV ступені чистоти вагіни, а також екстрагенітальна патологія — тромбофлебіти, гострий пієлонефрит, важка серцево-судинна патологія). -Лапароскопія дає можливість оглянути внутрішні органи черевної порожнини, в тому числі органи малого таза. За допомогою лапароскопії можна діагностувати пухлини яєчника і матки, екстрагенітальні пухлини, позаматкову вагітність, склерокістозні яєчники, запальні утвори придатків матки. Окрім того, цим методом можна уточнити причину гострого живота. <i>Показаннями до лапароскопії у плановому порядку є:</i> • уточнення прохідності маткових труб одночасно із хромопертубацією; • діагностика полікістозу яєчників; • уточнення аномалій розвитку матки; • виконання малих оперативних втручань. <i>В екстрених випадках лапароскопія виконується для діагностики:</i> • розриву або мікроперфорації піосальпінкса; • перерваної позаматкової вагітності; • апоплексії яєчника. <i>Протипоказаннями</i> до лапароскопії є декомпенсовані вади серця, гіпертонічна хвороба, порушення функції нирок, печінки та інші тяжкі захворювання). -Кульдоскопія (проводять при необхідності огляду яєчників і наявності ожиріння. Цей метод проводять рідко, його майже повністю витиснула лапароскопія. Втручання проводять під місцевою анестезією 0,25 % розчином новокаїну. Дослідження
--	--	---

5	Інструментальні методи дослідження	проводиться у колінно-ліктьовому положенні жінки. У заднє склепіння під контролем дзеркал вводять голку, через неї у черевну порожнину самостійно засмоктується повітря. Петлі кишок при цьому зміщуються до діафрагми. За ходом голки у задньому склепінні роблять розріз довжиною 3-5 мм і через троакар вводять оптичну систему лапароскопа. Ділянка, доступна огляду цим методом, значно менша, ніж при лапароскопії — видно задню поверхню матки, яєчники, труби. <i>Протипоказаннями</i> до використання кульдоскопії є наявність спайкового процесу в малому газі, пухлини малого таза, а також екстрагенітальна патологія, яка є протипоказанням до лапароскопії). <u>Ультразвукове дослідження</u> (використовують для діагностики пухлин, диференціальної діагностики між пухлиною та вагітністю) 1) <u>Зондування матки</u>. Цей метод дозволяє визначити прохідність цервікального каналу, довжину і конфігурацію порожнини матки, наявність пухлин у матці. 2) <u>Біопсія</u> — це взяття клаптика тканини для гістологічного дослідження. Найчастіше біопсію беруть із шийки матки — при ерозіях, дисплазіях, папіломах, нерідко під контролем кольпоскопії. Іноді тканину для дослідження беруть з інших відділів геніталій — вульви, стінок вагіни, інших місць, залежно від локалізації процесу. Для здійснення біопсії необхідні ложкоподібне дзеркало з підіймачем, пінцет, кульові щипці, скальпель або конхотом. Шийку матки оголюють дзеркалами, дезінфікують, захоплюють двома кульовими щипцями — по обидва боки ділянки, на якій проводять
---	------------------------------------	---

5	В) Рентгенологічні методи дослідження Медико-генетичне обстеження	Перерахувати та описати	біопсію. Скальпелем вирізають шматочок тканини таким чином, щоб у нього потрапила не лише змінена,- а й здорова тканина. Матеріал можна взяти і за допомогою конхотома . Тканину заливають 10 % розчином формаліну і відсилають у гістологічну лабораторію. <u>3) Діагностичне фракційне вишкрібання слизової оболонки матки.</u> Цей метод — один з різновидів біопсії. Його проводять при поліпах, дисфункціональних кровотечах, підозрі на поліпоз слизової оболонки, злоякісну пухлину. <u>4)Пункція заднього склепіння.</u> Пункцію черевної порожнини проводять через заднє склепіння. Цей метод дає можливість діагностувати (або виключити) порушену позаматкову вагітність, пельвіоперитоніт шляхом одержання з черевної порожнини крові або випоту того чи іншого характеру (серозного, гнійного). При наявності асцити пункцію черевної порожнини проводять через передню черевну стінку <u>Визначення прохідності маткових труб.</u> Для дослідження прохідності маткових труб використовують введення в труби повітря (пертубація) чи рідини (гідротубація) 1. метросальпінгографія) дає можливість виявити прохідність маткових труб, вади розвитку, недорозвиток матки, ендометріоз, наявність підслизових фіброматозних вузлів, синехій. 2. Комп'ютерна томографія <i>Цитогенетичне дослідження</i> проводять спеціалісти — генетики. Одним з основних методів цитогенетичного дослідження є визначення статевих хроматинів. Цей метод відіграє важливу роль у діагностиці вроджених дефектів
---	---	--------------------------------	--

		статевих залоз. Визначення статевих хроматину проводять у ядрах клітин поверхневого епітелію, який отримують шляхом зішкрібання його зі слизової оболонки внутрішньої поверхні щок щипцем. Одна із Х-хромосом утворює статевий Х-хроматин. У нормі його вміст складає 16-28 % (кількість ядер, що мають тільки статевого хроматину на 100 підрахованих ядер). При змінах кількості та структури статевих хромосом, як правило, змінюється відсоток вмісту статевих хроматину. Визначення статевих хроматину може використовуватись як скринінг-тест. Аналіз каріотипу у зв'язку з його складністю проводиться лише за певними показаннями, а саме: перш за все відхилення у кількості статевих хроматину, наявність у пацієток низького зросту, множинних, нерідко стертих аномалій соматичного розвитку, дисплазій, а також у тих випадках, коли при збиранні сімейного анамнезу встановлені вади розвитку, множинні вродливі або мимовільні викидні у ранні терміни вагітності. Обов'язковим є визначення каріотипу у хворих із дисгенезією гонад, тому що наявність у них Y-хромосоми вказує на високий ризик можливості злоякісного росту.
--	--	--

Алгоритм виконання практичних навичок.

Бімануальне (піхове) дослідження:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;

- 8) першим та другим пальцями лівої (правої) руки розвести великі соромні губи, середній палець «домінантної» руки розташувати на рівні задньої спайки, обережно натиснути на неї, щоб відкрити вхід до піхви;
- 9) обережно та повільно ввести середній палець, потім вказівний палець у піхву по задній стінці до склепіння та шийки матки, четвертий та п'ятий пальці привести до долоні, великий палець відвести до верху;
- 10) визначити довжину піхвової частини шийки матки в сантиметрах;
- 11) визначити консистенцію шийки матки (щільна, м'яка);
- 12) визначити прохідність зовнішнього вічка цервікального каналу (закритий, пропускає кінчик пальця);
- 13) оцінити болісність екскурсії шийки матки;
- 14) другу долоню обережно покласти на живіт (над симфізом) та помірно надавити для визначення дна тіла матки;
- 15) вивести тіло матки між двома руками та визначити:
 - положення матки відносно шийки матки (anteflexio, retroflexio);
 - розміри тіла матки (нормальні, зменшені, збільшені);
 - консистенцію тіла матки (щільно-еластична, м'яка, ущільнена);
 - рухомість тіла матки (відносно рухома, обмежено рухома);
 - чутливість при пальпації (болісна, безболісна);
- 16) розмістити пальці в дні правого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати праве вагінальне склепіння та праві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 17) розмістити пальці в дні лівого бокового склепіння та використовуючи обидві руки пропальпувати ліве вагінальне склепіння та ліві додатки матки, визначити їх розмір, рухливість та болісність;
- 18) визначити ємкість піхвових склепінь;
- 19) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 20) подякувати пацієнтці;
- 21) зняти оглядові рукавички;
- 22) вимити руки.

Клінічне обстеження молочних залоз:

- 1) привітатись з пацієнткою;
- 2) ідентифікувати пацієнтку (ПІБ, вік);
- 3) проінформувати пацієнтку про необхідність проведення дослідження;
- 4) пояснити пацієнтці, як проводиться дослідження;
- 5) отримати дозвіл на проведення дослідження;
- 6) вимити руки;
- 7) вдягнути оглядові рукавички;
- 8) оглянути молочні залози, оцінити їх форму, колір шкіри, соски, ділянки навколо соска (асиметрію, втягання тощо);
- 9) обстежити тканину молочних залоз за годинниковою стрілкою чи по квадрантам та визначити її щільність, однорідність, чутливість, наявність/відсутність об'ємних новоутворень;

- 10) при виявленні новоутворення визначити його форму, розміри, консистенцію, межі утворення, рухомість, співвідношення з тканиною молочної залози, болісність;
- 11) провести пальпацію лімфовузлів в надключичній, підключичній та паховій ділянках;
- 12) визначити наявність патологічних виділень з молочних залоз;
- 13) проінформувати пацієнтку про результати дослідження;
- 14) подякувати пацієнтці;
- 15) зняти оглядові рукавички;
- 16) вимити руки.

Регуляція менструального циклу

I рівень регуляції – тканини-мишені-зовнішні статеві органи, шкіра, кістки, молочні залози;	В тканинах- мишенях є цитозолрецептори (знаходяться в цитоплазмі), які мають специфічність до статевих гормонів – естрадіолу, прогестерону, тестостерону.
II рівень регуляції - яєчники;	В яєчниках проходить синтез стероїдов (естрадіола, прогестерона, тестостерона), розвиток фолікула (здебільшого 1 фолікул розвивається за 1 цикл). Материнською субстанцією для усіх статевих гормонів є холестерин. У фолікулярній рідині зростає рівень естрадіола, що стимулює синтез ЛГ і овуляцію. Після виходу яйцеклітини в клітинах гранульози з'являються ліпідні включення, що призводить до появи жовтого тіла, де йде синтез статевих гормонів - прогестерона, естрадіола та тестостерона (незначно). Клітини тека-оболонки фолікула - головне джерело синтезу статевих гормонів у жінки.
III рівень регуляції – передня частка гіпофіза(аденогіпофіз);	Третій рівень- аденогіпофіз, де проходить синтез ФСГ (фолікулостимулюючого гормона), ЛГ (лютеїнізуючого гормона) та пролактину (ПРЛ). ФСГ стимулює зростання фолікула, проліферацію гранульозних клітин. ЛГ – сумісно з ФСГ сприяє овуляції та стимулює синтез прогестерона у клітинах гранульози фолікула. Пролактин стимулює зростання молочних залоз, регуляцію лактації.
IV рівень регуляції -	Четвертий рівень – гіпофізотропная зона

гіпофізотропна зона гіпоталамуса;	гіпоталамуса (це нейросекреторні ядра, де йде синтез гіпофізотропних гормонів- релізінг-гормонів).
V рівень регуляції - надгіпоталамічні церебральні структури	П'ятий рівень- екстрагіпоталамічні церебральні структури, які сприймають імпульси із зовнішнього середовища та передають їх через систему нервових імпульсів (нейротрансмітерів) у нейросекреторні ядра гіпоталамуса.

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

- Провести консультування тематичних хворих.
- Встановити діагноз.
- Призначити необхідне дослідження та лікування для пацієнтки.
- Аналіз та обговорення результатів обстеження пацієнтки.
- Мультимедійна презентація за темою заняття (огляд літератури із застосуванням сучасних джерел; відеофільми тощо).

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

Тестові завдання:

1. Хвора скаржиться на різкий біль внизу живота, затримка менструації 2 місяці, при бімануальному дослідженні матка не збільшена, заднє склепіння нависає, болюче, пальпація придатків праворуч різко болюча. З метою діагностики якої патології показана пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви ?

- A. Маткової кровотечі.
- B. Маткової вагітності.
- C. Прогресуючої позаматкової вагітності.
- D. Пельвіоперитоніту.
- E. Внутрішньочеревної кровотечі

2. До гінекологічного відділення госпіталізована жінка з клінікою гострого живота, вірогідно, з порушеною позаматковою вагітністю. Крізь яке анатомічне утворення або його частину гінеколог буде виконувати пункцію черевної порожнини ?

- A. Fornix vaginae anterior.
- B. Fornix vaginae posterior.
- C. Cervix uteri.
- D. Rectum.

Вірні відповіді: 1-E, 2-B

4. Підбиття підсумків.

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінювання виконання практичних навичок, розв'язання ситуаційних клінічних завдань, оцінювання активності на занятті тощо.

Структура поточного оцінювання 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. Оцінка практичних навичок та маніпуляцій з теми заняття:
 - методи: оцінювання правильності виконання практичних навичок;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.
3. Оцінювання роботи із пацієнтом з теми заняття:
 - методи: оцінювання: а) комунікативних навичок спілкування з пацієнтом, б) правильність призначення та оцінки лабораторних та інструментальних досліджень, в) дотримання алгоритму проведення диференціального діагнозу г) обґрунтування клінічного діагнозу, д) складання плану лікування;
 - максимальна оцінка – 5, мінімальна оцінка – 3, незадовільна оцінка – 2.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

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

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. Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes. Volume 2. Gynecology: textbook/ V.I. Gryshchenko, M.O. Shcherbina, B.M. Ventskivskyi et al. — 3rd edition, 2022. – 360 p.
4. Comprehensive Gynecology - 8 th Ed. / D.M. Hershenson, G.M. Lentz, F.A. Valea et al. Elsevier. 2021 – 881 p.
5. Pragmatic obstetrics and gynecology [Text]: [manual] / L. B. Markin [et al.]. - Lviv: Lviv Nat. Danylo Halytsky Med. Univ., 2021. - 236 p.
6. Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology / Ed. by S. Arulkumaran, W. Ledger, L. Denny, S. Doumouchsis. – Oxford University Press, 2020 – 928 p.

Додаткова:

1. Ендоскопічна хірургія: навч. посіб. / В.М. Запорожан, В.В. Грубнік, Ю.В. Грубнік, А.В. Малиновський та ін.; за ред. В.М. Запорожана, В.В. Грубніка. – К.: ВСВ «Медицина», 2019. – 592 с.
2. 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.
3. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. poradnik / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
4. Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
5. Репродуктивна функція у жінок, хворих на міому матки та ендометріоз / Н.М. Рожковська, Д.М. Железов, Т.В. Косей // Здоров'я жінки – 2018. - №2. – С.5-7.
6. 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.
7. 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.
8. 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.

9. Williams Gynecology, 4th Edition by Barbara Hoffman, John Schorge et al&. - Mac Grow Hill Education. - 2020. – 1328 p.
10. 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.
11. 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.
12. Наказ МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "ВІЛ-інфекція".
13. Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2092 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»".

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
7. <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
8. <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
9. <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
12. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
13. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
14. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
15. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
16. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
17. www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я.