

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології.
Практичне заняття № 7 "Надання ручної допомоги в пологах при тазовому передлежанні."

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 вибіркової дисципліни**

Факультет медичний, 5 курс

Вибіркова дисципліна "СИМУЛЯЦІЙНИЙ ТРЕНІНГ З АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ".

Практичне заняття №7" Надання ручної допомоги в пологах при тазовому передлежанні."

Методична розробка практичного заняття, ОПП «Медицина», 5 курс, медичний факультет.
Вибіркова дисципліна «Симуляційний тренінг з акушерства та гінекології».

Затверджено:

Засіданням кафедри акушерства та гінекології
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від 28 серпня 2023 року.

Завідувач кафедри



(Ігор ГЛАДЧУК)

Розробники

к. мед. н., доцент



Шитова Г.В.

к. мед. н., доцент



Павловська О.М

к. мед. н., асистент



Тарновська Г.П.

к. мед. н., асистент



Жовтенко Л.В.

Практичне заняття № 7

" Надання ручної допомоги в пологах при тазовому передлежанні."

МЕТА НАВЧАННЯ - отримати базові знання про ведення пологів при тазовому передлежанні, механізм пологів при тазовому передлежанні, мануальну допомогу при тазовому передлежанні.

ОСНОВНІ ПОНЯТТЯ:

- Типи тазового передлежання
 - Фактори, які можуть сприяти тазовому передлежанню плода
 - Діагностичні критерії тазового передлежання при зовнішньому огляді
 - Діагностичні критерії тазового передлежання при вагінальному дослідженні
 - Механізм пологів при тазовому передлежанні
- Ручна допомога при тазовому передлежанні

ОБЛАДНАННЯ

- Мультимедійне обладнання (комп'ютер, проектор, екран), телевізор
- Акушерські моделі та акушерські інструменти
- Професійні алгоритми, структурно-логічні схеми, таблиці, відео
- Результати лабораторних та інструментальних досліджень, ситуаційні задачі, пацієнти, історії хвороби.

НАВЧАЛЬНИЙ ЧАС - 4 год

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ЕТАП

- привітання
- перевірка відвідувачей
- визначення освітніх цілей
- забезпечення позитивної мотивації

- **КОНТРОЛЬ БАЗОВИХ ЗНАНЬ** (письмова робота, письмове тестування, онлайн-тестування, очна співбесіда тощо)

• **Вимоги до теоретичної готовності здобувачів вищої освіти до виконання практичних занять.**

Вимоги до знань:

- СК1. Вміння збирати медичну інформацію про пацієнта та аналізувати клінічні дані
- СК 2. Здатність визначати необхідний перелік лабораторних та інструментальних досліджень та оцінювати їх результати
- СК 3. Здатність встановлювати попередній та клінічний діагноз захворювання
- СК 4. Здатність визначати необхідний режим праці та відпочинку при лікуванні та профілактиці захворювань
- СК 5. Здатність визначати характер харчування при лікуванні та профілактиці захворювань
- СК 6. Здатність визначати принципи та сутність лікування і профілактики захворювань
- СК 8. Здатність визначати тактику та надавати невідкладну медичну допомогу
- СК 9. Здатність здійснювати заходи медичної евакуації
- СК 14. Здатність планувати та здійснювати профілактичні та протиепідемічні заходи щодо інфекційних хвороб

Перелік дидактичних одиниць:

Орієнтація плоду

Типи тазового передлежання Акушерське обстеження

Діагностичні критерії тазового передлежання

Ведення вагітності

Механізм пологів при тазовому передлежанні

Ручна допомога при тазовому передлежанні

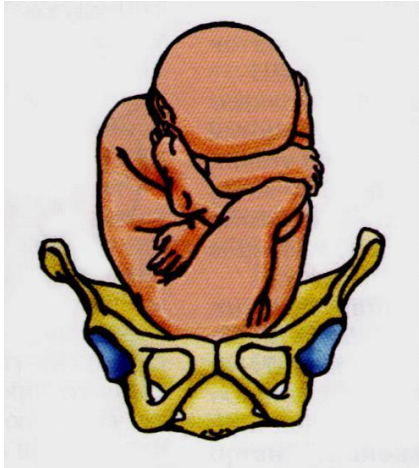
- **Питання (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації) для перевірки базових знань за темою заняття.**

Питання:

- Що таке повне тазове передлежання?
- Що таке відверте тазове передлежання?
- Що таке тазове передлежання однієї ноги?
- Що таке тазове передлежання з подвійним передлежанням?
- Що таке колінне передлежання?
- Які діагностичні критерії тазового передлежання при зовнішньому огляді?
- Які діагностичні критерії тазового передлежання при вагінальному дослідженні?
- Які можливі ускладнення при тазовому передлежанні під час вагітності?

- Які можливі ускладнення при тазовому передлежанні під час вагінальних пологів?
- Які основні рухи плода під час вагінальних пологів при тазовому передлежанні?

Завдання



- Визначте орієнтацію плода в матці.

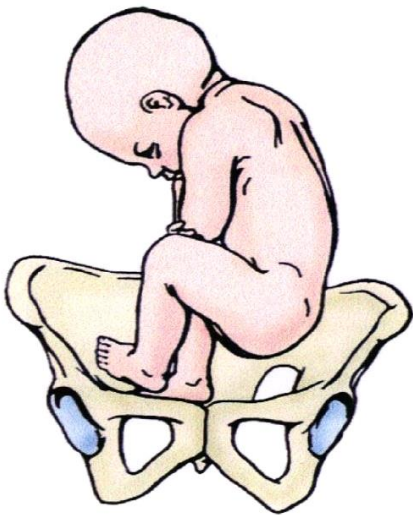
- Визначити орієнтацію плода в матці.



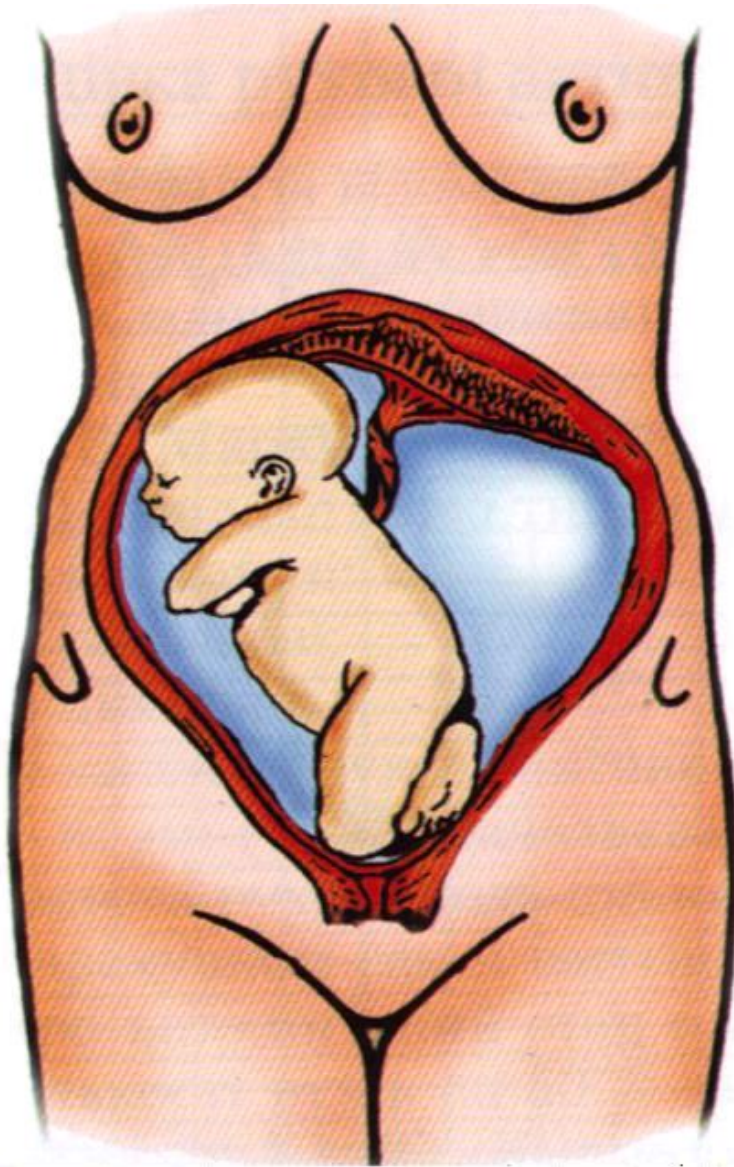
- Визначити орієнтацію плода в матці.



- Визначити орієнтацію плода в матці.



- Визначити орієнтацію плода в матці.



- **ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ НАВИЧОК** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

- **Зміст завдань**
(задачі, клінічні ситуації тощо).

- **Інтерактивне завдання:**

Групи здобувачів вищої освіти діляться на підгрупи по 3-4 людини в кожній.

Завдання для здобувачів вищої освіти підгрупи I:

- для проведення акушерського абдомінального обстеження
- визначити передлежання та положення плода
- надавати ручну допомогу при тазовому передлежанні (Цов'янов І.)
- виконувати мануальну допомогу при постановці стопи (Цов'янов ІІ)
- надавати ручну допомогу при затримці народження голівки плода (маневр Морісо-Левре)

Завдання для здобувачів вищої освіти підгрупи ІІ:

- оцінити відповіді студентів І підгрупи та внести корективи.

Клінічна ситуація А

У 40-річної первородящої спостерігається слабка родова діяльність протягом 10 годин. Термін вагітності 40 тижнів. Розміри тазу 25-28-31-17 см. Окружність живота 100 см, висота стояння лона 38 см. Серцебиття плода 115/хв, аускультативно вислуховується справа над пупком, ближче до чорної лінії. Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки розкрита на 6 см, плідний міхур інтактний.

Визначте орієнтацію плода в матці.

Який оптимальний спосіб розродження в даному клінічному випадку?

Клінічна ситуація В

До пологового відділення надійшла багатоплідна в терміні 35-36 тижнів вагітності. Пологова діяльність в нормі. Розмір тазу 26-29-30-21 см. Серцебиття плода 148/хв, вислуховується зліва над пупком, ближче до бічної черевної стінки. Окружність живота 95 см, висота стояння лона 33 см. При внутрішньому акушерському дослідженні виявлено зміщення шийки матки, відкриття на 8-9 см. Амніотичний міхур відсутній. Сідниці плода знаходяться в порожнині малого тазу.

Визначте орієнтацію плода в матці.

Який оптимальний спосіб розродження в даному клінічному випадку?

Клінічна ситуація С

Жінка, п. 4, в терміні 37 тижнів, має розгорнуте тазове передлежання. Розмір тазу 25-28-30-20 см. Окружність живота - 100 см, висота стояння лона - 32 см. Плацента не низько розташована, і вона хоче народжувати вагінально.

Виберіть одну з наступних відповідей

- Кесарів розтин

- Без втручання
- Зовнішня головна версія
- Спроба вагінальних пологів з підтримкою тазового передлежання
- Видалення передлежачої частини матки
- Запропонувати госпіталізацію і чекати

Клінічна ситуація D

У жінки просунуті пологи з тазовим передлежанням. Вона повністю розкрилася, тужиться вже годину, а сідниць не видно.

Виберіть одну з наступних відповідей

- Кесарів розтин
- Без втручання
- Зовнішня головна версія
- Спроба вагінальних пологів з підтримкою тазового передлежання
- Видалення передлежачої частини матки
- Запропонувати госпіталізацію і чекати

Правильні відповіді

Завдання 1 - Поздовжнє передлежання. Неповне тазове передлежання.

Праве заднекрижове передлежання (RSP).

Завдання 2 - Поздовжнє передлежання. Повне тазове передлежання. Ліве крижове передлежання (ЛКП).

Завдання 3 - Поздовжнє передлежання. Неповне тазове передлежання (тазове передлежання на одній ніжці). Праве задне крижове передлежання (RSP).

Завдання 4 - Поздовжнє передлежання. Неповне сідничне передлежання (подвійнесідничне передлежання). Ліве поперечне положення крижів (LST).

Завдання 5 - Поздовжнє передлежання. Неповне тазове передлежання (колінне передлежання). Ліве поперечне положення крижів (LST).

Клінічна ситуація А - Поздовжнє передлежання. Тазове передлежання.

Праве передне крижове передлежання (ППК). Кесарів розтин.

Клінічна ситуація В - Поздовжнє передлежання. Неповне (відверте) тазове передлежання.

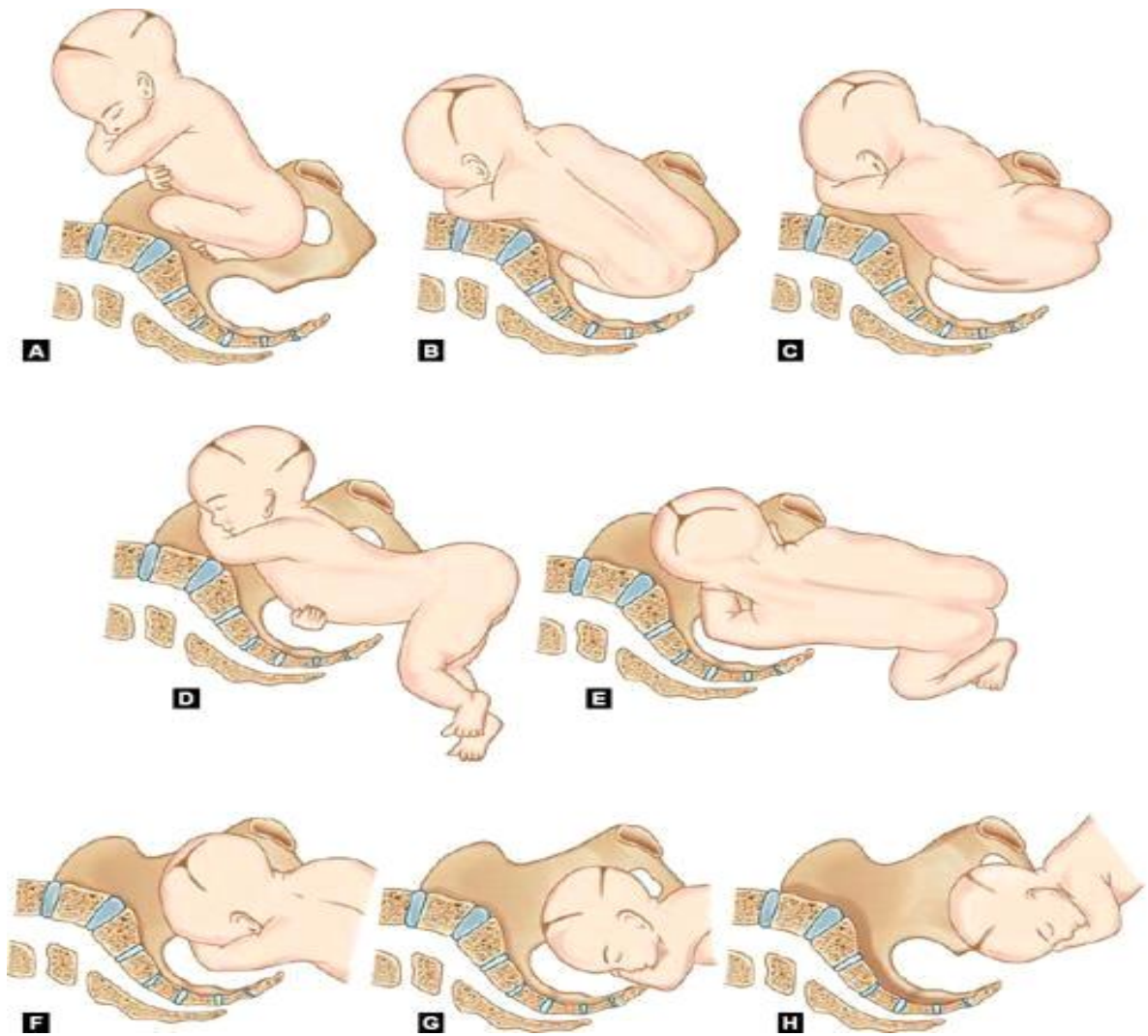
Ліве крижове передлежання (ЛКП). Спроба вагінальних пологів при тазовому передлежанні.

Клінічна ситуація С - Спроба вагінальних пологів при тазовому передлежанні. Клінічна ситуація D - кесарів розтин.

• **Навчальні матеріали, рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань**

Під час доношеної вагітності частота тазового передлежання становить 3-4%, а під час недоношеної вагітності вона значно вища - 1 на 5 пологів у терміні вагітності до 30 тижнів. Згідно з проспективними даними США, тазове передлежання є звичним для плода наприкінці II триместру вагітності. Але внаслідок більших розмірів тазового кінця плода порівняно з його голівкою, поступово більшість плодів набувають головне передлежання в III триместрі.

Біомеханізм пологів при тазовому передлежанні має ті ж закономірності, що і при головному, і складається з 7 моментів (рис.)



Перший момент - вставлення сідниць у порожнину входу в таз (рис. А). Linea intertrochanterica, або міжсіднична, відіграє роль сагітального шва при головному передлежанні і виступає в порожнину тазового входу одним з косих розмірів; крижі плода повернуті допереду або дозаду.

Другий момент - опускання сідниць. Під час розвитку пологової діяльності сідниці в результаті їх стискання опускаються в таз. Першою опускається передня сідниця, яка є вхідним отвором, на ній формується родова пухлина.

Третій момент - сакральна ротація сідниць. Здійснюючи коливальні рухи, сідниці проходять мис і опускаються в широкую частину тазової порожнини (рис. Б).

Четвертий момент - внутрішній поворот сідниць (рис. В). І сідниці, і голова

роблять внутрішній поворот і опускаються на тазове дно. Лінія сідниць виставляється за прямим розміром.

П'ятий момент - розгинання сідниць і тулуба до нижнього кута лопатки (передній край лопатки; рис. С, D, E). Спочатку передня клубова кістка плода фіксується до нижнього краю лобкової дуги, яка працює як точка опори, навколо якої тіло плода згинається до високого ступеня, і відбувається народження задньої сідниці. Після цього передня частина плоду також опускається. При повному тазовому передлежанні сідниці виходять разом з ніжками, а ніжки випадають після виходу тулуба у відвертому тазовому передлежанні. Після того, як нижній кінець тулуба вийшов назовні, його розгинають і кількома переймами підводять до пупка, а потім до нижнього кута лопаток. Тіло злегка повертається спинкою вперед.

Шостий момент - народження верхніх кінцівок (плечового поясу, рис. E, F). Плечовий пояс виконує ті ж рухи, що і при головному передлежанні в тазовому передлежанні. Біакроміальний розмір плечиків при прогресивному просуванні вперед переходить з косою діаметру входу в прямий діаметр на виході з тазу. При збереженні нормального розташування плода стовпчик плечової кістки передньої руки фіксується біля нижнього краю лобкового симфізу; першою народжується задня рука, потім передня рука відходить від лобка. Якщо розташування плода порушується, рука відкидається назад, що вимагає спеціальної акушерської допомоги.

Сьомий момент - народження голівки (рис. Ж, З). Голівка входить в таз одночасно з народженням плічок. Сагітальний шов накладається в косому діаметрі тазу, протилежному біакроміальному розміру плечиків. Далі голівка виконує всі свої рухи, згідно з законами біомеханіки, як при потиличному передлежанні. Однак всі рухи відбуваються швидко, голівка, якщо вона не випрямлена, рухається по малому (9,5 см) або середньому косому діаметру (від підпотиличної ямки до переднього краю переднього (великого) тім'ячка - 10 см). Голівка фіксується в потиличній ямці під лобковим симфізом, і навколо цієї точки фіксації підборіддя, обличчя і лоб плода розходяться над промежиною.

Ведення вагінальних пологів при тазовому передлежанні плода рекомендується здійснювати за таких умов:

- тазове передлежання плода;

- нормальні розміри тазу матері;
- вага плоду менше 3600 г, що підтверджено 2 і більше УЗД;
- індивідуальний досвід і навички лікаря з ведення пологів при тазовому передлежанні плода;
- 5) наявність відділення анестезіології та неонатологічної реанімації.

На I етапі пологів слід запобігти розриву плодового міхура, провести профілактику інервації матки та внутрішньоутробної гіпоксії плода. Одразу після відходження навколоплідних вод проводять внутрішнє акушерське дослідження для встановлення правильного діагнозу та профілактики випадіння пуповини. Якщо навколоплідні води відійшли несвоєчасно і спостерігається інертність матки, породіллі вводять адекватні дози окситоцину, простагландинів або їх комбінацію. Слід пам'ятати, що тільки під час активних пологів можливий успішний результат пологів. Передозування тонізуючих препаратів може спричинити гостру гіпоксію плода, передчасне відшарування плаценти. Тому при тривалій інертності матки (протягом 3 год) і посиленні гіпоксії плода доцільно змінити план ведення пологів і розпочати кесарів розтин.

II стадія пологів потребує особливої уваги. Для профілактики спазму шийки матки за 30-40 хв до народження дитини внутрішньовенно вводять 1 мл 0,001% розчину атропіну сульфату або інших спазмолітиків. Щоб зменшити ймовірність пологової травми та полегшити народження голівки, проводять епізіотомію та пудендальну анестезію. Серцебиття плода прослуховується після кожного скорочення м'язів під час потуг. Породілля вдихає кисень в проміжках між скороченнями м'язів передньої стінки прелюмуса. З моменту роз'єднання сідниць плода породіллю укладають на край ліжка, під крижі підкладають валик для зменшення кута нахилу таза. Деякі акушери рекомендують притискати стегна до живота під час скорочення м'язів прелюмуса. Виділення меконію плодом при тазовому передлежанні відбувається механічно і не є ознакою гіпоксії плода.

У веденні пологів при тазовому передлежанні плода виділяють 4 етапи:

- народження плоду до пупка;
- розродження плода до нижнього кута лопатки;
- доставка руки;
- народження голови

В Україні при веденні пологів при тазовому передлежанні плода застосовується ручна допомога за М. А. Цов'яновим.

Ручна допомога за «Цов'янов І». (при тазовому передлежанні плода) базується на тому, що після розведення сідниць акушер бере їх рукою таким чином, щоб великі пальці розташовувалися на притиснутих до живота ніжках плода, а інші 4 пальці - вздовж крижів (рис. І).

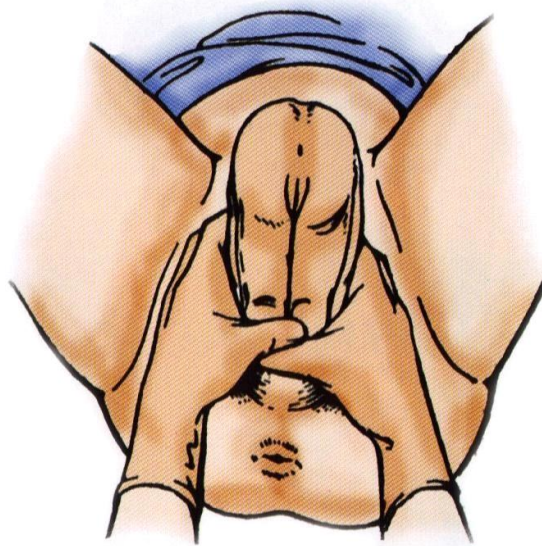
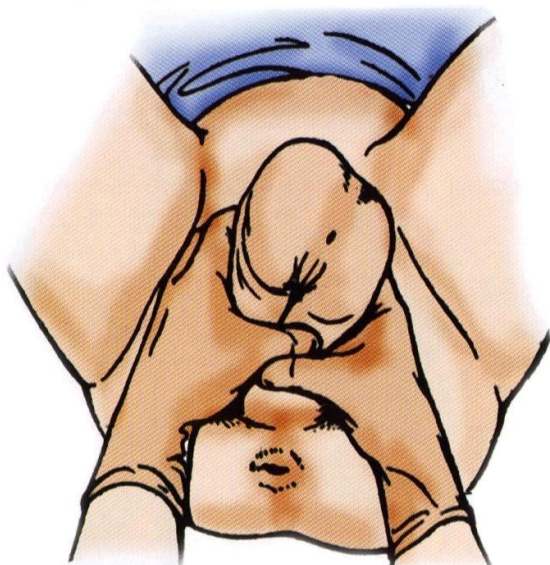


Рис. І Рис. J

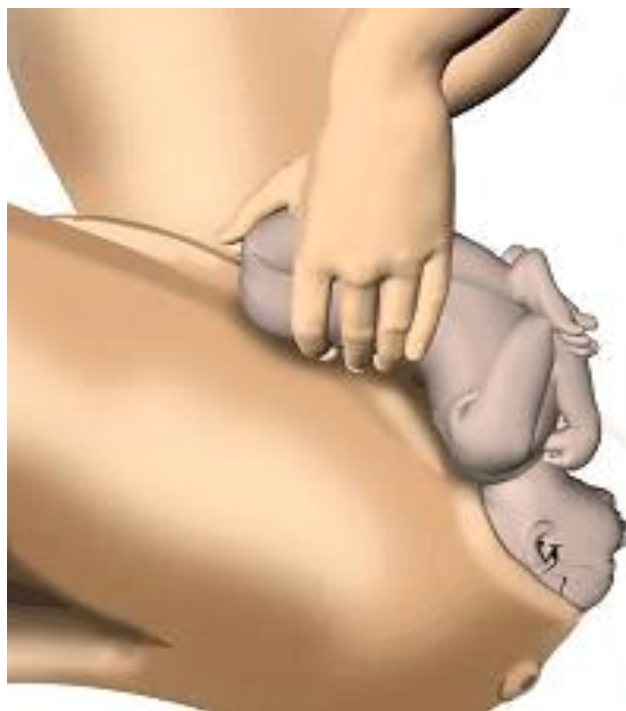


Рис. К Рис. Л

Тулуб плода піднімається вгору - по осі родових шляхів. Таке розташування рук акушера запобігає передчасному випадінню ніжок, опусканню сідниць і сприяє просуванню тулуба вгору - до лобка. Під час просування тулуба руки акушера ковзають уздовж нього, залишаючись при цьому біля пупкової щілини роділлі (рис. J). Слід пам'ятати, що тракції заборонені. Лікар повинен ковзати рукою вздовж тулуба плода, що народжує. Після роз'єднання поясу верхніх кінцівок рука може випасти. Важливо, щоб ноги не випали раніше, ніж відбудеться розкриття плечового поясу. Якщо руки плода не виходять самостійно, лікар, не змінюючи положення рук, встановлює плечовий пояс у прямому діаметрі тазового виходу і відхиляє тулуб плода назад (рис. К, Л). При цьому переднє плече виходить з лобкової дуги. Потім тулуб слід підняти вгору, щоб полегшити вихід задньої руки з лобкового зчленування. У глибині пупкової щілини з'являється підборіддя і рот плода. Тулуб піднімають догори, щоб вивести голівку плода. Обережне, але сильне натискання акушера на лобкову дугу (метод Науйока) може сприяти народженню голівки (рис. М, N).

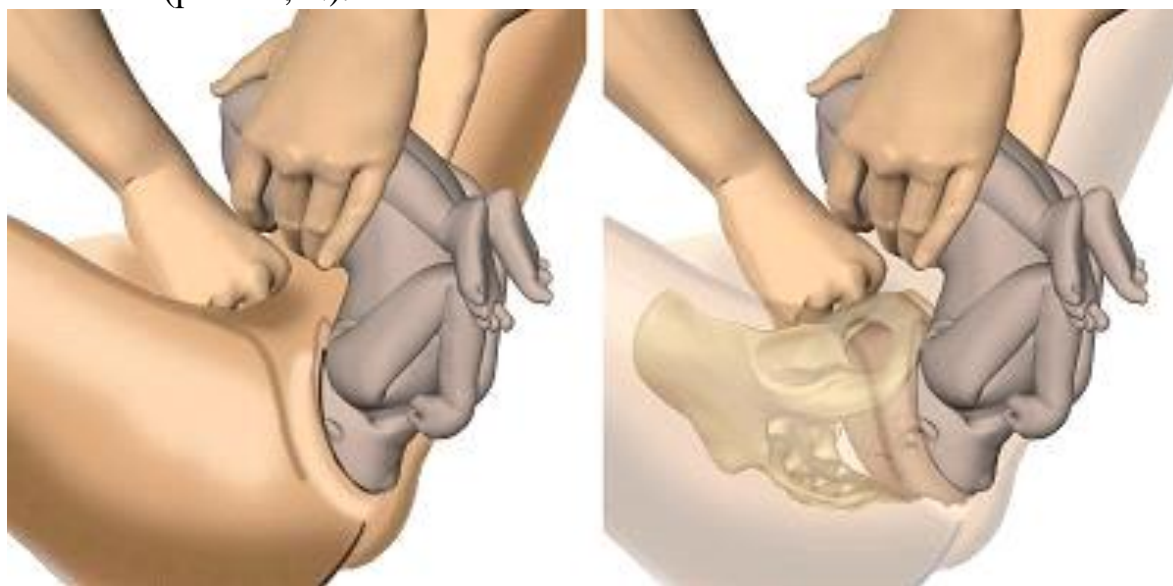


Рис. М Рис. N

Якщо народження голівки затримується, її вивільняють за допомогою маневру Морісо-Левре (рис. O). Для того, щоб витягти голівку за методом Морісо-Левре, плід саджають на передпліччя акушера. Другим пальцем у роті плода лікар утримує голівку в зігнутому положенні. Другим і середнім пальцями вільної руки він бере плечовий пояс плода. Тракції

проводяться вільною рукою спочатку вниз - до утворення точки фіксації підпотиличної ямки над лобком, потім - вгору. Рухи повинні бути обережними, щоб запобігти травмуванню шийного сегмента хребетного стовпа плода.

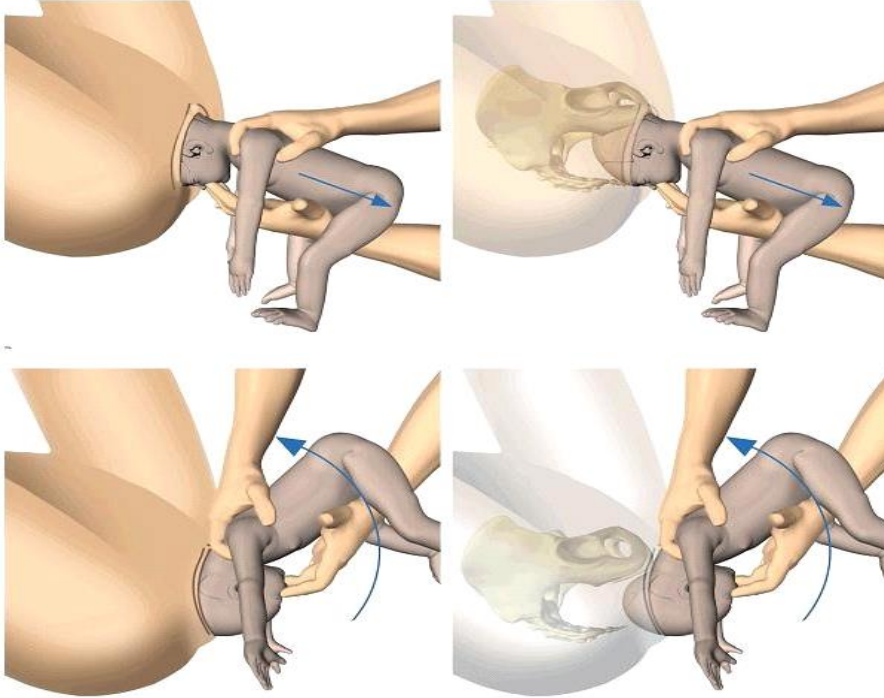


Рис. О

Ручна допомога при ножному передлежанні за «Цов'яновим II» полягає у створенні бар'єру для просування плода з метою інтенсифікації пологів. Як тільки ніжки з'являться з піхви, лікар повинен прикрити зовнішні статеві органи стерильною серветкою і долонею під час кожної потуги протидіяти передчасному випадінню ніжок з пудендальної щілини (рис. П).



Рис. Р

Така протидія необхідна до повного розкриття маткового вічка. До цього часу сідниці опускаються на тазове дно, а плід присідає, формуючи змішане тазове передлежання. Протидія припиняється, коли ніжки плода починають виходити з долоні акушера. Цей метод можна застосовувати при змішаному тазовому передлежанні, дії проводяться до тих пір, поки тазовий кінець плода не опуститься на тазове дно. Якщо при прийомі Цов'янова після проходження плода до пупка його подальший самостійний рух припиняється, необхідно виконати класичну акушерську допомогу для вивільнення ручок і голівки (рис. Р). Кожна рука звільняється відповідною рукою акушера - права - правою, ліва - лівою. Першою вивільняється задня рука, яка знаходиться над промежиною (більше простору для маніпуляцій). Тулуб плода з ніжками піднімають вгору - до пахової складки матері. Другим і середнім пальцями руки, що відповідає задній руці плода, акушер ковзає спереду по спинці плода вздовж лопатки, натискає на згин руки і, ковзаючи по грудній клітці плода, витягує його задню руку. Передню руку перекладають на задню, повертаючи тулуб плода на 180°; спинка плода повинна пройти під лобковим симфізом. Друге плече витягують так само, як і перше.

Рис. Р

- **Вимоги до результатів роботи.**
 - знати типи тазового передлежання
 - знати біомеханізм пологів при тазовому передлежанні
 - надавати ручну допомогу при тазовому передлежанні (Цов'янов І.)
 - виконувати мануальну допомогу при постановці стопи (Цов'янов ІІ)
 - надавати ручну допомогу при затримці народження голівки плода(маневр Морісо-Левре)
-
- **Контрольні матеріали для завершального етапу заняття: завдання, тести, тощо.**

Завдання

Багатоплідна в терміні 38 тижнів вагітності надійшла до пологового відділення після початку пологової діяльності. Скорочення матки відбуваються кожні 6-7 хвилин, тривалістю близько 30 секунд. Розмір тазу 25-28-30-20 см. Окружність живота - 96 см, висота стояння дна матки - 33 см. Серцебиття плода 128/хв, аускультативно вислуховується зліва над пупком, ближче до чорної лінії. При внутрішньому акушерському дослідженні виявлено зміщення шийки матки, відкриття на 4 см. Плодовий міхур інтактний. Сідниці та стопи плода притиснуті до входу в малий таз.

Вкажіть всі складові діагнозу.

Який оптимальний спосіб розродження в даному клінічному випадку.

Правильна відповідь:

Термін вагітності - 38 тижнів (доношена вагітність)

Скорочення матки відбуваються кожні 6-7 хвилин, тривають близько 30 секунд(регулярна родова діяльність)

Розмір тазу 25-28-30-20 см (нормальний, гінекоїдний таз)

Окружність живота 96 см, тазовий зріст 33 см (передбачувана маса плода 3168±200г)

Частота серцевих скорочень плода 128/хв (нормальний стан плода)

Орієнтація плода - поздовжнє лежання, повне тазове передлежання, ліва крижовапередня позиція

Внутрішнє акушерське дослідження показало зміщення шийки матки, відкриття на 4 см (1st стадія пологів, активна фаза)

Спроба вагінальних пологів з підтримкою тазового передлежання.

• ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ

Поточний контроль: усне опитування, тестування, оцінка практичних навичок, вирішення ситуаційних клінічних задач, оцінка активності на занятті.

Критерії поточного оцінювання на практичному занятті:

1	Студент вільно володіє матеріалом, бере активну участь в обговоренні та вирішенні ситуаційних клінічних задач, впевнено демонструє практичні навички під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень, висловлює власну думку з теми,
---	--

	демонструє клінічне мислення.
2	Студент добре володіє матеріалом, бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційних клінічних задач, демонструє практичні навички під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень з деякими помилками, висловлює власну думку з теми, демонструє клінічне мислення.
3	Студент недостатньо володіє матеріалом, невпевнено бере участь в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, демонструє практичні навички під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень зі значними помилками.
4	Студент зовсім не володіє матеріалом, не бере участі в обговоренні та вирішенні ситуаційної клінічної задачі, не демонструє практичних навичок під час обстеження вагітної та інтерпретації результатів клінічних, лабораторних та інструментальних досліджень.

5.РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

- Акушерство та гінекологія : нац. підручник для медичних ВНЗ ІV рівнів акредитації у 4 т.// Нац.підручник у 4 томах / Запорожан В. М., Татарчук Т.Ф., Гладчук І.З., Подольський В.В., Рожковська Н.М., Марічерета В.Г., Волянська А.Г. .-К.: ВСВ «Медицина», 2017. - 696 с.
- Запорожан В.М. Симуляційна медицина. Досвід. Здобуття. Перспективи: практ. порадник / В.М. Запорожан, О.О. Тарабрін. – Суми: Університет. Книга, 2018. – 240 с.
- Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 1. Акушерство: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 424 с.
- Акушерство і гінекологія: у 2-х книгах.- Книга 2. Гінекологія: підручник (ВНЗ III-IV: р.а.) / В.І. Грищенко, М.О. Щербини та ін. - К.: Медицина, 2020.- 376 с.

- 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.
- Сенчук А.Я., Венцківський Б.М., Чермак І.І. Керівництво по практичним навичкам в акушерстві та гінекології. Одеса ТЕС, 2012. - 466 с.
- Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекологі

Додаткова:

- 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.
- Гінекологія: керівництво для лікарів./ В.К. Ліхачов. – Вінниця: Нова Книга, 2018.- 688 с.
- Навчальний посібник з акушерства (за ред.. І.Б.Венцківської, В.П.Лакатоша, В.М.Куща). – К., 2018. – РА-ГАРМОНІЯ – 210 с.

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
- <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
- <https://www.uptodate.com> – UpToDate
- <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> - Національний центр біотехнологічної інформації / National Center for Biotechnology Information
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/> - Міжнародна медична бібліотека / National Library of Medicine
- <https://www.thelancet.com/> - The Lancet
- <https://www.rcog.org.uk/> - Королівська Асоціація акушерів та гінекологів / Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
- <https://www.npwh.org/> - Практикуючі медсестри з охорони здоров'я жінок / Nurse practitioners in womens health
- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

- www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
- www.euro.who.int - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я