

**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 V

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №18. Тема: «Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія»

ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №18. Ранні гестози.
Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології Одеського національного
медичного університету

Протокол №1 від «29» серпня 2024 року

Завідувач кафедри



д.мед.н., професор Ігор ГЛАДЧУК

Розробник:

к.мед.н., доцент кафедри
акушерства та гінекології



Ганна ЛАВРИНЕНКО

Практичне заняття №18

Тема: «Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія»

Мета: Ознайомитись із показниками частоти ранніх та гіпертонічних розладів під час вагітності, ускладнень вагітності та пологів, перинатальних втрат, пов'язаних з цією патологією. Сформувати чітке уявлення про послідовність дій з надання допомоги при невідкладних станах.

Сформувати у здобувачів вищої освіти насторожене відношення до розвитку ранніх гестозів та прееклампсії/еклампсії, їх ускладнень під час вагітності і в післяпологовому періоді. Викликати у здобувачів вищої освіти відчуття відповідальності, яку повинен мати лікар загальної практики по відношенню до вагітних з групи ризику по виникненню даної патології.

Основні поняття: Ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування. Гіпертензивні розлади під час вагітності. Прееклампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування, тактика, профілактика. Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога, тактика ведення. Рідкісні форми гестозів.

Обладнання: Професійні алгоритми, муляжі, пацієнти, відеоматеріали

Навчальний час: 6 годин

I. Організаційний момент (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

Своєчасна діагностика, прогнозування, профілактика і лікування ускладнень вагітності залишається основною стратегією у системі заходів, спрямованих на охорону здоров'я матері й дитини. До найзагрозливіших ускладнень вагітності належать гіпертензивні розлади під час вагітності, частота яких в Україні не має тенденції до зниження і які суттєво впливають на показники материнської та дитячої патології й смертності. За даними міністерства охорони здоров'я України гіпертензивні розлади під час вагітності на протязі останнього десятиріччя входять до першої трійки причин материнських втрат.

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

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять (вимоги до знань, перелік дидактичних одиниць)

Вимоги до знань:

- Мати навички комунікації та клінічного обстеження пацієнта.
- Здатність визначати перелік необхідних клініко-лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати.
- Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- Здатність визначати принципи лікування захворювань, необхідний режим праці та відпочинку і характер харчування.
- Здатність діагностувати невідкладні стани
- Здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу
- Здатність виконувати медичні маніпуляції
- Здатність визначати тактику ведення вагітності, пологів та післяпологового періоду.
- Здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- Ранні гестози: класифікація, клініка, діагностика, лікування. Гіпертензивні розлади під час вагітності.
- Прееклампсія: патогенез, класифікація, діагностика, клініка, лікування, тактика, профілактика.
- Еклампсія: клініка, діагностика, ускладнення, невідкладна допомога, тактика ведення.
- Рідкісні форми гестозів.

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

Питання:

1. Яка класифікація ранніх гестозів?
2. Які сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів ?
3. Які принципи і методи лікування блювання вагітних різного ступеня тяжкості?
4. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «прееклампсія»?
5. Яка класифікація прееклампсії?
6. Які фактори ризику щодо виникнення прееклампсії?
7. Яка клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром?
8. Яка тактика лікаря і методи лікування прееклампсії?
9. Яка клініка і діагностика еклампсії?
10. Яка перша допомога при розвитку приступу еклампсії?
11. Яка акушерська тактика і лікування еклампсії?
12. Яке спостереження за породіллями, що перенесли прееклампсію/еклампсію після виписування із стаціонару?

13. Які методи профілактики прееклампсії?

Типові ситуаційні задачі:

1. У гінекологічний стаціонар поступила першовагітна при терміні гестації 7-8 тижнів зі скаргами на постійну нудоту, блювоту до 15 разів на добу, відсутність апетиту, зниження маси тіла, підвищення температури до 37,5 °С. Об'єктивно: іктеричність склер і шкірних покривів, гіпотонія, тахікардія до 120 уд/хв., запах ацетону з рота, діурез понижений, в аналізах крові - гіпербілірубінемія, в аналізах сечі - ацетонурія, циліндрурія. Проведена впродовж 4 діб терапія не привела до поліпшення стану хворої.

Встановіть діагноз. Яка найбільш раціональна тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність I, 7-8 тижнів. Надмірне блювання вагітних.

Тактика ведення - переривання вагітності.

2. У ЖК звернулася повторновагітна при терміні гестації 10-11 тижнів зі скаргами на слабкість, постійну нудоту, блювоту 5-6 разів протягом доби, зниження маси тіла.

Встановіть діагноз. Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність II, 10-11 тижнів. Блювання вагітних середнього ступеня тяжкості. Тактика ведення – госпіталізація в стаціонар, призначення комплексної медикаментозної терапії (інфузії, протиблювотні, седативні, антигістамінні, ферментні препарати, гепатопротектори, вітаміни).

Тестові завдання

1. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржиться на головний біль, порушення зору, загальмованість. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в порожнині малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?

- А. *Операція накладання акушерських щипців
- В. Динамічне спостереження за вагітною та плодом
- С. Плродоруйнівна операція
- Д. Консервативне проведення пологів з епізіотомією
- Е. Стимуляція пологової діяльності

2. Першовагітна 23-х років з терміном 37-38 тижнів. Стан важкий. Вдома відбувся напад еклампсії. Об'єктивно: АТ- 180/100 мм рт.ст., Рс- 98/хв, генералізовані набряки, без свідомості. Визначити тактику ведення вагітної:

- А. *Термінове розродження шляхом кесарева розтину на тлі інтенсивної

терапії

- В. Пролонгація вагітності на тлі інтенсивної терапії
- С. Інтенсивна терапія протягом 2-3-х днів з наступним пологорозрішенням
- Д. Накладання акушерських щипців
- Е. Рання амніотомія

3. Вагітна З., термін вагітності 37-38 тижнів, доставлена машиною швидкої допомоги з нудотою, блюванням, миготінням "мушок" перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм.рт.ст., визначаються генералізовані набряки. Під час вагітності в жіночій консультації не спостерігалася. Встановити правильний діагноз.

- А. *Тяжка прееклампсія
- В. Еклампсія
- С. Відшарування сітківки ока
- Д. Загроза крововиливу в мозок
- Е. Помірна прееклампсія

4. Першовагітну госпіталізовано зі скаргами на головні болі. Жіночу консультацію не відвідувала. Встановлено термін вагітності 35 - 36 тижнів. АТ - 180/120 мм рт.ст. праворуч, 140/90 мм рт.ст. ліворуч, набряки нижніх і верхніх кінцівок. У сечі: білок 3,97 г/л, гіалінові та зернисті циліндри. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. *Тяжка прееклампсія
- В. HELLP-синдром
- С. Помірна прееклампсія
- Д. Гестаційна гіпертензія
- Е. Хронічна гіпертензія

5. Вагітна з терміном гестації 7 - 8 тижнів госпіталізована до пологового будинку у важкому стані зі скаргами на блювання до 20 разів на добу, слабкість, запаморочення, відразу до їжі. За вагітність маса зменшилася на 10 кг. Рс- 105/хв., ритмічний, АТ- 90/60 мм рт.ст., температура тіла 37,9°C. У крові: Нб - 154 г/л, у сечі ацетон (++++). Комплексна терапія, що проводиться, неефективна. Яка акушерська тактика?

- А. *Переривання вагітності
- В. Продовжити консервативну терапію гестозу
- С. Застосувати у лікуванні хворої плазмаферез
- Д. Перевести хвору у гастроентерологічне відділення
- Е. Продовжити лікування протягом 1 тижня, потім вирішити питання про можливість пролонгування вагітності

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

Оволодіти та удосконалити навички:

- складати план клініко-лабораторного обстеження вагітної при ранніх гестозах та гіпертензивних розладах при вагітності;
- оцінювати результати клініко – лабораторних досліджень;
- призначати лікування при ранніх гестозах та гіпертензивних розладах при вагітності;
- надавати першу допомогу при приступі eklampсії;
- оцінювати результати КТГ під час вагітності і пологів;
- оцінювати результати біофізичного профілю плода (БПП);
- оцінювати результати доплерометричного дослідження кровоплину в артерії пуповини;
- визначати і оцінювати серцебиття плода (аускультативно, КТГ);
- оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар.

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

Інтерактивне завдання

1. Здобувачів вищої освіти групи ділимо на 3 підгрупи в кількості 4-5 чоловік в кожній. Працюємо у кабінетах жіночої консультації з вагітними пацієнтками у різні терміни вагітності, даємо завдання:
2. I підгрупа – поставити попередній діагноз.
3. II підгрупа – скласти план ведення вагітної.
4. III підгрупа – оцінює правильність відповіді I та II підгруп і вносить свої корективи.

Нетипові задачі

1. Першовагітна при терміні гестації 38-39 тижнів поступила зі скаргами на слабкість, сонливість, головний біль, миготіння «мушок» перед очима, періодичний біль в епігастральній ділянці, набряки на ногах. АТ – 170/115 мм рт. ст. Положення плода повздовжнє, головне передлежання, серцебиття плода 90-100 уд/хв., приглушено. У сечі білок – 5,3 г/л.

Встановіть діагноз. Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність I, 38-39 тижнів, подовжнє положення, головне передлежання. Тяжка преeklampсія. Дистрес плода.

2. Першовагітна 28 років поступила в пологовий будинок з пологовою діяльністю. Перейми по 45-50 секунд через 1,5-2 хвилини, помірної сили. Породілля пред'являє скарги на головний біль. АТ – 160/105 мм рт. ст. Виражені набряки нижніх кінцівок. У сечі білок – 3,3 г/л. Серцебиття плода

до 180-185 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Головка плоду в площині виходу з малого тазу.

Яка тактика ведення пацієнтки? Яке ускладнення вагітності і пологів має місце в даному клінічному випадку?

Правильна відповідь: Тактика ведення – накладання вихідних акушерських щипців, лікування тяжкої преєклампсії. Тяжка преєклампсія. Дистрес плоду.

Тестові завдання

1. Першовагітна поступила до пологового будинку зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, сонливість, набряки на ногах. АТ - 180/120 мм рт.ст. ОЖ-90 см, ВДМ - 38 см, положення плода повздовжнє, головне передлежання, серцебиття плоду - 130 уд/хв, ритмічне. В сечі білок 3,3 г/л. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. *Тяжка преєклампсія
- В. Помірна преєклампсія
- С. Еклампсія
- Д. Гіпертонічний криз
- Е. Набряки вагітних

2. Жінка 28-ми років пред'являє скарги на нудоту, блювання до 10 разів впродовж доби. Відзначає зниження маси тіла, сухість шкіри. Серцебиття до 100/хв. Температура тіла 37,2 °С. Олігурія. Після проведення ультразвукового дослідження була виявлена вагітність у терміні 5-6 тижнів. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. *Блювання вагітних середнього ступеня
- В. Блювання вагітних легкого ступеня
- С. Надмірне блювання вагітних
- Д. Гострий панкреатит
- Е. Харчове отруєння

3. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржиться на головний біль, порушення зору, сплутаність свідомості. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в площині виходу малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?

- А. *Операція накладання акушерських щипців
- В. Кесарів розтин
- С. Плороруйнівна операція
- Д. Консервативне проведення пологів з епізіотомією
- Е. Стимуляція пологової діяльності

4. 26-річна вагітна жінка доставлена до відділення невідкладної терапії на

36-му тижні вагітності зі скаргами на інтенсивний головний біль у лобній ділянці. При фізикальному обстеженні: артеріальний тиск - 170/90 мм рт.ст., пульс - 85/хв., частота дихання - 15/хв., температура - 36,9°C, набряки кінцівок. Серцебиття плоду - 159/хв. Під час огляду у жінки розвивається напад генералізованих тоніко-клонічних судом. Який препарат лікар має ввести першочергово?

- A. *Магнію сульфат
- B. Діазепам
- C. Фенітоїн
- D. Ламотриджин
- E. Натрію вальпроат

5. Вагітність 40 тижнів, АТ - 180/120 мм рт.ст. Пологова діяльність відсутня. Набряки нижніх кінцівок, одутлість обличчя, головний біль, порушення зору, вдома був напад судом. Розпочата терапія - без ефекту. Яка подальша тактика ведення вагітної?

- A. *Кесарів розтин
- B. Розпочати інфузійну терапію
- C. Розпочати седативну терапію
- D. Провести стимуляцію пологової діяльності
- E. Нагляд в умовах відділення інтенсивної терапії

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

№	Основні задачі	Вказівки	Відповіді здобувачів вищої освіти
1	2	3	4
1	Вивчити: Патогенез ранніх гестозів	Назвати основні ланки патогенезу	Гестоз є синдромом, хворобою адаптації, а не самостійним захворюванням і розвивається в результаті нездатності адаптаційних систем материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, який виникають внаслідок порушень нейро-вегетативно-імунно-ендокринно-обмінної регуляції, у відповідь на роздратування нервових закінчень матки імпульсами, що йдуть від плоду. Виникає перевага збуджувального процесу в стовбурових утвореннях мозку, зокрема блювотного і слюноотделительного центрів. Пригнічується активність ферментних систем і посилюються анаэробные процеси в організмі. Накопичуються недоокислені метаболіти жирового і білкового обмінів (кетонові тіла), які виводяться із сечею, виникає кетонурия.
2	Патогенез пreeklampsii	Назвати основні ланки патогенезу	Це синдром поліорганної функціональної недостатності, патогенетично пов'язаний з вагітністю, що характеризується генералізованим судинним спазмом і перфузійним

			порушеннями в життєво важливих органах і плаценті. Незважаючи на те що патогенез захворювання не цілком ясний, існуюча в даний час теорія припускає 2 стадії процесу: на I стадії відбувається поверхнева інвазія трофобласта, що призводить до неадекватного ремоделюванню спіральних артерій. Передбачається, що це є причиною II стадії, яка включає реакцію на дисфункцію ендотелію у матері і дисбаланс між ангіогенними і антиангіогенних факторами, що приводять до появи клінічних ознак захворювання. Таким чином, істотними компонентами в патогенезі розвитку преeklampсії є ішемія плаценти, яка виникає внаслідок порушення ендovasкулярної трофобласної інвазії і недостатньому ремоделюванню спіральних артерій матки
3	Етіологічні фактори розвитку преeklampсії	Назвати основні фактори	Найбільш дослідженими є: акушерські, материнські, чинники з боку батька і плода, екологічні фактори (соціодемографічні, забруднення навколишнього середовища, сезонні і кліматичні) Акушерські фактори: - у первісток ризик ймовірно збільшується від 3 до 11 разів. - Наявність ПЕ при першій вагітності За даними дослідження, частота рецидивів варіює від 11,5% до 65%. - Інтервал між вагітностями. Від 2-х до 8 років ризик знаходиться в діапазоні від 0,8% до 2% після першої вагітності без ПЕ і 13% і 16% після першої вагітності з ПЕ, більше 10 років - ризик еквівалентний первовагітній. - Багатоплідна вагітність, - ЕКЗ (частота варіює від 12% до 27%) Материнські фактори: Сімейний анамнез (від 24% до 63% при одноплідній вагітності). Генетичний фактор - виявлено кілька генів розвитку створення генетичного профілю ризику ПЕ (батьківській генетичний профіль). Супутні захворювання: - Цукровий діабет/надлишкова маса тіла у матері, особливо до вагітності, збільшує від 2 до 7 разів ризик розвитку ПЕ. На тлі метаболічного синдрому відзначається ранній розвиток ПЕ (22 - 24 тижні гестації), тривалий і важкий перебіг, який супроводжується високою перинатальною захворюваністю і смертністю. - Аутоімунні захворювання (від 13% до 36% в залежності від маркерів аутоімунних захворювань). - Патологія нирок - вагомий фактор ризику, до

			80% вагітних вперше з преєклампсією страждають захворюваннями нирок, що підтверджено результатами біопсії. Ризик розвитку ПЕ становить від 5,3% до 8%, тоді як у жінок, які не хворіють ХХН, він становить 1.8%
4.	Тактика ведення вагітної при тяжкій преєклампсії.	Назвати основні принципи ведення пацієнток при важкій преєклампсії	<i>Тактика ведення вагітності.</i> – Госпіталізувати. – При АТ <160/110 мм рт. ст. вести вагітну, як при гіпертензії – призначити фармакотерапію – АТ: кожні 15–30 хв, поки АТ не стане <160/110 мм рт. ст., потім принаймні 4 рази на добу, поки вагітна перебуває в стаціонарі залежно від клінічних обставин – Визначення протеїнурії: повторювати тільки за наявності клінічних показань, наприклад, якщо виникають нові симптоми й ознаки або існує невизначеність у діагностиці – загальний аналіз крові, функції печінки та нирок 3 рази на тиждень <i>Фетальний моніторинг:</i> – аускультация серця плода на кожному прийомі – УЗД плода при встановленні діагнозу та повторювати кожні 2 тиж за наявності клінічних показань – КТГ при встановленні діагнозу і тільки за наявності клінічних показань <i>Показники для розгляду запланованих ранніх пологів:</i> можуть включати (але не обмежуються ними) будь-які з наступних відомих ознак тяжкої преєклампсії: – неможливість контролювати АТ вагітної, всупереч використання 3 та більше груп антигіпертензивних препаратів; – пульсоксиметрія <90%; – поступове зниження функції печінки, нирок, гемолізу або кількості тромбоцитів; – поточна неврологічна симптоматика, така як сильний головний біль, що не піддається лікуванню, повторні зорові скотоми або еклампсія; – відшарування плаценти; – зворотний кінцевий діастолічний потік в доплерометрії пуповинної артерії, негативні показники КТГ, мертвонародження. <i>До 34 тижнів</i> – Продовжити спостереження, якщо немає показань до розродження. – В/в введення магнію сульфату та антенатальний курс кортикостероїдів (при необхідності) <i>Від 34 до 36 тиж</i> – Продовжити спостереження, якщо немає показань до

			розродження. – При розгляді можливого розродження враховувати стан жінки та дитини, фактори ризику (такі як супутні захворювання матері, багатоплідна вагітність) та наявність ліжок у відділенні новонароджених. – Антенатальний курс кортикостероїдів (при необхідності) 37 тижнів - провести розродження протягом 24–48 год
--	--	--	---

Діагностика

1. Шкала індивідуальної кількісної оцінки ступеня тяжкості нудоти та блювання вагітних (PUQE-24)

Система оцінки симптомів під час вагітності PUQE-24						
	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів	Кількість балів
За останні 24 години як часто ви відчували нудоту або біль у шлунку?	Зовсім ні	1 годину або менше	2–3 години	4–6 годин	Понад 6 годин	
За останні 24 години у вас було блювання?	Не було блювання	1–2 рази	3–4 рази	5–6 разів	7 або більше разів	
За останні 24 години скільки разів у вас були блювотні позиви або блювотні спазми без появи блювотних мас?	Жодного разу	1–2 рази	3–4 рази	5–6 разів	7 або більше разів	
Загальний бал						

Загальний бал - це сума відповідей на кожне із трьох запитань.

Оцінка за шкалою PUQE-24:

- легкий ступінь = 6;
- середній ступінь = 7-12;
- тяжкий ступінь = 13-15.

2. Гіпертензія під час вагітності визначається, коли сАТ ≥ 140 мм рт.ст. та дАТ ≥ 90 мм рт.ст. при двохкратному вимірі з інтервалом більше ніж 4 години АБО сАТ ≥ 160 мм рт.ст. та дАТ ≥ 110 мм рт.ст., при однократному

вимірюванні. Гіпертензія під час вагітності зустрічається у жінок з раніше існуючою первинною або вторинною хронічною артеріальною гіпертензією, а також у вагітних жінок, які мають маніфестацію гіпертензії в другій половині гестації.

- **Хронічна артеріальна гіпертензія (ХАГ)** - артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності, або якщо жінка вже приймає антигіпертензивні препарати. ХАГ може бути первинною чи вторинною за етіологічним чинником. Гіпертензія зберігається після 6 тижнів (42 доби післяпологового періоду).
- **Гестаційна гіпертензія (ГГ)** - артеріальна гіпертензія, яка виникла після 20 тижнів вагітності без патологічної протеїнурії чи інших органних порушень, АТ нормалізується протягом 6 тижнів післяпологового періоду. Гестаційна гіпертензія може перейти в преєклампсію, тому вимагає відповідного моніторингу.
- **Поєднана преєклампсія** – артеріальна гіпертензія, яка виникла до вагітності або до 20 тижнів вагітності + протеїнурія АБО прогресування гіпертензії на $\geq 30/15$ мм рт.ст. при тому самому об'ємі медикаментозного лікування у другій половині вагітності АБО органні порушення.
- **Рання преєклампсія** – преєклампсія, що розвинулась до 34 тижнів вагітності.
- **Пізня преєклампсія** – преєклампсія, що розвинулась після 34 тижнів вагітності.
- **Помірна преєклампсія** - це полісистемний синдром, що проявляється, після 20 тижнів вагітності, підвищенням артеріального тиску у межах 140-159/90-109 мм рт.ст. та протеїнурією.
- **Тяжка преєклампсія** визначається як тяжка гіпертензія (сАТ ≥ 160 або дАТ ≥ 110 мм рт.ст.) + протеїнурія АБО гіпертензія будь-якого ступеня + один чи більше з наступних симптомів:
 - сильний головний біль;
 - порушення зору;
 - набряк диска зорового нерва;
 - біль в епігастральній ділянці
 - нудота, блювання;
 - біль у правому підребер'ї або болючість при пальпації печінки;
 - підвищені сухожилкові рефлекс;
 - генералізовані набряки;
 - олігоурія (діурез $< 0,5$ мл/кг/год);
 - кількість тромбоцитів нижче 100×10^9 /л;
 - підвищення рівня трансаміназ (АсАТ та/або АлАТ > 70 МО/л);
 - затримка росту плода.

- **Еклампсія** – один чи більше судомний напад, у хворії з прееклампсією.

- **HELLP-синдром** – гемоліз еритроцитів, підвищення активності печінкових ферментів та тромбоцитопенія.

Протеїнурія є проявом порушення функції нирок, при якому визначається ≥ 300 мг білка в добовій порції сечі, або білок $\geq 0,3$ г/л у разовій порції двічі, або співвідношення у сечі протеїн(мг):креатинін(ммоль) ≥ 30 .

Набряки. Діагностично значущими є генералізовані набряки або такі, що виникли раптово. Помірні набряки спостерігаються у 50-80% вагітних з фізіологічним перебігом вагітності. Прееклампсія, що перебігає без набряків, визнана небезпечнішою для матері та плода, ніж прееклампсія з набряками.

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

Здобувач вищої освіти повинен знати:

1. Поняття «Ранні гестози. Гіпертонічні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія»
2. Класифікацію ранніх гестозів та гіпертензивних розладів при вагітності.
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів та гіпертензивних розладів при вагітності.
4. Діагностичні критерії різних форм ранніх гестозів.
5. Діагностичні критерії різних форм гіпертензивних розладів при вагітності.

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

1. Проводити огляд, зовнішнє акушерське дослідження.
2. Проводити аускультатию серцебиття плода
3. Проводити внутрішнє акушерське дослідження (на фантомі)
4. Збирати анамнез
5. Складати план клініко-лабораторного обстеження вагітної при ранніх гестозах та гіпертензивних розладів при вагітності.
6. Оцінювати результати клініко – лабораторних досліджень у вагітної при ранніх гестозах та гіпертензивних розладів при вагітності.
7. Призначати лікування при ранніх гестозах та гіпертензивних розладів при вагітності.
8. Надавати першу допомогу при приступі еклампсії
9. Оцінювати результати КТГ під час вагітності і пологів
10. Оцінювати результати біофізичного профілю плода (БПП)
11. Оцінювати результати доплерометричного дослідження кровоплину в артерії пуповини
12. Визначати і оцінювати серцебиття плода (аускультативно, КТГ).
13. Оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар

Варіанти оформлення відповіді:

- Усна доповідь про тематичну пацієнтку.
- Презентація по темі заняття.
- Аналіз та обговорення комплексного клінічного обстеження пацієнтки.
- Мультимедійна презентація.
- Просмотр відеофільма.
- Огляд сучасних джерел інформації.

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

Задача

Повторновагітна 32 років перебуває на обліку в жіночій консультації. Дані анамнезу: з перенесених захворювань відзначає кір, рідкісні ГРВІ. У віці 11 років двостороння пневмонія. Менструації з 14 років, через 28 днів, по 4 дня, безболісні. Статеве життя з 20 років. Перша вагітність наступила через 2 роки після початку статевого життя і закінчилася штучним абортom при терміні вагітності 10 тижнів. Дана вагітність друга. На диспансерному обліку перебуває з терміну вагітності 8 тижнів. Відвідує жіночу консультацію регулярно. Термін гестації згідно менструального анамнезу на момент звернення 35-36 тижнів. Протягом останнього тижня з'явилися набряки на ногах, АТ 150/90 мм.рт.ст, стан задовільний. Матка в нормальному тонусі, ВДМ складає 35 см вище лона, ОЖ - 94 см. Передлежить голівка плода, пальпується над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 134 уд / хв., вислуховується праворуч від пупка. Аналіз сечі - білок 0,3 г/л.

Діагноз. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

Правильна відповідь: Вагітність II, 35 - 36 тижнів. Положення плода поздовжнє, передлежання головне, позиція II, передній вид. Помірна преєклампсія.

Додаткові методи обстеження: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ, АсАТ.

Тестові завдання

1. Жінка 27-ми років на 8-му тижні вагітності скаржиться лікарю, що за останні 8 днів вона відмічає тривалу нудоту та блювання майже після усіх прийомів їжі. За останній тиждень пацієнтка втратила 3 кг ваги. Зараз при рості 160 см жінка важить 46 кг. Пульс - 100/хв., артеріальний тиск - 90/50

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет. Дисципліна: «Акушерство і гінекологія».

мм рт.ст. При огляді відмічаються сухість слизових оболонок, зниження тургору шкіри та астенічна статура. Гінекологічний огляд виявив розмір матки, що відповідає 8-му тижню вагітності, без патологічних змін. На УЗД виявлена вагітність одним плодом. Концентрація гемоглобіну - 150 г/л. У загальному аналізі сечі виявлені кетонові тіла (+++). Що із перерахованого є найбільш доречним наступним кроком у веденні пацієнтки?

- A. *Внутрішньовенна інфузійна терапія та призначення антиеметиків
- B. Внутрішньовенне введення (β -адрено-блокаторів та парентеральне харчування
- C. Пероральний прийом антиеметиків та антихолінергічних препаратів
- D. Ендоскопічне дослідження та промивання шлунка
- E. Постільний режим та часте годування малими порціями

2. Роділля 18 років поступила в пологове відділення на початку II періоду пологів зі скаргами на сильний головний біль, погіршення зору, болі у епігастрії. Через 3 хвилини стався напад судом з втратою свідомості. Дані обстеження: Загальний стан тяжкий. Шкіра блідо-сірувата, набряки верхніх та нижніх кінцівок, передньої черевної стінки, обличчя. Ат – 180/130 мм рт ст., 150/110 мм рт ст., серцеві тони при аускультатії послаблені, ритмічні. Положення плода поздовжнє, передлежить голівка плоду. Серцебиття плоду вислуховується 176 уд. за хв., глухе. Повне відкриття шийки матки. Плідний міхур відсутній. Голівка у площині виходу малого таза. Мис не досягається. Екзостозів не має. Тактика?

- A. *Закінчити пологи шляхом накладання акушерських щипців
- B. Зробити кесарів розтин
- C. Призначити стимуляцію пологової діяльності
- D. Плороруйнівна операція
- E. Зробити перінеотомію, вакуум-екстракцію плоду

3. Машиною швидкої допомоги в пологовий будинок у важкому стані доставлена вагітна 42 років. Термін вагітності 37 тижнів. Об'єктивно: свідомість відсутня. АТ на обох руках 180/110 мм.рт.ст., Ps 110 уд/хв, генералізовані набряки, білок в сечі 5 г/л. При вагінальному огляді структурних змін шийки матки не виявлено. Визначати тактику ведення пологів.

- A. *Кесарів розтин
- B. Ведення пологів через природні пологові шляхи
- C. Плороруйнівна операція
- D. Накладання порожнинних акушерських щипців.
- E. Провести операцію вакуумекстракції плода

4. Вагітна М., скаржиться на головний біль, мерехтіння “мушок” перед очима. Вагітність 32 тижні. Набряки генералізовані. АТ – 190/110 мм.рт.ст. Згідно заключення УЗД плід відповідає 29 тижням. Який діагноз у вагітної?
- А. *Тяжка пreeкламсія
 - В. Гестаційна гіпертензія
 - С. Гіпертонічна хвороба
 - Д. Екламсія
 - Е. Помірна пreeкламсія
5. Першовагітна М., з’явилась в жіночу консультацію в 37 тижнів вагітності. Скарг немає. За останні 2 тижня набрала 2 кг ваги. Визначаються набряки ніг. АТ – 120/70 мм.рт.ст. Білок в сечі – 0.8г/л. Встановлено діагноз – пreeкламсія легкого ступеня. Яка лікувальна тактика.
- А. *Стаціонарне лікування
 - В. Амбулаторне лікування
 - С. Термінове розродження
 - Д. Кесарів розтин
 - Е. Пролонгування вагітності
6. Роділля, 24 років, поступила в пологовий будинок через 4 години від початку родової діяльності зі скаргами на головний біль, нечіткий зір. АТ – 180/100 мм.рт.ст., значні набряки на ногах. Положення плода повздовжне, головне передлежання. Серцебиття плоду 130 уд/хв. Під час внутрішнього акушерського дослідження стався приступ судом з втратою свідомості. Яке ускладнення виникло в пологах?
- А. *Екламсія
 - В. Гестаційна гіпертензія
 - С. Помірна пreeкламсія
 - Д. Тяжка пreeкламсія
 - Е. Епілепія
7. Вагітна, 25 років доставлена в пологовий будинок. Зі слів родичів, удома було три напади судом. На епілепію не хворіла. Об’єктивно: вагітна непритомна. АТ на правій і на лівій руці 190/120 мм рт.ст., на нижніх та верхніх кінцівках набряки. Термін вагітності 35 тижнів. Діагноз?
- А. *Екламсія
 - В. Епілепія.
 - С. Діабетична кома.
 - Д. Гостра ниркова недостатність.
 - Е. Печінкова кома.

8. Вагітна в терміні 35 тижнів, стан тяжкий. Скаржиться на головний біль, порушення зору, миготіння "мушок" перед очима. При огляді: загальний набряк, АТ -180/120. Раптово з'явилися фібрилярні посмикування м'язів обличчя, тонічні судоми. Дихання припинилося. Через 1 хвилину дихання поновилося. З рота значна кількість піни. Амнезія. У клінічному аналізі сечі: білок 7 г/л. Діагноз?
- А. *Екламсія
 - В. Черепно-мозкова травма
 - С. Помірна пreeкламсія
 - Д. Тяжка пreeкламсія
 - Е. Епілепія
9. Вагітна, 35 років, в терміні 35 тижнів, скаржиться на головний біль. АТ 160/100. Аналіз сечі в нормі. Набряків немає. З 16 років відмічає підвищення артеріального тиску. Діагноз?
- А. *Хронічна гіпертензія
 - В. Гестаційна гіпертензія
 - С. Помірна пreeкламсія
 - Д. Епілепія
 - Е. Помірна пreeкламсія
10. Вагітна 25 років привезена до пологового будинку в тяжкому стані. Термін вагітності 34 тижня. Хвора скаржиться на головний біль, порушення зору, нудоту. Із анамнезу відомо, що раніше жінка нічим не хворіла. При огляді визначаються набряки ніг, АТ - 170/130 мм рт.ст. на обох руках. Раптом у вагітної з'явилися фібрилярні посмикування м'язів обличчя, тонічні та клонічні судоми, дихання припинилося. Через 1,5 хв. відновилось дихання, з рота з'явилась піна, забарвлена кров'ю. Вагітна про напад не пам'ятає. У клінічному аналізі сечі: білок 3,5 г/л. Який найбільш імовірний діагноз?
- А. *Екламсія
 - В. Епілепія
 - С. Набряк головного мозку
 - Д. Крововилив у мозок
 - Е. Виразка шлунку
11. Перші пологи. Пологова діяльність розпочалась 5 годин тому. За цей час при достатньо енергійній терапії було 4 напади екламсії наростаючої сили. Хвора без свідомості, найменше подразнення викликає напад судом. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, зів матки пропускає 1 палець, плодовий міхур цілий, високо над входом у малий таз визначається рухома голівка. Яка найбільш правильна тактика лікаря?

- A. *Зробити кесарів розтин
- B. Підсилити пологову діяльність
- C. Продовжити магнезіальну терапію.
- D. Накласти вихідні акушерські щипці
- E. Зробити амніотомію

12. Першовагітна, строк вагітності - 34 тижні, поступила в стаціонар зі скаргами на головний біль та погіршення зору. АТ- 170/120мм рт.ст. Набряки передньої черевної стінки, обличчя. В сечі білок – 0,12 г/л. Протягом тижня інтенсивного лікування стан вагітної погіршився. Заключення окуліста: відшарування сітківки, що розпочалося. Пологової діяльності немає. Яка тактика ведення показана вагітній?

- A. *Кесарів розтин
- B. Амніотомія
- C. Накладання порожнинних акушерських щипців
- D. Накладання вихідних акушерських щипців
- E. Продовження консервативної терапії

13. Жінка в 36 тиж. вагітності скаржиться на головний біль, нудоту, блювання, біль в правому підребір'ї. Об'єктивно: блідість шкіриних покривів, жовтяниця слизових оболонок, АТ-160/100 мм рт.ст. на обох руках, набряки нижніх кінцівок та передньої черевної стінки, крововиливи в місцях ін'єкцій. Пальпаторно визначається різкий біль в епігастральній ділянці та збільшення печінки. Показники крові: збільшення АЛТ, АСТ, тромбоцитопенія, гемоглобін 85 г/л, гіпербілірубінемія. Яке ускладнення виникло у вагітної?

- A. *HELP синдром.
- B. Eklampтичний статус.
- C. Синдром дисемінованого внутрішньо-судинного згортання крові.
- D. Розрив печінки.
- E. Eklampсія.

IV. Підсумкове оцінювання за критеріями знань, умінь, навиків.

Методи контролю і критерії оцінювання результатів навчання

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

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 хворої дитини та інтерпритації 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 хворої дитини та інтерпритації 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 хворої дитини та інтерпритації 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 хворої дитини та інтерпритації даних клінічного, лабораторних та інструментальних досліджень.

V. Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Акушерство та гінекологія: нац. підручник для медичних ВНЗ IV рівнів акредитації у 4 т.// Нац. підручник у 4 томах / Запорожан В.М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольский В.В., Рожковська Н.М., Марічерда В.Г., Волянська А.Г. -К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.

2. Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б. Венцківської, В.П. Лакатоша, В.М. Куца). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.

3. Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Допущено МОЗ / За ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2018.- 424 с.

4. Акушерство і гінекологія: У 2 кн. — Кн. 2: Гінекологія: Підручник для студ. мед. ЗВО. — 3-тє вид. Допущено МОЗ / За ред. В.І. Грищенка, М.О. Щербини. — К., 2020. — 376 с.

5. Клінічне акушерство та гінекологія: Навч. посіб.: пер. 4-го англ. вид. / Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон; наук ред. пер. Микола Щербина. — К., 2021. — Х, 454 с., тв. пал., (ст. 4 пр.).

6. 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.

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет. Дисципліна: «Акушерство і гінекологія».

– Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с

7. Клінічний огляд за Маклаудом: пер. 15-го вид./ ред.: Анна Р. Довер, Дж. Аластер Іннес, Карен Фейргерст; наук.ред.укр.вид. Микола Швед; наук. ред. пер.: Світлана Гіряк, Олександра Шульгай. – К.: ВСВ «Медицина», 2024. – XIV, 465 с.

Додаткова:

1. Передчасні пологи: прогнозування, профілактика та шляхи покращення перинатальних наслідків: метод. Рекомендації / Ніточко К.О., Манасова Г.С., Шпак І.В., Железов Д.М.. - Одеса. – 2023. – 58 с.

2. Передчасні пологи: навч. посібник / Г.С. Манасова, К.О. Ніточко, М.В. Шаповал. – Тернопіль: Крок, 2023. – 186 с.

3. Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.

4. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник / Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко, В.П. Квашенко, О.В. Кравченко та ін. / Київ, 2016. – 444 с.

5. Наказ МОЗ України від 09.08.2022 № 1437 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність»"

6. Наказ МОЗ України від 26.01.2022 № 170 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи»"

7. Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 8 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Кесарів розтин»"

8. Наказ МОЗ України від 25.08.2023 № 1533 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Передчасний розрив плідних оболонок»"

9. Наказ МОЗ України від 24.01.2022 № 151 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді»"

10. Наказ МОЗ України від 23.08.2023 № 1513 "Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою»"

11. Наказ МОЗ України від 17.05.2022 № 822 "Про затвердження Стандарту «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика»"

12. Наказ МОЗ України від 05.02.2021 № 189 "Про затвердження Стандартів охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції"

13. Наказ МОЗ України від 26.04.2022 № 692 "Про затвердження клінічної настанови, заснованої на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до

дитини» та стандартів медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»"

14. Наказ МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "ВІЛ-інфекція"

15. Акушерські ризики при міомі матки: віковий аспект / Железов Д.М., Салех О.С // East European Science Journal 1(41)2019. - С. 50-52.

16. 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.

17. Патогенетичне обґрунтування корекції вмісту заліза у крові жінок на етапі передконцепційної підготовки до вагітності / Руденко І.В., Міщенко В.П., Головатюк-Юзефпольська І.Л., Лавриненко Г.Л. // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. - 2020. - Вип. 2(46). - С. 117-124.

18. Клінічна оцінка ефективності комплексного підходу до профілактики внутрішньо-маткової інфекції при передчасному розриві плодових оболонок та недоношеній вагітності / С. П. Посохова, К. О. Ніточко // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2019. – Т.9, №1(31). - С.51 – 55.

19. Перинатальні наслідки передчасного розриву навколоплодових оболонок у терміні 22-34 тижні вагітності / Посохова С. П., Ніточко К. О., Кучеренко О. // Перинатальна медицина в Україні: проблеми, досягнення, пріоритети: Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. – Чернівці: Медуніверситет. – 2019. - С. 115 – 117.

20. Значущість цистатину С в доклінічній діагностиці преeklampсії у вагітних / Марічереда В.Г., Гладчук І.З., Берлінська Л.І. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019. – Т2. - С. 133-137.

21. Порівняльний аналіз перебігу післяопераційного періоду після класичного за М.Stark та модифікованого кесаревого розтину / Гладчук І.З., Герман Ю.В., Григурко Д.О. // Одеський медичний журнал. 2019. № 2 (176). - С. 20-23.

22. Особливості доплерометричних показників фетоплацентарного комплексу у жінок із загрозою передчасних пологів на фоні застосування метаболічної терапії / Гладчук І.З., Панчук Е.А. // Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України. – 2019. – №2 (44). - С. 31-34.

23. Вплив методу лікування міоми матки на перебіг вагітності / Железов Д.М., Салех О.С. // Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія №1(55), 2019. - С. 124-129.

24. Раціональне розродження жінок із міомою матки при тазовому передлежанні плода – зниження показників материнської захворюваності /

Крупник О.М. // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. Т IX, №1(31), 2019. - С. 42-46.

25. Клінічні ефекти застосування імуноглобуліну людини у жінок з резус-сенсibiliзацією на прегравідарному етапі / Chernievskaia, S. G., Rozhkovska, N. M., Marichereda, V. G., & Yermolenko, T. O. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, 2019. - №2. - С. 126-132.

26. Features of myometrium remodeling after surgical interventions on the uterus / Zhelezov D.M., Kossey T.V. // Journal of Education, Health and Sport.2020; 10(2). - С. 204-211.

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