

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №26. Доброякісні новоутворювання статевих органів жінки. Дисгормональні захворювання молочної залози. Ендометріоз.

**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 ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет медичний, курс VI
Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття № 26. Тема: «Доброякісні новоутворювання статевих органів жінки. Дисгормональні захворювання молочної залози. Ендометріоз.»

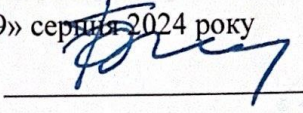
Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 6 курс, медичний факультет. Дисципліна: «Акушерство та гінекологія»

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №26. Доброякісні новоутворювання статевих органів жінки. Дисгормональні захворювання молочної залози. Ендометріоз.

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри  Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

к.мед.н. асистент кафедри акушерства і гінекології  Попова Л.М.

Практичне заняття №26

Тема: «Доброякісні новоутворювання статевих органів жінки. Дисгормональні захворювання молочної залози. Ендометріоз. »

Мета: Здобувачам необхідно засвоїти основні етіологічні та патогенетичні фактори доброякісних пухлинних захворювань жіночих статевих органів. Навчитися аналізувати дані лабораторних та інструментальних методів обстеження пацієнток з доброякісними процесами геніталій, оцінювати клінічні прояви захворювань, проводити диференціальну діагностику з метою правильного встановлення діагнозу, обирати правильну тактику ведення даних пацієнток.

Основні поняття: Доброякісні новоутворювання статевих органів жінки. Діагностика, лікування та профілактика. Дисгормональні захворювання молочної залози. Сучасні методи діагностики, лікування та профілактики. Ендометріоз. Сучасні аспекти етіопатогенезу, діагностики, лікування, та профілактики ендометріозу.

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

Навчальний час: 4 год.

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

Нині відмічається значне зростання захворювання міомою. Так, частота захворювання серед усіх, хто звертається в клініку, складає 15-17%. На протязі останніх років частими стали випадки захворювання міомою матки у жінок дітородного віку (30-35 років). Збільшення захворюваності міомою матки пов'язують із впливом факторів зовнішнього середовища, роботою, пов'язаною з небезпечними факторами виробництва, нервово-психічною перенапругою. На занятті здобувачи повинні ознайомитися з клінікою, методами діагностики і лікуванням міоми матки.

Серед пухлин жіночих статевих органів пухлини яєчників займають *друге* місце після раку шийки матки. Різноманітність будови і походження пухлин яєчників пояснюється участю в їх структурі різних по гістологічній будові, походженням і ембріогенезом клітин з будь-якою гормональною і секреторною функцією. Це утруднює класифікацію пухлин яєчників, їх правильну діагностику і лікування. Пухлини яєчників, в основному, схильні до малігнізації, і клінічно цей процес на ранніх стадіях дуже складно діагностувати, тому вивчення даної проблеми дуже важливо і актуально для лікарів всіх спеціальностей.

Актуальність проблеми ендометріозу обумовлена науковими, медичними і соціальними аспектами. Це – «загадкова хвороба» з невідомою етіологією, незрозумілим до кінця, багатоліким патогенезом. Медичні аспекти ендометріозу визначаються значною поширеністю і тенденцією до її збільшення, прогресуючою течією, тяжкістю його, порушенням статеві і репродуктивної функцій, інших систем організму. Захворювання наголошується у 7-50% менструюючих жінок, в період менопаузи не завжди піддається зворотному розвитку і в 1-2% випадків протікає злоякісно. Частота рецидивування ендометріозу коливається від 2% до 47%. При цьому ендометріоз у здорових жінок спостерігається в 5-20% випадків і більш ніж у 60% хворих з безплідністю чи/або тазовими болями.

В структурі гінекологічної патології ендометріоз займає третє місце після запальних захворювань жіночих геніталій і міоми матки. Дана проблема є прикордонним станом між пухлинним зростанням і гіперпластичними процесами.

II. Контроль опорних знань (письмова робота, письмове тестування, тестування онлайн, фронтальне опитування тощо).

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

Вимоги до знань:

- Визначати основні етіологічні та патогенетичні фактори доброякісних захворювань жіночих статевих органів та молочної залози;
- Класифікувати та аналізувати клінічну картину доброякісних захворювань жіночих статевих органів та молочної залози;
- Скласти план обстеження, аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів та молочної залози;
- Проводити диференціальну діагностику, обґрунтовувати та формувати попередній діагноз;
- Визначати тактику ведення (принципи оперативних втручань, консервативного лікування, реабілітаційні заходи) при доброякісних пухлинах жіночих статевих органів та молочної залози;
- Демонструвати вміння виконання необхідних медичних маніпуляцій.

Перелік дидактичних одиниць:

- Проводити гінекологічне обстеження (в дзеркалах, бімануальне, ректальне, ректовагінальне);
- Збирати спеціальний гінекологічний анамнез, оцінювати результати лабораторних обстежень (загального та біохімічного аналізів крові, сечі, коагулограми та ін.);
- Проводити забір матеріалу з піхви, шийки матки, цервікального каналу та уретри;
- Оцінювати результати кольпоцитологічного дослідження;
- Оцінювати результати кольпоскопічного дослідження;

- Оцінювати результати цитологічного, гістологічного та бактеріологічного досліджень;
- Оцінювати результати рентгенологічних досліджень жіночих статевих органів;
- Оцінювати результати УЗД;
- Скласти план обстеження хворої при різних нозологічних видах гінекологічної патології.
- Доброякісні новоутворювання статевих органів жінки. Діагностика, лікування та профілактика.
- Дисгормональні захворювання молочної залози. Сучасні методи діагностики, лікування та профілактики
- Ендометріоз. Сучасні аспекти етіопатогенезу, діагностики, лікування, та профілактики ендометріозу.

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

Питання:

- Етіопатогенетичні аспекти міоми матки, доброякісних пухлин яєчників та дисгормональної патології молочної залози;
- Теорії етіопатогенезу зовнішнього ендометріозу;
- Сучасна класифікація доброякісних новоутворень жіночих статевих органів;
- Відмінність доброякісних пухлин яєчників від пухлиноподібних утворів яєчників;
- Основні принципи обстеження пацієнток із доброякісними новоутвореннями жіночих статевих органів на молочних залоз;
- Сучасні принципи і методи лікування міоми матки та доброякісних пухлин жіночих статевих органів та захворювань молочних залоз;
- Сучасні принципи і методи лікування ендометріозу(гормональні, хірургічні, новітні ендоскопічні технології) ;
- Безпліддя та доброякісні пухлинні захворювання жіночих статевих органів;
- Відновлення фертильності після органозберігаючих операцій з приводу міоми матки та зовнішнього ендометріозу.

Типові ситуаційні задачі:

1.Пацієнтка 42 років звернулася до лікаря жіночої консультації зі скаргами на слабкість, запаморочення, рясні тривалі менструації протягом останнього року.

АНАМНЕЗ: двоє термінових пологів, три медичних абортів без ускладнень. Два роки тому під час профогляду була виявлена міома матки розмірами до 6 тижнів вагітності.

ОБ'ЄКТИВНО: шкірний покрив блідо-рожевий, пульс 78 ударів в 1 хв, АТ 125/80 мм рт. ст. В загальному аналізі крові рівень гемоглобіну 87 г / л.

При гінекологічному дослідженні: шийка матки гіпертрофована, тіло матки відповідає 7 тижням вагітності, рухливе, щільне, безболісне. Придатки з обох сторін не пальпуються.

2.Пацієнтка 38 років звернулася зі скаргами на болі в області піхви, іррадіюючі в крижі, пряму кишку, зовнішні статеві органи, виражену болючість при статевому акті і дефекації, посилення болю перед менструацією, періодичні кров'янисті виділення з прямої кишки.

З АНАМНЕЗУ: 2 пологів, 3 медичних абортів. Біля двох років тому з'явилися болі і темно-коричневі виділення до і після менструації, з часом спостерігалось наростання симптомів.

Гінекологічного СТАТУС: при огляді в дзеркалах шийка матки деформована старими розривами. У задньому зводі піхви визначаються синюшні «глазки» до 0,7 см, які кровоточать при контакті. При бімануальному дослідженні: тіло матки не збільшено, щільне безболісне, рухливість його обмежена; в задньому зводі пальпуються щільне, нерухоме, горбисте, різко хворобливе освіту близько 8 см в діаметрі. Додатки без особливостей.

3.Пацієнтка 28 років знаходиться на лікуванні в фтизіопульмонологічному відділенні зі скаргами на циклічні кровохаркання, тупий біль у правій половині грудної клітини, що виникають напередодні і під час менструації, загальну слабкість.

З АНАМНЕЗУ: менструації з 12 років по 6-7 днів, через 26-27 днів.

Пологи одні шляхом операції кесаревого розтину, один медичний аборт.

ОБ'ЄКТИВНО: загальний стан задовільний, температура тіла 37,4 ° С, шкірні покриви звичайного пофарбування, пульс 76 уд / хв,

АТ 110/70 мм рт. ст.

Гінекологічний СТАТУС: слизова піхви і шийки матки блідо-рожева, виділення слизові помірні. Тіло матки не збільшено, рухомо безболісно.

Придатки з обох сторін не пальпуються. В загальному аналізі крові еритроцити $2,6 \times 10^{12}$ / л, гемоглобін 90 г / л.

Типові тестові завдання:

1. Характерні особливості міоми матки:

- а) це доброякісна, гормонозалежна пухлина;
- б) виходить з поперечно-смугастої м'язової тканини;
- в) найбільш часто зустрічається в пубертатному віці і у жінок раннього репродуктивного періоду;
- г) схильна до малігнізації;
- д) можливе метастазування в піхву.

2. В основі етіопатогенезу міоми матки:

- а) гіперпрогестеронемія;
- б) гіперпролактинемія;
- в) гіперестрогенемія;
- г) хронічний міоендометрит;

д) інфікування ВПЛ.

3. Вибір хірургічного доступу залежить від:

- а) величини матки;
- б) локалізації міоматозних вузлів;
- в) передопераційної гормональної підготовки;
- г) оснащення ендоскопічним обладнанням та досвіду хірурга;
- д) всі відповіді вірні

4. Ендометріоз - це ...

- а) доброякісна, гормонозалежна пухлина яєчника;
- б) дифузна гіперплазія ендометрію;
- в) запалення слизової матки;
- г) розростання тканини, подібної ендометрію за межами порожнини матки;
- д) злоякісне захворювання внутрішніх статевих органів.

5. Аденоміоз - це ...

- а) ендометріоз яєчників;
- б) ендометріоз тіла матки;
- в) ендометріоз внутрішніх статевих органів;
- г) ендометріоз маткових труб;
- д) ретроцервикальним ендометріоз.

6. Гормональне лікування ендометріозу проводять:

- а) прогестагенами (Візана);
- б) а-ГнРГ (диферелін, лупрід-депо);
- в) антагоністами ГТГ (даназол);
- г) КОК;
- д) всі відповіді вірні.

7. Характерними ознаками мастопатії є:

- а) проліферативні і регресивні зміни тканин молочної залози;
- б) порушення співвідношення епітеліального і сполучнотканинного компонентів (фіброзно-кістозна хвороба);
- в) доброякісна хвороба молочних залоз;
- г) частіше у жінок з малою кількістю пологів, коротким періодом годування грудьми, з гінекологічними захворюваннями;
- д) всі відповіді вірні.

8. У клінічній картині мастопатії не характерно:

- а) циклічна масталгія (біль) за 1-2 тижні до початку менструації;
- б) галакторея;
- в) мастодинія (хворобливе напруження молочних залоз);
- г) світло-сірі виділення з соска при натисканні;

д) ущільнення, «зернистість» тканини молочної залози при пальпації.

9. Фолікулярні кісти найбільш часто зустрічаються:

- а) в репродуктивному віці;
- б) в періоді новонародженості;
- в) в постменопаузі;
- г) в ювенільному періоді;
- д) в перименопаузальному періоді.

10. Діагностику мастопатії проводять за допомогою:

- а) огляду та пальпації молочних залоз;
- б) УЗД;
- в) рентгенівського дослідження;
- г) цитологічного дослідження мазків-відбитків виділень з сосків;
- д) всі відповіді вірні.

III. 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 групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо в симуляційному класі зі стандартизованим пацієнтом (інтерном\аспірантом), даємо завдання:

I підгрупа – поставити попередній діагноз.

II підгрупа – скласти план ведення гінекологічної хворої.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Пацієнтка 38 років звернулася зі скаргами на болі в області піхви, іррадіюючи в крижі, пряму кишку, зовнішні статеві органи, виражену болючість при статевому акті і дефекації, посилення болю перед менструацією, періодичні кров'янисті виділення з прямої кишки.

З АНАМНЕЗУ: 2 пологів, 3 медичних абортів. Біля двох років тому з'явилися болі і темно-коричневі виділення до і після менструації, з часом спостерігалось наростання симптомів.

Гінекологічний статус: при огляді в дзеркалах шийка матки деформована старими розривами. У задньому зводі піхви

визначаються синюшні «глазки» до 0,7 см, які кровоточать при контакті. При бімануальному дослідженні: тіло матки не збільшено, щільне безболісне, рухливість його обмежена; в задньому зводі пальпується щільне, нерухоме,

горбисте, різко хворобливе освіту близько 8 см в діаметрі. Придатки без особливостей.

- 1) Який діагноз найбільш вірогідний?
- 2) Яке дослідження найбільш інформативне для уточнення поширеності процесу?
- 3) Яке лікування призначити цій пацієнтці?

2. Пацієнтка 45 років звернулася в жіночу консультацію для профілактичного огляду. Скарг немає.

З АНАМНЕЗУ: менархе в 13 років, менструації по 5-6 днів через 24-25 днів. Пологів - 2, шляхом операції кесаревого розтину. Грудне вигодовування близько 10 місяців. Спадковий анамнез обтяжений: мати оперована з приводу раку молочної залози.

ОБ'ЄКТИВНО: при пальпації в зовнішньому верхньому квадранті лівої молочної залози визначається безболісне ущільнення близько 1,5 см в діаметрі. Шкіра над утворенням не змінена. Пахвові, над- і підключичні лімфатичні вузли не збільшені. Спостерігаються ясно-сірі виділення із сосків при натисканні.

Гінекологічний СТАТУС: при дослідженні в дзеркалах слизова піхви звичайного пофарбування, виділення слизові помірні. При бімануальному дослідженні тіло матки звичайних розмірів, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не пальпуються, безболісні. Склепіння піхви вільні

- 1) Які фактори ризику патології молочної залози можна виділити у даної пацієнтки?
- 2) Яке дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?
- 3) Яке лікування призначити цій пацієнтці?

3. Пацієнтка 40 років звернулася в жіночу консультацію для профогляду. Скарг не пред'являє.

АНАМНЕЗ: двоє термінових пологів, три медичних абортів без ускладнень. При бімануальному дослідженні: шийка матки циліндричної форми, тіло матки пухлиноподібно змінено, щільне, горбисте, збільшено до 13-14 тижнів вагітності. Придатки з обох сторін не пальпуються. Склепіння глибокі, вільні.

- 1) Який діагноз найбільш вірогідний?
- 2) Який метод дослідження має першочергове значення для постановки діагнозу?
- 3) Який метод лікування необхідно вибрати для даної пацієнтки?

Нетипові тестові задачі:

1. Найбільш інформативним методом діагностики ендометріозу шийки матки є:

Варіанти відповіді:

а) кольпоскопія;

- б) гістероскопія;
- в) лапароскопія;
- г) МРТ;
- д) метросальпінгографія.

2. У клінічній картині ретроцервікального ендометріозу характерно:

- а) виражений больовий синдром напередодні і з початком менструації;
- б) виражена діаспорян (хворобливість при статевому акті);
- в) психовегетативні розлади;
- г) порушення акту дефекації, циклічні кров'янисті виділення з прямої кишки;
- д) всі відповіді вірні.

3. Клінічні прояви ендометріозу залежать від:

- а) локалізації ендометріюїдних вогнищ;
- б) ступеня поширення;
- в) наявності екстрагенітальної супутньої патології;
- г) наявності психо-вегетативних розладів;
- д) всі відповіді вірні.

4. Для клінічної картини внутрішнього ендометріозу не характерно:

- а) біль, посилення якої пов'язане з менструацією;
- б) гіперполіменорея;
- в) темні мажучі виділення зі статевих шляхів до і після менструації;
- г) виражена диспареунія (хворобливість при статевому акті);
- д) циклічні психовегетативні розлади.

5. Методи діагностики внутрішнього ендометріозу:

- а) УЗД;
- б) гістероскопія;
- в) гістеросальпінгографія;
- г) бімануального дослідження;
- д) всі відповіді вірні.

6. При одиничному субсерозному вузлі на ніжці переважно:

- а) консервативне лікування КОК, спостереження;
- б) видалення вузла лапароскопічним доступом за допомогою біполярної електричної енергії;
- в) лапароскопічним доступом з накладенням дворядних вікріловимі швів;
- г) лапаротомного доступом з накладенням дворядних вікріловимі швів;
- д) лапаротомного доступом з накладенням однорядного вікріловимі шва.

7. Міомектомія при інтерстиціальному розташуванні вузлів переважно виконувати:

- а) лапароскопічним доступом з використанням біполярної коагуляції ложа;
- б) лапароскопічним доступом із застосуванням накладення танталових скоб;
- в) лапароскопічним доступом з накладенням однорядного вікріловимі шва;
- г) лапаротомного доступом з накладенням дворядних вікріловимі швів;
- д) лапаротомного доступом з накладенням однорядного вікріловимі шва.

8. При субмукозному розташуванні міоматозного вузла виконується:

- а) гістероскопічна механічна міомектомія;
- б) гістероскопічна електрохірургічна міомектомія;
- в) ФУЗ-абляція;
- г) вірно а, б;
- д) вірно а, б, в.

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

Таблиця 1. Класифікація ендометріозу (Американське товариство фертильності)

Ендометріоз				<1см	1-3см	>3см
Очеревина	Поверхневий			1	2	4
	глибокий			2	4	6
Яєчники	Правий	Поверхневий		1	2	4
	глибокий	4	16	20		
	лівий		поверхневий	1	2	4
			глибокий	4	16	20
Облітерація позаматкового простору	Часткова	– 40		Повна	– 40	
Спайки				Покривають <1/3	Покривають<1/3 – 2/3	Покривають>
яєчники	Правий	Ніжні		1	2	4
	Щільні	4	8	16		
	Лівий		Ніжні	1	2	4
			Щільні	4	8	16
Труби	Права	Ніжні		1	2	4
	Щільні	4	8	16		
	Ліва		Ніжні	1	2	4
			щільні	4	8	16

^x - повністю запаяний фімбриальний відділ труби оцінюють "16"

Стадія I (мінімальна) 1-5 балів

Стадія II (легка) 6-15 балів

Стадія III (середня) 16-40 балів

Стадія IV (важка) < 40 балів

Розташування вогнищ ендометріоз.

Типове	Менш типове	Рідкісне
Яєчники	Апендикс	Діафрагма
Широкі зв'язки	Термінальна частина клубової кишки	Кінцівки

Матково-
крижові
зв'язки

Шийка матки

Плевра
Легені

Серозна оболонка	Промежина	Жовчний міхур
---------------------	-----------	------------------

Матки	Рубці в черевній порожнині	Селезінка
-------	-------------------------------	-----------

Сечовий
міхур

Шлунок

Ректо-
вагинальна
клітковина

Пупок

Нирки

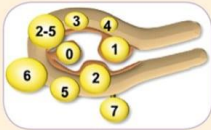
Сигмовідная
кишка

Паховий регіон
Уретра

Симптоми, що зустрічаються при ендометріозі

Типові	Менш типові	Більш рідкісні	Вельми, рідкісні
Дисменорея	Дісхезія /порушення	Сильні позиви	Гемоптизис
Дизпареунія	дефекації/	До сечовипускання	Кишкова
Безплідність	Передменструальна	аж до мимовільного	непрохідність
	Мазанина		Водянка нирки і сечоводу
Тазовий	Дисфункціональні	Гематурія	
біль	маткові		
	кровотечі	Кровотечі з прямої кишки	Шкірні вузли
	Дизурія		

Класифікація міом (FIGO, 2011)



Суб-мукозная	0	Узел на ножке полностью в полости матки
	1	<50% узла расположено интрамурально
	2	≥50% узла расположено интрамурально
Другие	3	100% интрамурально, но контактирует с эндометрием
	4	Интрамуральный узел
	5	Субсерозный ≥50% интрамуральный
	6	Субсерозный <50% интрамуральный
	7	Субсерозный на ножке
	8	Другие (например, шейчный узел, паразитарные образования и др.).
Гибридная лейомиома (включает эндометрий и серозную оболочку)		
В этом случае две цифры указываются через дефис. При этом первая цифра соответствует отношению узла к эндометрию, вторая — отношению узла к серозной оболочке.		
2-5	Узел расположен субмукозно и субсерозно. Субмукозно выступает менее половины диаметра узла и субсерозно выступает менее половины диаметра узла.	

Доброякісні стани та пухлини жіночих органів статевих органів, ендометріоз

Лейоміома матки та доброякісні новоутворення статевих органів

Підслизова лейоміома матки

1.Метро рагії	Залежно від Відпові клінічної ситуації:	Відсутніс ть 7±3	1. ДДС згідно з Норматива ми надання амбулаторн ої акушерсько - гінекологіч ної допомоги
2.Симпто мна фібромі ома матки	2. УЗД фіброматозног о вузла або	1.Гістероскопі аційних ускладне нь	2. Згідно з рубрикою А Д25.1
3.Субму козний фіброма тозний вузол, що	Розділь гітерорезектос копія з діагност резекцією ичне фіброматозног вишкрібо вузла ання 2.		3. Санаторно-курортне лікування
Інтраму ральна лейоміо ма матки	народж порожн ини Консервативн а міомектомія матки із ПГД 3 Тотальна/ субтотальна		4. ЗГТ або негормонал ьне лікування постоваріое ктомічного синдрому (ПОЕС)
Субсеро тозного зна лейоміо ма матки	Гістерос копія за з/без показан нями 5. Симуаіаіч на терапія		
Лейоміов не ма матки, ня	лікуван ня		

неуточн (розмір
ена и міоми
Інші більше
доброяк 12
існі тижнів
новоутв вагітнос
орення ті,
матки швидки
й ріст,
симпто
м на
міома
матки)

Інші доброяк існі новоутв орення шийки матки	Д26.0	Міома шийки матки	1. Відповідно до рубрик Г, Д 2. Кольпоцервік оскопія	Залежно від клінічної ситуації: 1.Екстир пація матки з/без додатків 2.Видале ння фібромат озного вузла	Відсутні 5±3 сть післяпе раційних ускладне нь
--	-------	-------------------------	---	---	--

1. ДДС
згідно з
Норматива
ми надання
амбулаторн
ої
акушерсько
-
гінекологіч
ної
допомоги
2. Згідно з
рубрикою
А
3.
Санаторно-
курортне
лікування
4. ЗГТ або
негормонал
ьне
лікування
постоваріое
ктомічного
синдрому
(ПОЕС)

Тіла матки, інших частин матки, неуточн	Д26.1 Д26.7 Д26.9	1.Метро рагії 2.Симпт омна фібромі ома	1.Відповідно до рубрик Г, Д, 2.УЗД 3.Роздільне діагностичне	Залежно від клінічної ситуації: 1.Екстир пація	Відсутні 7±3 сть післяпе раційних ускладне нь
--	-------------------------	---	--	---	--

1. ДДС
згідно з
Норматива
ми надання
амбулаторн
ої

ені	матки вишкрібання матки		акушерсько
	3.Субму порожнини з/без		-
	козний матки із ПГД додатків		гінекологіч
	фіброма 4.Гістероскопі 2.Видале		ної
	тозний я за ння		допомоги
	вузол, показаннями фібромат		2. Згідно з
	що озного		рубрикою
	народж вузла		А
	ується		3.
	4.Некро		Санаторно-
	з		курортне
	фіброма		лікування
	тозного		4. ЗГТ або
	вузла		негормонал
	5.Плано		ьне
	ве		лікування
	операти		постоваріоє
	вне		ктомічного
	лікуван		синдрому
	ня (		(ПОЕС)
	розміри		
	міоми		
	більше		
	12		
	тижнів		
	вагітнос		
	ті,		
	швидки		
	й ріст,		
	симпто		
	м на		
	міома		
	матки)		
Добря Д27	§ 1.Відповідно 1. Відсутні 5±3		1. ДДС
кісні	Перекрудо рубрик Г і	Діагностисть	згідно з
новоутв	т ніжки Д	чно- післяопе	Норматива
орення	і/або 2.УЗД	оператив раційних	ми надання
яєчника	некроз 3.Іррігоскопія	на ускладне	амбулаторн
	новоутв 4.Фіброгастро опія	лапароск нь	ої
	орення 5.Аналіз крові Лапарото		акушерсько
	§ колоноскопія 2.		-
	Розрив 5.Аналіз крові Лапарото	мія (обсяг	гінекологіч
	новоутв на	оператив	ної
	орення зонкомаркери	ного	допомоги
	виливо (СА 125,	втручанн	2.Згідно з
	м СЕА,МСА)		рубрикою

		вмісту в 6.Інтраоперація		А
		черевну йна	визначає	
		порожн цитологічна	ься	
		ину діагностика	клінічни	
		§	м	
		підозра	перебігом	
		на	, віком	
		злорякісн	пацієнтки	
		е	, типом	
		перерод	пухлини	
		ження	яєчника)	
		§		
		планове		
		операти		
		вне		
		лікуван		
		ня		
Доброя кісне новоутворення інших та не уточнен их жіночих статевих органів Включе но: Аденом атозний поліп шкіри жіночих статевих органів Вульви Піхви	Д28 Д28.0	Планове1.Рубрика Г, операти Д1 вне 2.Патогістоло гічне дослідження видаленого матеріалу денного стаціона ру	Видаленн Відсутні 3±1 я сть новоутво післяопе рення раційних (хірургіч ускладне нь електрoхі рургічне, кріoхіру ргічне СО2- лазервапо ризация, ультразву кова хірургія)	1. ДДС згідно з Норматива ми надання амбулаторн oї акушерсько - гінекологіч ної допомоги 2.Згідно з рубрикою А
Матков их труб та	Д28.2 Д28.7	1. Пп 1.Рубрика Г, ДОператив Відсутні 7±3 2.УЗД не сть лікуванняпісляопе 3.Лапароскопі		1. ДДС згідно з Норматива

зв'язок:	я	-	раційних	ми надання
Фалопіє	4.Інтраопераці	лапароск	ускладне	амбулаторн
вої	йна	опія або	нь	ої
труби	цитологічна	лапарото		акушерсько
Матков	діагностика	мія		-
ої		(обсяг		гінекологіч
зв'язки		залежно		ної
(широк		від		допомоги
ої,		клінічної		2.Згідно з
круглої)		ситуації)		рубрикою
				А

Алгоритм виконання практичних навичок.

Бімануальне (піхвове) 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, втягнення 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 пахвовій 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.

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

- Інтерпретація скарг та анамнезу хворої при визначенні діагнозу доброякісних новоутворень жіночих статевих органів.
- Визначення попереднього клінічного діагнозу на підставі інтерпретації даних спеціального обстеження.
- Оцінювати результати додаткових методів дослідження (лабораторних, ендоскопічних, МРТ, КТ).
- Виконувати гінекологічне обстеження в симуляційних класах із використанням високотехнологічних тренажерів

- Вміти обґрунтувати діагноз пацієнтки з доброякісними пухлинними утвореннями жіночих статевих органів на підставі скарг, анамнезу, клініки, проведеної диференціальної діагностики у тематичної хворої (стандартизований пацієнт).
- Вміти обґрунтувати необхідний обсяг операції при різноманітних формах міоми матки та при різних варіантах пухлин яєчників в залежності від характеру пухлини та віку хворої.
- Вміти розробити план ведення пацієнток з тяжкими формами зовнішнього ендометріозу, в залежності від репродуктивних намірів.
- Вміти провести диференційну діагностику дисгормональних захворювань молочної залози з об'ємними новоутвореннями.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1.Пацієнтка 38 років звернулася зі скаргами на болі в області піхви, іррадіюючи в крижі, пряму кишку, зовнішні статеві органи, виражену болючість при статевому акті і дефекації, посилення болю перед менструацією, періодичні кров'янисті виділення з прямої кишки.

З АНАМНЕЗУ: 2 пологів, 3 медичних абортів. Біля двох років тому з'явилися болі і темно-коричневі виділення до і після менструації, з часом спостерігалось наростання симптомів.

Гінекологічного СТАТУС: при огляді в дзеркалах шийка матки деформована старими розривами. У задньому зводі піхви визначаються синюшні «глазки» до 0,7 см, які кровоточать при контакті. При бімануальному дослідженні: тіло матки не збільшено, щільне, рухливість його обмежена; в задньому зводі пальпується щільне, нерухоме, горбисте, різко хворобливе освіту близько 8см в діаметрі. Придатки без особливостей.

1)Який діагноз найбільш вірогідний?

2)Яке дослідження найбільш інформативне для уточнення поширеності процесу?

3)Яке лікування призначити цій пацієнтці?

2.Пацієнтка 45 років звернулася в жіночу консультацію для профілактичного огляду. Скарг немає. З АНАМНЕЗУ: менархе в 13 років, менструації по 5-6 днів через 24-25 днів. Пологів - 2, шляхом операції кесаревого розтину. Грудне вигодовування близько 10 місяців. Спадковий анамнез обтяжений: мати оперована з приводу раку молочної залози.

ОБ'ЄКТИВНО: при пальпації в зовнішньому верхньому квадранті лівої молочної залози визначається безболісне ущільнення близько 1,5 см в діаметрі. Шкіра над утворенням не змінена. Пахвові, над- і підключичні лімфатичні вузли не збільшені. Спостерігаються ясно-сірі виділення із сосків при натисканні.

Гінекологічний СТАТУС: при дослідженні в дзеркалах слизова піхви звичайного пофарбування, виділення слизові помірні. При бімануальному дослідженні тіло матки звичайних розмірів, рухоме, безболісне. Придатки з обох сторін не пальпуються, безболісні. Склепіння піхви вільні

1)Які фактори ризику патології молочної залози можна виділити у даної пацієнтки?

2)Яке дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

3)Яке лікування призначити цій пацієнтці?

3.Пацієнтка 40 років звернулася в жіночу консультацію для профогляду. Скарг не пред'являє.

АНАМНЕЗ: двоє термінових пологів, три медичних абортів без ускладнень.

ПРИ бімануальному дослідженні: шийка матки циліндричної форми, тіло матки пухлиноподібно змінено, щільне, горбисте, збільшено до 13-14 тижнів вагітності. Придатки з обох сторін не пальпуються. Склепіння глибокі, вільні.

1)Який діагноз найбільш вірогідний?

2) Який метод дослідження має першочергове значення для постановки діагнозу?

3)Який метод лікування необхідно вибрати для даної пацієнтки?

Тестові завдання КРОК-2:

1.(2020) Жінка 35-ти років звернулася до лікаря зі скаргами на зростаючий біль під час менструації протягом 1-го року Тривалість менструального циклу 28 днів. 2 роки тому була проведена лапароскопі-чна перев'язка маткових труб. При пальпації матка збільшена до 8 тижнів вагітності, м'якої консистенції, болюча. Придатки з обох сторін не збільшені, при пальпації безболісні. Який діагноз є найбільш імовірним?

А.Аденоміоз*

Б.Позаматкова вагітність

В.Зовнішній ендометріоз

Г.Полікістоз яєчників

Д.Гідросальпінкс

2. (2020)В ході профогляду встановлено: у жінки 23-х років вагітностей не було. При бімануальному обстеженні виявлено: тіло матки нормальних розмірів, на передній стінці - щільне округле утворення на ніжці, пов'язане з маткою, розмірами в діаметрі до 6-ти см, неболюче, додатки без особливостей. За допомогою УЗД підтверджено діагноз субсерозної міоми матки. Який метод лікування слід запропонувати?

А.Консервативна міомектомія*

Б.Ампутація матки

В.Дефундація матки

Г.Екстирпація матки

Д. Висока надпівхова ампутація матки

3. (2020) Пацієнтка 35-ти років пред'являє скарги на сукровичні виділення з соска лівої молочної залози. При огляді, пальпації - патології не виявлено. Для якого доброякісного захворювання є характерним даний симптом?

А. Внутрішньопротокова папілома*

Б. Кіста молочної залози

В. Фібroadенома молочної залози

Г. Інфільтративний мастит

Д. Масталгія

4. (2019) 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 дзеркалах: 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?

А. Контрольована гіперстимуляція яєчників

Б. Призначення комбінованих оральних контрацептивів*

В. Призначення андрогенів

Г. Хірургічне втручання

Д. Призначення антагоністів гонадотропін-рилізінг гормону

5. (2019) Жінка 32-х років звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність вагітності впродовж 4-х років. У анамнезі: 5 років тому перша вагітність закінчилась штучним абортom. За даними вагінального дослідження та ультразвукового дослідження (УЗД) встановлено діагноз:* ендометріодна кіста правого яєчника. Який оптимальний метод лікування?

А. Протизапальна терапія

Б. Терапія андрогенами

В. Консервативна терапія естроген-гестагенними препаратами

Г. Санаторно-курортне лікування

Д. Оперативна лапароскопія*

6. (2019) До жіночої консультації звернулася жінка 40-ка років зі скаргами на порушення менструального циклу за типом гіперполіменореї протягом півроку, тягнучі болі в нижніх відділах живота, слабкість. В ході гінекологічного обстеження тіло матки збільшене до 12 тижнів вагітності, щільне, рухоме, безболісне. В крові: Нb - 90 г/л. Яка патологія є найбільш імовірною?

- А.Кістома яєчника
- Б.Вагітність
- В. Міома матки*
- Г. Дисфункціональна маткова кровотеча
- Д. Рак тіла матки

7.(2017) Хвора скаржиться на біль внизу живота, який посилюється під час місячних і статевих контактів, та іррадіює в піхву. Під час піхвового дослідження - ззаду від матки виявляються щільні, вузлуваті, болючі утворення. Який найбільш імовірний діагноз?

- А.Ретроцервікальний ендометріоз*
- Б.Аденоміоз
- В.Периметрит
- Г.Хронічне запалення придатків матки
- Д.Параметрит

8.(2017) В ході профогляду встановлено: у жінки 23-х років вагітностей не було. При бі-мануальному обстеженні виявлено: тіло матки нормальних розмірів, на передній стінці - щільне округле утворення на ніжці, пов'язане з маткою, розмірами в діаметрі до 6-ти см, неболюче, додатки без особливостей. За допомогою УЗД підтверджено діагноз субсерозної міоми матки. Який метод лікування слід запропонувати?

- А.Консервативна міомектомія*
- Б.Ампутація матки
- В.Дефундація матки
- Г.Екстирпація матки
- Д.Висока надпіхвова ампутація матки

9.(2016) Хвора 48-ми років скаржиться на рясні менструації. Родів - 2, абортів - 2. За останні 2 роки до гінеколога не зверталась. Об'єктивно: зовнішні статеві органи без патології, шийка матки циліндрична, чиста. Тіло матки збільшене до 14-15 тижнів вагітності, нерівної поверхні, рухоме, безболісне. Склепіння глибокі. Придатки не визначаються, ділянка придатків безболісна. Параметрії вільні. Виділення слизові. Який найбільш імовірний діагноз?

- А.Фіброміома матки*
- Б.Саркома тіла матки
- В.Вагітність 14-15 тижнів
- Г.Хоріонепітеліома
- Д.Рак ендометрію

10.(2016) Хвора 26-ти років звернулася до жіночої консультації зі скаргами на біль внизу живота, який посилюється під час менструації, мажучі кров'яністі виділення до і після менструації. Захворювання пов'язує зі

штучним абортom. В дзеркалаx: на шийці матки 5 темно-червоних включень. Який найбільш імовірний діагноз?

А.Зовнішній ендометріоз*

Б.Поліпоз шийки матки

В.Рак шийки матки

Г.Ерозія шийки матки

Д.Дисплазія шийки матки

11.(2016) Хвора 28-ми років під час самообсте-ження виявила пухлину у верхньому зовнішньому квадранті правої молочної залози. Під час пальпації - безболісне, тверде, рухоме утворення в молочній залозі діаметром 2 см, периферичні лімфатичні вузли не змінені. Ультразвукове дослідження молочних залоз: у верхньому зовнішньому квадранті правої молочної залози об'ємне утворення підвищеної ехогенності, розміром 21х18 мм. Який найбільш імовірний діагноз?

А.Фібroadенома*

Б.Кіста молочної залози

В.Дифузна мастопатія

Г.Рак молочної залози

Д.Мастит

IV. Підведення підсумків (критерії оцінювання результатів навчання).

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 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 інтерпритації 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 інтерпритації 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.

Список рекомендованої літератури.

Основна:

1. Акушерство та гінекологія: у 4 томах. – Том 3. Неоперативна гінекологія: підручник (ВНЗ IV р.а.) / В.М. Запорожан, І.Б. Вовк, І.Ю. Гордієнко та ін; за ред. В.М. Запорожана. – 2014. – 928 с.
2. Акушерство та гінекологія: у 4 томах. – Том 4. Оперативна гінекологія: підручник (ВНЗ IV р.а.) / В.М. Запорожан, Т.Ф. Татарчук, І.З.Гладчук та ін; за ред. В.М. Запорожана. – 2014. – 696 с.
3. 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.
4. 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. 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. Гинекология: учебник / Б.И. Баисова и др.; под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 432 с.
 6. 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.
 7. 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.
 8. 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.
 9. 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.
 10. 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.
 11. 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.
 12. Діючі «Клінічні протоколи», затверджені наказом МОЗ України з акушерства та гінекології.
 13. Наказ МОЗ України від 25.01.2023 № 147 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Лейоміома матки»"

Інтернет-джерела для підготовки:

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/>