

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

Факультет медичний
Кафедра акушерства та гінекології

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

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

Факультет медичний, курс VI

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

Практичне заняття №35. Тема: «Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях. Імунологічна несумісність крові матері та плода. Перинатальні інфекції. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ».

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету
Протокол № 1 від «28» серпня 2023 р.

Завідувач кафедри



Ігор ГЛАДЧУК

Розробники:

асистент кафедри акушерства та гінекології



Панчук Е.А.

Практичне заняття №35.

Тема: «Вагітність і пологи при екстрагенітальних захворюваннях. Імунологічна несумісність крові матері та плода. Перинатальні інфекції. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ»

Мета: Оволодіти методиками збору анамнезу у вагітних з різною екстрагенітальною патологією та ізоімунним конфліктом. Засвоїти план клініко-лабораторного обстеження при різній екстрагенітальній патології та ізоантигенній несумісності крові матері та плоду. Навчити складати план ведення пологів у вагітних із різною екстрагенітальною патологією та гемолітичною хворобою плоду та новонародженого.

Основні поняття: Клінічні прояви, особливості перебігу і методи діагностики основних захворювань серцево-судинної, дихальної, травної, сечовивідної систем, ендокринної патології у вагітних. Клінічні та діагностичні ознаки ізоімунного конфлікту в анте- та постнатальному періоді. Особливості перебігу і ведення вагітності, показання для госпіталізації при різній екстрагенітальній патології та ізоантигенній несумісності крові матері та плоду. Поняття пренатальних і інтранатальних чинників ризику, перинатальної захворюваності і смертності. Форми і ступінь тяжкості гемолітичної хвороби плоду. Методи пологорозродження тактика і методи розродження при різній екстрагенітальній патології, гемолітичної хворобі плоду та новонароджених. Особливості перебігу та можливі ускладнення під час пологів у породіль з різною екстрагенітальною патологією.

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

Навчальний час: 2 год.

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

Вагітність викликає суттєві зміни з боку усіх систем и органів матері. Патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлена гострою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні та супутні гінекологічні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність.

Не менш актуальною залишається проблема ведення вагітності при сенсibiliзації і ізоіммунізації до різних антигенів крові. Оскільки частота ізоіммунізації при вагітності складає 14-16% від загальної кількості вагітностей, а показник перинатальної смертності сягає понад 13%. Крім того, при ізоіммунізації частіше виникають: слабкість пологової діяльності, гіпо - і атонічні кровотечі, післяпологові септичні захворювання.

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:

- 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;
- здатність діагностувати невідкладні стани;
- здатність визначати тактику та надавати екстрену медичну допомогу;
- здатність виконувати медичні маніпуляції;
- здатність визначати тактику ведення післяпологового періоду;
- здатність вести медичну документацію.

Перелік дидактичних одиниць:

- клінічні прояви, особливості перебігу і методи діагностики основних екстрагенітальних захворювань у вагітних;
- клінічні та діагностичні ознаки ізоіммунного конфлікту в анте- та постнатальному періоді;
- особливості перебігу і ведення вагітності, показання для госпіталізації при різній екстрагенітальній патології та ізоантигенній несумісності крові матері та плоду;
- пренатальні та інтранатальні чинники ризику, перинатальної захворюваності і смертності;
- форми і ступінь тяжкості гемолітичної хвороби плода;
- методи пологорозродження тактика і методи розродження при різній екстрагенітальній патології, гемолітичної хворобі плоду та новонароджених;
- особливості перебігу та можливі ускладнення під час пологів у породіль з різною екстрагенітальною патологією.

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

Питання:

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з

екстрагенітальною патологією.

2. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів серцевосудинної системи.
3. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями кровотворних органів (анемії вагітних).
4. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів дихання.
5. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями нирок і сечовивідних шляхів.
6. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів ендокринної системи, зокрема з цукровим діабетом, захворюваннями щитоподібної залози.
7. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями печінки і жовчного міхура, органів травлення.
8. Причини розвитку та патогенез імунологічного конфлікту.
9. Методи діагностики ізоімунного конфлікту в антенатальному періоді.
10. Форми та ступінь тяжкості гемолітичної хвороби плода.
11. Акушерська тактика і методи лікування гемолітичної хвороби плода.
12. Форми та ступінь тяжкості гемолітичної хвороби новонародженого.
13. Методи лікування гемолітичної хвороби новонародженого.
14. Алгоритм ведення вагітності у Rh-негативних не імунізованих жінок.
15. Алгоритм ведення вагітності у Rh-негативних жінок при ізоімунації.
16. Специфічна профілактика резус-сенсibiliзації.
17. Перинатальні інфекції у вагітних: діагностика, тактика лікування, профілактика.
18. Принципи ведення вагітності і пологів у жінок з ВІЛ.
19. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ.

Типові ситуаційні задачі:

1. Вагітна А, 26 років з rh-негативною приналежністю крові взята на облік в жіночій консультації, у терміні 9-10 тижнів. У чоловіка Rh-позитивна приналежність крові. Вагітність третя, перша закінчилась фізіологічними пологами, дитина здорова, друга – викиднем у 16-17 тижнів. Після пологів був діагностований цукровий діабет класу В. при обстеженні титр Rh-антитіл 1:16-1:32.

Питання:

1. Встановити попередній діагноз, скласти план обстеження пацієнтки.
 2. Розробити алгоритм лікування і тактику ведення вагітної.
 3. Профілактика резус-конфлікту у жінок з rh-негативною приналежністю крові.
2. У вагітної в 30 тижнів діагностована резус – ізосенсибілізація титр антитіл 1:32. У жінки обтяжений акушерський анамнез: перша вагітність завершилась викиднем у 10-11 тижнів, друга – мертвонародженням в 37-38 тижнів у зв'язку з гемолітичною хворобою плода. Під час об'єктивного обстеження виявлено:

положення плоду повздовжне, спинка плоду обернута вліво, передлежить голівка. Серцебиття плоду 146 ударів в 1 хвилину. Дані УЗД: розміри плоду відповідають терміну вагітності, має місце гепатоспленомегалія плоду, підвищена кількість навколоплідних вод, гіпертрофія (50мм) плаценти.

Питання:

1. Встановити попередній діагноз.
2. Скласти алгоритм лікування і тактику ведення вагітної.
3. Вказати УЗ - ознаки водянки плода. Показаннями для якої діагностичної процедури є наявність ультразвукових ознак гемолітичної хвороби плода?

Типові тестові завдання:

1. Розв'язується питання про метод пологорозродження у жінки з доношеною вагітністю з вадою серця, що супроводжується вираженою легеневою гіпертензією. Акушерські свідчення для пологорозродження шляхом операції кесарева перетини відсутні. Оптимальна тактика пологорозродження:

- A. Абдомінальне пологорозродження
- B. Виключення потуг в другому періоді пологів
- C. Звичайно, через природні родові шляхи
- D. Спільно з анестезіологом з виключенням потуг шляхом накладення акушерських щипців
- E. Вакуум – екстракцією плоду

2. На облік взята вагітна з цукровим діабетом при терміні гестації 10-11 тижнів. Скарг немає. Загальний стан задовільний. Яка група ризику для даної вагітної:

- A. По невиношуванню
- B. По гнійно-септичним ускладненням
- C. По слабкості пологової діяльності
- D. По пізньому гестозу
- E. Все переліковане

Вірні відповіді: 1 – B; 2 – E.

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

I підгрупа – поставити попередній діагноз і скласти план обстеження пацієнтки;

II підгрупа – скласти алгоритм лікування і тактику ведення вагітної;

III підгрупа – оцінити правильність відповіді першої і другої підгруп, внести свої корективи.

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Повторновагітна жінка, 27-ми років з пієлонефритом в анамнезі, в терміні гестації 34 тижня пред'являє скарги на загальну слабкість, тупі болі в області нирок, дизурію, підвищену стомлюваність, головний біль, спрагу, сухість в роті, субфебрильну температуру. Уремичний синдром і артеріальна гіпертензія відсутні.

Питання:

1. Встановити попередній діагноз, скласти план обстеження пацієнтки.
2. Розробити алгоритм лікування і тактику ведення вагітної.
3. Провести диференційну діагностику серед захворювань нирок і сечовивідних шляхів.

2. Вагітна 27 років спостерігається в жіночій консультації. Скаржиться на слабкість, швидку стомлюваність. Термін гестації 30 тижнів. Шкіра і видимі слизисті бліді. Артеріальний тиск 120 і 80 мм рт.ст. на обох руках. Пульс 100 уд/хв, ритмічний, задовільних властивостей. Гематокрит 0,32. Кількість еритроцитів $2,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін 82 Г/л. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 150 уд/хв.

Питання:

1. Встановити попередній діагноз, скласти план обстеження пацієнтки.
2. Розробити алгоритм лікування і тактику ведення вагітної
3. Провести диференційну діагностику серед захворювань кровотворних органів.

Нетипові тестові задачі:

1. Вагітна 27 років спостерігається в жіночій консультації. Скаржиться на слабкість, швидку стомлюваність. Термін гестації 32 тижнів. Шкіра і видимі слизисті бліді. Артеріальний тиск 120 і 80 мм рт.ст. на обох руках. Пульс 100 уд/хв, ритмічний, задовільних властивостей. Гематокрит 0,33. Кількість еритроцитів $2,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін 85 Г/л. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 146 уд/хв. Що необхідне призначити вагітній?

- A. Гемотрансфузію
- B. Фероплекс, тардиферон
- C. Неогемодез, неокомпенсан
- D. Гинипрал, бриканил
- E. Трансфузію еритроцитарної маси

2. При вагітності парціальний тиск кисню в крові не змінюється. Під впливом прогестерону підвищується чутливість дихального центру до вуглекислого газу, що приводить до гіпервентиляції. Дихальний об'єм збільшується на 33%, залишковий об'єм легенів знижується на 20%. На скільки підвищується потреба кисню при нормальній вагітності?

- A. На 20%
- B. На 30%

C. На 40%

D. На 50%

E. На 60%

Вірні відповіді: 1 – B; 2 – A.

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

**ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ
НАБУТІ ВАДИ СЕРЦЯ**

Стеноз лівого передсердно-шлуночкового отвору (мітральний стеноз).

Клінічні ознаки: серцева недостатність, тахікардія, тахіпноє, застійні хрипи в легенях, збільшення печінки.

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, катетеризація серця і коронарографія

Лікування: антикоагулянтна терапія, хірургічне лікування

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

Недостатність лівого передсердно-шлуночкового клапану (мітральна недостатність)

Клінічні ознаки: задишка, серцебиття, роздвоєння II тону.

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, катетеризація серця і коронарографія МРТ

Лікування: вазодилататори, хірургічне лікування

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

Стеноз устя аорти (аортальний стеноз)

Клінічні ознаки: стенокардія, серцебиття, запаморочення, задишка при фізичному навантаженні та у спокої.

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, катетеризація серця і коронарографія, КТ

Лікування: хірургічне лікування

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

Недостатність клапана аорти (аортальна недостатність)

Клінічні ознаки: зниження артеріального тиску (передусім діастолічного), тахікардія і прогресуюча задишка

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, КТ і МРТ

Лікування: вазодилататори

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

ВРОДЖЕНІ ВАДИ СЕРЦЯ

«Білі» вадизі скиданням крові зліва направо:

- дефект міжпередсердної перегородки
- відкрита артеріальна протока
- дефект міжшлуночкової перегородки

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, КТ і МРТ

Лікування: хірургічне лікування

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

«Сині» вадизі скиданням крові справа наліво та артеріальною гіпоксемією:

- тетрада Фалло
- транспозиція магістральних судин
- синдром гіпоплазії лівого серця

Діагностика: ЕКГ, РГ грудної клітки, ехокардіографія з доплерівським дослідженням, КТ і МРТ

Лікування: хірургічне лікування

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБИ

Артеріальна гіпертензія

Підвищення АТ 140/90 мм рт.ст. у стані спокою двічі з інтервалом не менше 4 годин чи 160/110 мм рт.ст. одноразово в термін до 20 тижнів вагітності.

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, визначення протеїнурії, інструментальні методи

Лікування: антигіпертензивна терапія

Метод пологорозродження: вагітність продовжують до фізіологічного терміну пологів та розродження проводять через природні пологові шляхи, якщо не розвинулася прееклампсія і гіпертензія є контрольованою. Кесарів розтин у плановому порядку виконують при неконтрольованій тяжкій гіпертензії; ураженні органів-мішеней; затримці росту плода тяжкого ступеня

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ АРТЕРІАЛЬНІЙ ГІПОТЕНЗІ

Артеріальна гіпотензія

Зниження АТ менше 120/80 мм.рт.ст., головний біль, запаморочення, слабкість, серцебиття, біль та інші неприємні відчуття в ділянці серця

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, інструментальні методи

Лікування: загальнозміцнювальні і тонізуючі препарати, комплекс вітамінів, а також засобів, що мають збудливу дію на ЦНС

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НИРОК І СЕЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

Пієлонефрит

Підвищення температури до 38-40°C, озноб, головний біль, біль в кінцівках. Виражені ознаки інтоксикації, біль в попереку. Симптом Пастернацького позитивний.

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, УЗД нирок. При порушеннях уродинаміки проводять хромоцистоскопію.

Лікування: антибіотикотерапія, катетеризація сечоводів

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

Сечокам'яна хвороба

Ниркова коліка, гематурія, піурія, відходження каменів із сечею.

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, УЗД нирок, хромоцистоскопія, катетеризація сечоводу для визначення ступеня оклюзії та рівня розташування каменів.

Лікування: для позбавлення ниркової коліки, що часто виникає при сечокам'яній хворобі, застосовують спазмолітичні та аналгетичні засоби (атропін, баралгін, промедол), а також паранефральну блокаду. При відсутності ефекту від лікарської терапії виникає необхідність у катетеризації сечоводу.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації

Гломерулонефрит

Перебіг в декількох формах: нефротичній, гіпертонічній, змішаній, латентній. Як правило, зустрічається латентна форма, що характеризується появленням набряків, незначною протеїнурією до 3 г/добу, еритроцитурією.

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, УЗД нирок, при порушеннях уродинаміки проводять хромоцистоскопію.

Лікування: проводять комплексну симптоматичну терапію, що включає відповідну дієту, з обережністю використовують сечогінні препарати.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації. Показаннями для дострокового розродження жінок із гломерулонефритом являються загострення хронічного гломерулонефриту з порушенням функції нирок.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ

АНЕМІЯ ВАГІТНИХ

Ступінь тяжкості Концентрація гемоглобіну (г/л) Гематокрит (%)

Л е г к а	109 - 90	37 - 31
С е р е д н я	89 – 70	30 - 24
Т я ж к а	69 – 40	23 – 13

Залізодефіцитна анемія (ЗДА)

Блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія, скарги на загальну слабкість, запаморочення, біль у ділянці серця, задишка при фізичних навантаженнях.

Діагностика: з'ясування наявності залізодефіциту вимагає додаткового обстеження (сироваткове залізо, залізов'язувальна здатність сироватки, вміст феритину).

Лікування: повноцінне харчування з достатнім вмістом м'ясних продуктів, свіжих овочів та фруктів; антианемічна терапія (препарати заліза).

Методпологорозродження: згідно акушерської ситуації

Фолієводефіцитна анемія

Блідість шкіри та слизових оболонок, тахікардія, скарги на загальну слабкість, запаморочення, біль у ділянці серця, задишка при фізичних навантаженнях.

Діагностика: виявлення макроцитів, анізо-та пойкилоцитозу у мазку крові, встановлення дефіциту фолієвої кислоти в еритроцитах.

Лікування: призначення фолієвої кислоти 1-5 мг/добу. Повноцінне харчування з достатнім вмістом зелених овочів та додатковий прийом фолієвої кислоти по 0,4 мг/добу

Методпологорозродження: згідно акушерської ситуації

В12 - дефіцитна анемія

Недостатність синтезу внутрішнього фактору Касла, необхідного для всмоктування вітаміну В12. В12-дефіцитна анемія є макроцитарною, гіперхромною і супроводжується неврологічною симптоматикою.

Діагностика: базується на визначенні вмісту вітаміну В12 в крові (знижується до 50 пг/мл і нижче) та за наявності в крові гіперхромних макроцитів

Лікування: призначають ціанокобаламін 1000 мкг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень упродовж 5-6 тижнів.

Методпологорозродження: згідно акушерської ситуації

ВАГІТНІСТЬ І ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Бронхіти

Нездужання, кашель, біль у грудях, погане відходження мокротиння через набряк слизоватої оболонки бронхів, властиве періоду вагітності.

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, РГ ОГК.

Лікування: часте тепле питво (чай з медом і лимоном, липовий чай), інгаляції

лужних розчинів, відвари трав (кореня алтея), мікстуру з термопсиса.

Методпологорозродження: згідно акушерської ситуації. При важкому плинні та вираженій дихальній недостатності необхідно скоротити другий період пологів (епізіотомія, акушерські щипці)

Пневмонія

Кашель із невеликою кількістю мокротиння, загальна слабкість, головний біль. Тахіпное.

Діагностика: притуплення перкуторного звуку над обмеженою ділянкою легенів, визначення хрипів при аускультатії легенів, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, РГ ОГК.

Лікування: антибактеріальна терапія

Методпологорозродження: згідно акушерської ситуації. При важкому плинні та вираженій дихальній недостатності необхідно скоротити другий період пологів (епізіотомія, акушерські щипці)

Бронхіальна астма

Астматичний статус

Діагностика: загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів.

Лікування: бронхолітичні препарати у вигляді інгаляцій

Методпологорозродження: згідно акушерської ситуації. Важка дихальна і легенево-серцева недостатність служать показанням для кесарева розтину.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ПЕЧІНКИ, ЖОВЧНОГО МІХУРА ТА ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

Холецистит

Больовий синдром; диспептичний синдром; явища інтоксикації.

Діагностика: позитивні міхурові симптоми (Кера, Ортнера, правобічний френікус – симптом), помірне збільшення розмірів печінки, болючість при пальпації, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, УЗД ОЧП, клінічний аналіз калу; дуоденальне зондування з клінічним та бактеріологічним дослідженням жовчі.

Лікування: раціональне харчування; препарати рослинного походження, гідрохолеретики, мінеральні води, холекінетики. Для ліквідації больового синдрому - М-холінолітики, міотропні спазмолітики, фізіотерапевтичні методи.

Методпологорозродження: згідно акушерської ситуації

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБАХ, ТУБЕРКУЛЬОЗІ.

Хронічний гепатит

Гепатолієнальний, диспептичний, астеновегетативний, холестатичний, геморагічний синдроми. Синдром портальної гіпертензії.

Діагностика: клініко-анамнестичні дані, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, маркери вірусних гепатитів: - *антигенні* – HBsAg, HbcAg; - *серологічні* – анти-HBs, анти-HBe, анти-HBc, анти-HBc – Ig, анти-HCV, анти-HCV – Ig; - *генетичні* – вірусна ДНК або РНК.

Лікування: дієта № 5, медикаментозне лікування, інфузійна терапія, есенціальні фосфоліпіди, антиоксиданти, секвестранти жовчних кислот, ентеросорбція.

Методпологорозродження: згідно акушерської ситуації. Кесарів розтин проводять у разі наявності портальної гіпертензії.

Гострий вірусний гепатит

Інтоксикаційний, астеновегетативний, холестатичний, мезанхімально-запальний, цитолітичний синдроми

Діагностика: виявлення в крові методом ІФА специфічних антитіл, методом ПЛР вірусів.

Лікування: лікувально-охоронний режим з виключенням фізичного й психічного навантаження. Дієта № 5 а.

Методпологорозродження: згідно акушерської ситуації.

Гострий апендицит

Біль з'являється раптово з урахуванням анатомічних особливостей розташування червоподібного відростка, нудота, блювота, підвищення температури тіла до 38 °С або відсутність гіпертермії, тахікардія. Часто чітко визначається симптом Бартомьє - Міхельсона: посилення болю при пальпації в положенні хворої на правому боці (коли червоподібний відросток придавлений маткою), а не на лівому, як у невагітних. Симптом подразнення очеревини (Щьоткина – Блюмберга).

Діагностика: клініко-анамнестичні дані, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів.

Лікування: гострий апендицит незалежно від строку вагітності є показанням до операції.

Методпологорозродження: згідно акушерської ситуації.

Туберкульоз

У 50% хворих жінок туберкульоз протікає безсимптомно, у решти основними проявами захворювання бувають субфібрилітет, кашель, пітливість і невелике збільшення маси тіла.

Діагностика: клініко-анамнестичні дані, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів, РГ ОГК, КТ, МРТ.

Лікування: при проведенні відповідної специфічної терапії погіршення

перебігу захворювання не спостерігається.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

Дифузний токсичний зоб (ДТЗ)

Стомлюваність, нервозність, пітливість, екзофтальм, тахікардія до 120-140 уд/хв

Діагностика гіперфункції щитоподібної залози у вагітних: збільшення щитоподібної залози, частий пульс під час сну, тахікардія, що перевищує функціонально припустиму у вагітних, екзофтальм, аномальне зниження маси тіла, значне підвищення рівня тироксину в плазмі крові.

Діагностика: дійснюється згідно рекомендаціям ендокринолога в залежності від ступеня тяжкості.

Лікування: застосовують дийодтирозин, мерказоліл, вітамінотерапію, при відсутності ефекту від консервативного лікування - хірургічне лікування.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

Гіпотиреоз

Млявість, сонливість, зниження пам'яті, сухість шкіри, випадання волосся, ламкість нігтів, завязті запори, мерзлякуватість, біль у м'язах, кровоточивість ясен, руйнування зубів. Відзначається блідість шкіри, набряклість, уповільнена мова, повільність рухів, хрипкий голос, ЧСС -50-60 уд за хвилину.

Діагностика: визначення рівня ТТГ, тиреоїдних гормонів та антитиреоїдних антитіл (АТТГ) в крові. Характерним є зниження рівня ТТГ при низькому або нормальному рівні тиреоїдних гормонів

Лікування: замісна терапія препаратами левотироксину

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

Гестаційний діабет

Поліурія, полідипсія, зниження маси тіла, зуд.

Діагностика: стандартний пероральний глюкозотолерантний тест.

Лікування: дієтотерапія. Інсулінотерапію починають з призначення малих доз інсуліну короткої дії (2-4 ОД) за 20 хв. перед основними прийомами їжі.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації. Контроль глікемії натще та через 1 годину, коригуючи дози інсуліну.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Епілепсія

Епілептичний статус

Противоказання до виношування вагітності:

- часті напади, що не піддаються лікуванню;
- епілептичний статус;
- епілептична розумова відсталість.

Лікування: протисудомні засоби

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації .

Мігрень

Інтенсивний головний біль

Діагностика: клініко-анамнестичні дані, загально-клінічні лабораторні аналізи, огляд суміжних спеціалістів.

Лікування: при мігрені в більшості випадків лікування не призначають, запевняючи жінку, що захворювання не становить небезпеки для плода.

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації .

Порушення мозкового кровообігу

Ішемічний інсульт у молодих невагітних виникає дуже рідко. *Геморагічний інсульт* може розвинутиися при злитті множинних дрібних крововиливів (при цукровому діабеті, артеріальній гіпертензії, еклампсії).

Діагностика: при появі або поновленні вогнищевих неврологічних симптомів повторюють КТ і люмбальну пункцію.

Лікування: гіпотензивна терапія, протинабрякова терапія, лікування аневризм – хірургічне.

Метод пологорозродження: оскільки кесарів розтин не знижує ризик повторних крововиливів, рекомендується вести пологи через природні пологові шляхи з використанням регіонарної анестезії та виключення потуг шляхом накладення акушерських щипців.

ВАГІТНІСТЬ ТА ПОЛОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ЗОРУ

Міопія

Розглядаються предмети на близькій відстані, підвищена стомлюваність очі; випинання очей, синюватий відтінок склери.

Діагностика: огляд суміжних спеціалістів, офтальмоскопія, КТ.

Лікування: спеціальні вправи для очей, прийом медикаментів, які нормалізують здатність до акомодатції; носіння окулярів і контактних лінз; апаратне лікування зору, оперативне втручання (при бажанні пацієнта)

Метод пологорозродження: згідно акушерської ситуації.

Ізоімунізація – одна з клінічних форм імунопатології вагітності, що виникає за умови несумісності організмів матері і плода по різних антигенах та приводить до тяжких порушень стану плода і немовляти.

Найчастіше зустрічаються:

- **ізоімунізація по резус (Rh)-фактору** – гуморальна імунна відповідь на

еритроцитарні антигени (Аг) плода Rh-групи, включаючи Сс, Dd і Ee (кодуються Rh-алелями). Антитіла (Ат), які утворилися, проникаючи через плаценту, викликають екстравааскулярний гемоліз (опсонізація еритроцитів плода Ат жінки і фагоцитоз еритроцитів) та анемію, що призводить до розвитку еритробластозу плода;

- **ізоімунізація по АВ0-системі** – може бути причиною гемолітичної хвороби (ГХ) немовляти від субклінічної до легкої форми, але вона рідко викликає тяжкий еритробластоз чи внутрішньоутробну загибель плода і має значно менший ризик у порівнянні з Rh-несумісністю. При несумісності по системі АВ0 еритроцити плода, потрапляючи в організм вагітної, швидко руйнуються, тому Ат не встигають синтезуватися.

Алгоритми надання допомоги за темою представлені у таблиці 3.

Профілактика після пологів

При народженні Rh-позитивної дитини: впродовж перших 72 годин в/м вводиться 1 доза (300 мкг) анти- Rh0 (Д) імуноглобуліну.

Протипоказання до введення анти- Rh0 (Д) імуноглобуліну: відомі анафілактичні чи тяжкі системні реакції до глобуліну людини.

Профілактика ГХ по системі АВ0 під час вагітності не проводиться.

Неспецифічна медикаментозна профілактика та лікування Rh- конфліктної вагітної не проводяться.

Перинатальні інфекції – це захворювання плода або новонародженого які виникають внаслідок гематогеної (трансплацентарної), амніальної, висхідної або низхідної інфекції, яка відбулася у пізньому фетальному періоді (після 22-ого тижня гестації) з клінічними проявами захворювання протягом раннього неонатального періоду. Окремо слід зазначити, що в разі ВІЛ-позитивного статусу матері існує ризик передачі ВІЛ через грудне молоко в разі грудного вигодування.

Терміни **“внутрішньоутробне інфікування”** і **“внутрішньоутробна інфекція”** не є синонімами.

Внутрішньоутробне інфікування відображає факт інвазії мікроорганізму в організм плода, що не завжди призводить до розвитку патологічних змін. Внутрішньоутробне інфікування відбувається значно частіше, ніж розвиваються клінічні прояви хвороби і тому цей термін **не повинен використовуватися як діагноз.**

Внутрішньоутробна інфекція – це захворювання плода, що виникло внаслідок гематогенної (трансплацентарної) переважно вірусної або тохо-інфекції з ураженням плода або клінічними проявами інфекції після народження дитини (табл1).

Таблиця 1

Клінічні прояви внутрішньоутробних та перинатальних інфекцій

Період гестації	Можливі наслідки інфекції
------------------------	----------------------------------

Передімплантаційний (перші 6 днів після запліднення)	Загибель зиготи
Ембріо- та плацентогенез (з 7-го дня до 8-го тижня)	Загибель ембріону, вади розвитку, формування плацентарної дисфункції
Ранній фетальний (з 9-го до 22-го тижня)	Порушення функцій різних органів та систем
Пізній фетальний (після 22 тижнів)	Розвиток фетопатій або специфічного інфекційного процесу

Ураження плода певними збудниками перинатальних інфекцій спричиняє розвиток схожого симптомокомплексу, який раніше позначався аббревіатурою **TORCH**, складений з перших букв назв найбільш частих внутрішньоутробних інфекцій:

- **T** (*Toxoplasmosis* – токсоплазмоз);
- **O** (*Other diseases* - інші - сифіліс, ВІЛ, вітряна віспа, а також інфекції, спричинені ентеровірусами та парвовірусом В₁₉);
- **R** (*Rubella* - краснуха);
- **C** (*Cytomegalovirus* –цитомегалія);
- **H** (*Herpes simplex virus* – герпес).

Методи діагностики інфекції під час вагітності

1. Дослідження вмісту цервікального каналу, піхви, уретри:

- бактеріоскопічне;
- бактеріологічне (якісне і кількісне);
- вірусологічне.

2. Дослідження крові на наявність специфічних антитіл - серологічні дослідження.

Інтерпретація результатів серологічних досліджень (табл.2):

наявність у крові специфічних IgM-антитіл при відсутності IgG-антитіл свідчить про ранню гостру фазу захворювання.

· наявність специфічних антитіл обох класів свідчить про гостру інфекцію в більш пізній фазі, або про реактивацію латентної інфекції.

При визначенні IgM, IgG - антитіл під час вагітності часто з різних причин спостерігаються хибнопозитивні реакції. Тому в таких випадках лише динаміка та авідність титрів IgG-антитіл у сироватці крові, узятих з інтервалом 10-14 днів (парні сироватки), з наростанням титрів у 4 і більш разів, буде підтверджувати наявність інфекції.

Таблиця 2

Оцінка результатів серологічних досліджень з TORCH – агентами

IgM	IgG	Інтерпретація результатів
+	-	Рання фаза гострої інфекції
+	+	Гостра інфекція або загострення хронічної
-	+	Стан імунітету після перенесеної інфекції
-	-	Група ризику (загроза виникнення гострої)

		первинної інфекції): - серонегативний період гострої інфекції - відсутність інфекції в минулому
--	--	---

3. Дослідження сечі:

- бактеріологічне (якісне і кількісне);
- вірусологічне;
- мікроскопічне;
- біохімічне (визначення нітритів).

Дослідження сечі має на меті виявлення безсимптомної бактеріурії або підтвердження діагнозу маніфестних форм інфекції сечових шляхів (уретрит, цистит, пієлонефрит).

Безсимптомна бактеріурія - наявність в 1 мл середньої порції сечі мікроб-них збудників у кількості $\geq 10^5$ (100 000) колоній утворюючих одиниць (КУО) за відсутності будь-яких клінічних проявів. Можлива також лейкоцитурія (не обов'язково).

- лігазна ланцюгова реакція;
- полімеразна ланцюгова реакція.

Методи діагностики інфекції у плода

1. Ультрасонографія – дозволяє виявити синдром затримки росту плода, аномальну кількість навколоплодових вод, зміни структури плаценти, водянку плода, гідроцефалію, церебральні кальцифікати, розширення чашково-мискової системи нирок, гепатомегалію, гіперехогенність кишечника.

2. Трансабдомінальний амніоцентез (за показаннями) з наступною ідентифікацією збудника в навколоплодових водах.

3. Кордоцентез (за показаннями) – визначення збудника та/або рівня специфічних антитіл у пуповинній крові.

Медична допомога

Комплексне обстеження жінок з метою виявлення інфікованості збудниками пренатальних інфекцій, особливо групи TORCH, слід проводити до вагітності.

Лікування цих інфекцій є однією з основних задач прегравідарної підготовки. Однак більша частина цих інфекцій ефективно або взагалі не лікується!

Усі жінки репродуктивного віку, які планують вагітність, повинні бути тестовані на наявність антитіл до вірусу краснухи (А). Серонегативним жінкам рекомендують вакцинацію з наступною контрацепцією упродовж трьох

місяців. Доцільно також до настання вагітності проводити щеплення проти гепатиту В

Принципи ведення вагітності і пологів у жінок з ВІЛ. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ.

1. Алгоритм ведення пологів. Доношена вагітність або передчасні пологи 34-37 тижнів на фоні АРТ (вірусне навантаження ВІЛ визначається на 36-му тижні вагітності)



3. Алгоритм ведення пологів. ВІЛ - інфекція виявлена безпосередньо перед або під час пологів

Позитивний результат серологічного або швидкого (експрес) тесту на ВІЛ

Спонтанні пологи або передчасне вилиття навколоплодових вод невідкладна АРВ - профілактика: невірапін 200 мг 1 таб. одноразово; додатково призначити «фарм» супровід: тенофовіру дизопроксил /емтрицитабін 300/200 мг 1таб. x 1 раз на добу протягом 2-х тижнів

Відсутня пологова діяльність, цілі води невідкладна АРВ - профілактика: невірапін 200 мг 1 таб. одноразово; додатково призначити «фарм» супровід: тенофовіру дизопроксил /емтрицитабін: 300/200 мг 1таб. x 1 раз на добу протягом 2-х

Активна пологова діяльність, безводний період > 4-х годин

Початок пологів, безводний період менше 4-х годин

Терміновий кесарів розтин

Вагінальні пологи за принципами безпечного консервативного ведення пологів:

- уникати необґрунтованих вагінальних оглядів
- санація пологових шляхів
- не рекомендується рутинне проведення амніотомії, епізіотомії, інвазивного моніторингу, накладання акушерських щипців, вакуум-екстрактора
- запобігати довготривалим пологам, за необхідності призначити окситоцин, простагландини
- профілактика післяпологових кровотеч та септичних ускладнень

Після пологів протягом до 2-х тижнів обстежити на наявність серологічних маркерів ВІЛ, CD 4, вірусне навантаження для уточнення діагнозу та стадії ВІЛ - інфекції. Призначити АРТ пожиттєво за наявності показань та прихильності до лікування (скерувати до Центру СНІД, кабінету «Довіра»)

Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ

Передача ВІЛ від матері до дитини відбувається:

1. Під час вагітності: трансплацентарним, висхідним (через амніотичні оболонки та навколоплодові води) шляхами, а також при діагностичних інвазивних втручаннях.
2. Під час пологів при проходженні плода через природні пологові шляхи.
3. Після пологів у разі грудного вигодовування.

Основні принципи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини:

1. Кваліфікований антенатальний нагляд, визначення факторів ризику під час вагітності та їх усунення, своєчасне та обґрунтоване лікування.
2. Призначення антиретровірусної терапії жінці під час вагітності, пологів та новонародженому.
3. Раціональне ведення пологів.
4. Відмова від грудного вигодовування.
5. Лікування необхідно надавати відповідно до медичних показань з урахуванням періоду вагітності, пологів чи післяпологового періоду, а також прихильності до терапії (споживачів ін'єкційних наркотиків).
6. АРТ ВІЛ – інфікованих вагітних має особливості, пов'язані з виношуванням плода і включає лише антиретрогенні антретровірусні препарати.
7. Індивідуальний підхід та оцінка готовності кожної пацієнтки дотримання режиму АРТ, а також надання психосоціальної підтримки дозволяє запобігати

перешкодам у досягненні ефекту АРТ.

8. Своєчасність та ефективність АРТ у жінок, які планують народжувати або вагітних, а також у післяпологовому періоді вимагає чіткої взаємодії амбулаторно-поліклінічних родопомічних, педіатричних закладів охорони здоров'я та Центрів профілактики і боротьби зі СНІД шляхом застосування методу подвійного нагляду.

9. Застосування АРВ препаратів, які пройшли прекваліфікацію ВООЗ.

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

- розробити план обстеження жінок із захворюваннями органів серцево-судинної системи;
- оцінити результати клініко-лабораторних та інструментальних обстежень жінок із захворюваннями органів ендокринної системи, зокрема з цукровим діабетом, захворюваннями щитоподібної залози;
- скласти алгоритм ведення вагітності у Rh-негативних не імунізованих жінок;
- провести диференціальну діагностику серед захворювань системи органів дихання та патології нирок і сечовивідних шляхів.

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

Нетипові ситуаційні задачі:

1. Повторновагітна жінка, 27-ми років з пієлонефритом в анамнезі, в терміні гестації 34 тижня пред'являє скарги на загальну слабкість, тупі болі в області нирок, дизурію, підвищену стомлюваність, головний біль, спрагу, сухість в роті, субфебрильну температуру. Уремічний синдром артеріальна гіпертензія відсутні.

Питання:

1. Встановити попередній діагноз, скласти план обстеження пацієнтки.
2. Розробити алгоритм лікування і тактику ведення вагітної.
3. Провести диференційну діагностику серед захворювань нирок і сечовивідних шляхів.

2. Вагітна 27 років спостерігається в жіночій консультації. Скаржиться на слабкість, швидку стомлюваність. Термін гестації 30 тижнів. Шкіра і видимі слизисті бліді. Артеріальний тиск 120 і 80 мм рт.ст. на обох руках. Пульс 100 уд/хв, ритмічний, задовільних властивостей. Гематокрит 0,32. Кількість еритроцитів $2,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобін 82 Г/л. Серцебиття плоду ясне, ритмічне, 150 уд/хв.

Питання:

1. Встановити попередній діагноз, скласти план обстеження пацієнтки.
2. Розробити алгоритм лікування і тактику ведення вагітної

3. Провести диференційну діагностику серед захворювань кровотворних органів.

Тестові завдання:

1. Розв'язується питання про метод пологорозродження у жінки з доношеною вагітністю з вадю серця, що супроводжується вираженою легеневою гіпертензією. Акушерські свідчення для пологорозродження шляхом операції кесарева перетини відсутні. Оптимальна тактика пологорозродження:

- A. Абдомінальне пологорозродження
- B. Виключення потуг в другому періоді пологів
- C. Звичайно, через природні родові шляхи
- D. Спільно з анестезіологом з виключенням потуг шляхом накладення акушерських щипців
- E. Вакуум – екстракцією плоду

2. Вагітна 29 років страждає сечокам'яною хворобою, вторинно-хронічним пієлонефритом протягом 8 років. До якої групи ризику виниклі ускладнення вагітності II слід віднести?

- A. Загроза родового травматизму
- B. Загроза розвитку гестозу
- C. Загроза кровотечі
- D. Загроза слабкості пологової діяльності
- E. Загроза ізосенсибілізації

Вірні відповіді: 1 – B, 2 – B.

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

Таблиця 3. Алгоритм ведення вагітності у Rh-негативних жінок



Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Акушерство та гінекологія : у 4 т. : підручник. Т.1. Акушерство / В. М. Запорожан, В. К. Чайка, Л. Б. Маркін та ін. ; за ред. В.М. Запорожана. К. : Медицина, 2017. 1032 с.
- Запорожан В. М., Чайка В. К., Маркін Л. Б. Акушерство і гінекологія (у 4-х томах): національний підручник: 2013.
2. Назарова І. Б., Самойленко В. Б. Фізіологічне акушерство: підручник. К. : Медицина, 2018. 408 с.
 3. Obstetrics: підручник англійською мовою (edit by I. V. Ventskivska).- К.: Medicine, 2018. - 352 p.
 4. Яворський П. В., Шатило В. Й., Яворська Т. І. Практикум з фантомного акушерства: навчальний посібник. К. : Медицина, 2017. 144 с.
 5. Obstetrics and Gynecology : in 2 vol. : textbook. Vol. 2. Gynecology / V.I. Gryshchenko, M.O. Shcherbina, V. M. Ventskivskyi et al. К. : AUS Medicine Publishing, 2018. 352 p.
 6. Клінічний протокол з акушерської допомоги «Ведення жінок з імунними конфліктами»: Наказ МОЗ України від 31.12.2004 № 676.
 7. 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»"
 8. Наказ МОЗ України від 16.11.2022 № 2092 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «ВІЛ-інфекція»"
 9. Наказ МОЗ України від 15.08.2023 № 1465 "Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги "ВІЛ-інфекція"

Додаткова

1. Патологічне акушерство: навчальний посібник (Венцківський Б.М., Камінський В. В., Грищенко В. В. та ін.)- К.: Чайка-Всесвіт, 2014.-300 с.
2. Бойко В. І., Бабар Т. В. Акушерські кровотечі: навчальний посібник. Суми : СумДУ, 2017. 117с.
3. Невідкладні стани в акушерстві: (змістові модулі з дисципліни «Акушерство і гінекологія»): Навч. Посіб для студ. вищ. мед. навч. закладів / за редакцією Б. М. Венцківського, А. Я. Сенчука, О. О. Зелінського – Видавництво «ТЕС», 2014. - С. 83-85.
4. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. WHO, Geneva, 2016.

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/>