

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №21. Аномалії скоротливої діяльності матки. Пологовий травматизм. Оперативне акушерство

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

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

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

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

Курс V. Факультет медичний

Навчальна дисципліна: Акушерство та гінекологія

Практичне заняття №21 Тема: «Аномалії скоротливої діяльності матки.
Пологовий травматизм. Оперативне акушерство»

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

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №21. Аномалії скоротливої діяльності матки. Пологовий травматизм. Оперативне акушерство

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., асистент кафедри акушерства та гінекології



Еліна ПАНЧУК

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



Наталя БИКОВА

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

Практичне заняття №21

Тема: «Аномалії пологової діяльності матки. Пологовий травматизм. Оперативне акушерство»

Мета: виховна (навчити здобувача вищої освіти відповідальності і послідовності в роботі, чуйності і толерантного відношення до вагітної жінки); наукова (навчити здобувача вищої освіти логічного клінічного мислення та новим для нього методам діагностики); творча (надати можливість здобувачу вищої освіти самостійно вирішити нетипову задачу, з самостійним вибором шляху вирішення); відповідальна (розвинути у здобувача вищої освіти почуття відповідальності за правильність професійних дій).

Основні поняття: Класифікація, фактори ризику, патогенез різних видів аномалій пологової діяльності. Сучасні методи діагностики і лікування порушень пологової діяльності. Профілактика порушень пологової діяльності. Перинатальні наслідки. Дистрес плода у пологах: діагностика, тактика ведення.

Травматичні ушкодження вульви, піхви, промежини. Розрив шийки матки. Розрив матки: класифікація, механізм виникнення. Клінічна картина розриву матки: загрозливого, того, що почався і вже відбувся. Особливості розриву матки за рубцем. Діагностика, лікування і профілактика. Виворіт матки. Розходження і розриви зчленувань таза. Післяпологові нориці. Етіологія, лікування, профілактика.

Загальні поняття про оперативні втручання в акушерстві: операції переривання вагітності в ранні та пізні терміни. Операції для підготовки пологових шляхів (періно - та епізіотомія, амніотомія). Акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, кесарів розтин: показання. Оперативні втручання в послідовому та післяпологовому періоді. Ручне відокремлення плаценти, виділення посліду: техніка проведення. Ручне та інструментальне обстеження матки після пологів. Показання до надпівової ампутації, екстирпації матки, перев'язки внутрішніх здухвинних артерій.

Обладнання: Професійні алгоритми, муляжі, пацієнти, відеоматеріали

Навчальний час: 4 години

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

Частота аномалій пологової діяльності в сучасному акушерстві складає до 10%. Аномалії пологової діяльності призводять до ряду ускладнень в пологах (передчасне відшарування плаценти, неправильні вставляння головки плода, інтранатальна гіпоксія плода, порушення відділення плаценти і виділення посліду, гіпотонічні кровотечі в післяпологовому періоді, пологовий травматизм матері і плода, гнійно-септичні ускладнення), що

обумовлює вплив цієї патології на показники перинатальної захворюваності і смертності. В майбутній практичній діяльності лікарі неодноразово матимуть нагоду давати рекомендації щодо усунення причин, які викликають аномалії пологової діяльності (екстрагенітальні захворювання, порушення статевого розвитку, різноманітні запальні захворювання і т.п.).

Частота оперативного розродження в теперішній час досягає 20-24 %. Домінує в структурі оперативних втручань операція кесарева розтину. Пологові травми займають одне із провідних місць серед причин материнської і дитячої захворюваності і смертності. Пологові травми супроводжуються акушерськими кровотечами, призводять до інвалідності, обумовлюють гнійно-септичні ускладнення для матері і плода, погіршують якість життя.

Частота кесаревого розтину в Україні постійно зростає, що збільшує ризик материнської та перинатальної захворюваності та смертності. В Україні спостерігається підвищення перинатальної смертності водночас із підвищенням частоти розродження шляхом кесарева розтину вище 14% та збільшення летальності серед жінок, яких було розроджено оперативним шляхом.

Показник материнської смертності, асоційованої із кесаревим розтином (близько 40 на 100,000 живонароджених) в 4 рази вище, ніж для всіх типів вагінальних пологів (10 на 100,000 живонароджених), та в 8 разів вище, ніж для нормальних вагінальних пологів (5 на 100 000).

Кесарів розтин збільшує ризик серйозних ускладнень при наступній вагітності. Збільшення частоти абдомінального розродження створює проблему ведення вагітності та пологів у жінок з рубцем на матці, що стає показанням до повторного оперативного розродження в 15-23 %, а частота інтраопераційних ускладнень під час повторного кесаревого розтину в 5 разів перевищує аналогічну при першому кесареві розтині. Все це потребує збільшення моральних та матеріальних витрат на їх подолання. Тому діяльність акушерської служби має бути спрямована на збільшення безпеки абдомінального розродження та зменшення частоти не обґрунтованого оперативного втручання.

За даними ВООЗ показник гістеректомії при післяпологових кровотечах в середньому становить 1 випадок на 1000 пологів.

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:

- Класифікація, фактори ризику, патогенез різних видів аномалій пологової діяльності.
- Сучасні методи діагностики і лікування порушень пологової діяльності. Профілактика порушень пологової діяльності.
- Перинатальні наслідки.
- Дистрес плода у пологах: діагностика, тактика ведення.
- Травматичні ушкодження вульви, піхви, промежини.
- Розрив шийки матки.
- Розрив матки: класифікація, механізм виникнення.
- Клінічна картина розриву матки: загрозливого, того, що почався і вже відбувся.
- Особливості розриву матки за рубцем. Діагностика, лікування і профілактика.
- Виворіт матки. Розходження і розриви зчленувань таза. Післяпологові нориці. Етіологія, лікування, профілактика.
- Загальні поняття про оперативні втручання в акушерстві: операції переривання вагітності в ранні та пізні терміни.
- Операції для підготовки пологових шляхів (періно - та епізіотомія, амніотомія).
- Акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, кесарів розтин: показання. Оперативні втручання в послідовому та післяпологовому періоді.
- Ручне відокремлення плаценти, виділення посліду: техніка проведення. Ручне та інструментальне обстеження матки після пологів.
- Показання до надпихової ампутації, екстирпації матки, перев'язки внутрішніх здухвинних артерій.

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

Питання:

1. Аномалії пологової діяльності. Класифікація. Фактори ризику.

2. Патогенез різних видів аномалій пологової діяльності.
3. Слабкість пологової діяльності. Клініка, діагностика та лікування первинної і вторинної слабкості пологової діяльності.
4. Дискоординована пологова діяльність. Клініка, діагностика та лікування.
5. Надмірна пологова діяльність. Клініка, діагностика та лікування.
6. Профілактика порушень пологової діяльності. Перинатальні наслідки.
7. Дистрес плода у пологах: діагностика, тактика ведення.
8. Загальні відомості про акушерські операції. Показання, умови, протипоказання. Підготовка. Обстеження. Інструментарій.
9. Операції переривання вагітності в ранні та пізні терміни.
10. Операції, що готують пологові шляхи (перинео- та епізіотомія, амніотомія).
11. Акушерські щипці. Вакуум-екстракція плода. Показання, умови, протипоказання.
12. Оперативні втручання у послідовому та післяпологовому періоді.
13. Ручне відокремлення плаценти, виділення посліду: техніка проведення.
14. Кесарський розтин у сучасному акушерстві. Показання та протипоказання до кесарського розтину. Варіанти кесарського розтину.
15. Хірургічні методи зупинки маткової кровотечі в акушерстві. Перев'язка маткових та яєчникових судин. Надпівхова ампутація матки. Екстирпація матки. Перев'язування внутрішніх здухвинних артерій: показання.
16. Травматичні пошкодження вульви, піхви і промежини.
17. Розриви шийки матки в пологах.
18. Розриви матки при вагітності і в пологах: класифікація, механізми виникнення.
19. Клінічна картина розриву матки: загрозливого, того, що почався і вже відбувся.
20. Особливості розривів матки по рубцю: діагностика, лікування, профілактика.
21. Виворіт матки. Причини виникнення. Тактика лікаря.
22. Розходження і розриви зчленувань таза в пологах.
23. Післяпологові нориці: етіологія, лікування, профілактика.

Типові задачі

1. Жінка 22 років поступила до пологового будинку з болісними переймами через кожні 2 хвилини по 25-30 секунд. Відкриття шийки матки 2 см. Через 2 години після проведення інфузії з гексопреналіном роділля знову скаржиться на болісні перейми. Відкриття шийки матки колишнє.

Встановіть варіант аномалії пологової діяльності.

Відповідь: Дискоординована пологова діяльність.

2. У жінки перші пологи тривають 9 годин. Голівка плоду притиснута до входу в малий таз. Перейми слабкі, 2 перейми за 10 хвилин по 20-25 секунд. Серцебиття плоду ритмічне, 136 уд/хв. При вагінальному дослідженні шийка матки згладжена, відкриття шийки матки 5-6 см. Плідний міхур цілий. При проведенні вагінального дослідження через 4 години отримані ті ж дані.

Встановіть варіант аномалії пологової діяльності.

Відповідь: Первинна слабкість пологової діяльності.

3. У породіллі в ранньому післяпологовому періоді з'явилися кров'яні виділення із статевих шляхів. При пальпації через передню черевну стінку матка щільна. При огляді пологових шляхів виявлений розрив шийки матки, що кровоточить, довжиною до 2 см. Вкажіть основну причину кровотечі.

Відповідь: Розрив шийки матки I ступеня.

4. Повторнонароджуюча 25 років поступила з вилиттям навколоплідних вод при терміні гестації 38 тижнів. Пологової діяльності немає. АТ 125/75 мм рт. ст. Положення плоду повздовжнє, тазовий кінець плоду над входом в малий таз. Серцебиття плоду ритмічне, 148 уд/хв. Шийка матки довжиною 1,0 см, м'яка, канал прохідний для 2 см, плодового міхура не має, ніжки плоду над входом в малий таз. Мис не досяжний. Яка тактика лікаря?

Відповідь: Кесарів розтин.

Тестові завдання

1. Вкажіть ознаки, характерні для патологічного прелімінарного періоду.

А. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки.

В. Тетанічні скорочення матки.

С. Нерегулярні, слабкі переймоподібні болі внизу живота та у попереку, які виникають на фоні нормального тонусу матки при зрілій шийці матки

Д. Хаотичні перейми

Е. Перейми супроводжуються болем, який розповсюджується від нижнього сегменту матки до її дна.

2. Вкажіть ознаки, характерні для дискоординованої пологової діяльності.

А. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки.

В. Тетанічні скорочення матки.

С. Нерегулярні, слабкі переймоподібні болі внизу живота та у

попереку, які виникають на фоні нормального тону мати при зрілій шийці матки

Д. Хаотичні перейми

Е. Перейми супроводжуються болем, який розповсюджується від нижнього сегменту матки до її дна

3. Вкажіть ознаки, характерні для надмірно сильної пологової діяльності.

А. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки.

В. Тетанічні скорочення матки.

С. Сильні перейми відбуваються через короткий проміжок часу, частота скорочень матки більша 5 протягом 10 хвилин, що сприяє швидкому розкриттю маткового вічка

Д. Хаотичні перейми

Е. Перейми супроводжуються болем, який розповсюджується від нижнього сегменту матки до її дна

Вірні відповіді:

1 – А; 2 – Е; 3 – С.

1. Які ознаки загрози розриву матки?

А. Тонус матки підвищений, але перейми непродуктивні, оскільки відсутня динаміка розкриття шийки матки.

В. Тетанічні скорочення матки.

С. Регулярні, болісні перейми, які виникають при зрілій шийці матки

Д. Контракційне кільце розташовується у косому напрямку на рівні пупка та вище;

Е. Перейми по 25 сек, через 4-6 хв. супроводжуються болем, який розповсюджується від нижнього сегменту матки догори.

2. Які показання для операції накладання акушерських щипців з боку матері?

А. Слабкість пологової діяльності в другому періоді родів, яка не піддається медикаментозному лікуванню.

В. Інтранатальний дистрес плоду

С. Переношена вагітність

Д. Дискоординована пологова діяльність.

Е. Дистопія нирок.

Вірні відповіді:

1 – Д; 2 – А.

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

Оволодіти та удосконалити навички:

оцінки характеру пологової діяльності;

- визначення на партограми аномалій скоротливої діяльності матки;
- правильного формулювання акушерського діагнозу при аномаліях пологової діяльності;
- визначення акушерської тактики при різних видах аномалій скоротливої діяльності матки;
- оцінки стану плоду при аномаліях скоротливої діяльності матки;
- фармакологічної корекції при аномаліях пологової діяльності;
- прогнозування ризику пологового травматизму;
- розпізнавання клінічних ознак розриву матки;
- алгоритм невідкладної допомоги при пологових травмах.

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.

Нетипова задача

1. Первістка 26 років надійшла в пологове відділення зі скаргами на перейми, що розпочались 6 годин тому. Перейми слабкої сили, тривалістю 20-25 секунд, 2 за 10 хвилин.

Об'єктивно: стан задовільний, температура 36,7⁰С, АТ115/75 мм рт.ст., пульс 80 ударів в 1 хвилину. Обвід живота – 100 см, висота дна матки – 37 см. Розміри тазу: 26-28-30-20 см. Серцебиття плоду ритмічне, 156 ударів в 1 хвилину.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, відкриття шийки матки 2 см. Плідний міхур відсутній, підтікають світлі навколоплідні води. Передлежить голівка, що притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов у правому косому розмірі, мале тім'ячко зліва, ближче до лона. Мис недосяжний.

Через 4 години проведене друге внутрішнє акушерське дослідження - відкриття шийки матки становить 3 см.

Питання:

1. Встановіть діагноз.
2. Вкажіть ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Вкажіть причини ускладнення, що виникло.
4. Складіть план ведення пологів.

2. У першовагітної 27 років пологова діяльність триває 10 годин. Протягом останньої години перейми послабшали – по 20-25секунд через 4-5 хвилин.

Об'єктивно: живіт збільшений вагітною маткою, обвід живота – 98 см, висота дна матки – 36 см. Серцебиття плоду ритмічне, 126 ударів в 1 хвилину.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву 8 см, плідний міхур відсутній. Передлежить голівка малим сегментом у вході в малий таз, стрілоподібний шов в правому косому розмірі, мале тім'ячко ліворуч у симфіза. Мис недосяжний. Підтікають світлі навколоплідні води.

Питання:

1. Встановіть діагноз.
2. Яким чином визначається характер пологової діяльності.
3. Вкажіть методи оцінки пологової діяльності
4. Складіть план ведення пологів.

Задача 1.

Повторновагітна 25 років поступила до пологового будинку зі скаргами на періодичний головний біль, підвищення артеріального тиску. Термін гестації 36 тижнів. Пологової діяльності немає. АТ 170/115 мм рт. ст., набряки нижніх кінцівок, передньої черевної стінки. Білок сечі – 6,2 г/л. Серцебиття плоду 125-130 уд/хв., вислуховується зліва нижче за пупа. Ворущіння плоду відчуває добре. При внутрішньому акушерському дослідженні: шийка матки довжиною 3,0 см, відхилена дозад, зовнішнє вічко закрито. Передлежить голівка, яка притиснута до входу в малий таз. Екзостозів в порожнині малого тазу немає. Мис недосяжний.

Завдання.

1. Діагноз.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?
3. Протягом якого часу необхідно провести пологорозродження жінки?
4. Який метод полого розродження є найбільш доцільним в даному клінічному випадку?
5. Вкажіть можливі ускладнення кесарева розтину для матери.

Відповіді.

1. Вагітність II, 38 тижнів. Подовжнє положення, головне передлежання, I позиція, передній вид. Прееклампсія тяжкого ступеня.

2. Охоронний режим (суворий ліжковий), виключення фізичного, психічного напруження, антигіпертензивна терапія, інфузійна терапія (30-35 мл/кг). Активне розродження - амніотомія з наступним призначенням пологозбудження окситоцином.

3. Активне розродження у найближчі 24 години.

4. Пологи через природні пологові шляхи.

5. Можливі ускладнення кесарева розтину для матери – гістеректомія, повторні хірургічні втручання, тромбоемболічні ускладнення, травма сечового міхура, травма сечоводу, розриви матки при подальшій вагітності, ризик антенатальної загибелі плоду при подальшій вагітності, передлежання і прирощення плаценти при подальшій вагітності.

Задача 2.

Повторновагітна 32 років знаходиться в пологах 8 годин. Термін вагітності 40 тижнів. Розміри тазу 25-28-30-20 см. ОЖ 100 см., ВСДМ 48 см. Перейми по 50-55 секунд через 1-1,5 хвилини, різко болісні. Матка між переймами не розслабляється, в гіпертонусі. Серцебиття плоду до 120 уд/хв. Ознака Вастена позитивна. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття маткового вічка повне, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов у лівому косому розмірі, мале тім'ячко зліва ближче до крижів. Плідний міхур відсутній. Підтікають меконіальні навколоплідні води.

Завдання.

1. Діагноз.

2. Яка тактика ведення пацієнтки?

3. Обґрунтуйте тактику ведення пацієнтки.

4. Вкажіть обов'язковий об'єм передопераційного обстеження пацієнтки.

5. Вкажіть існуючі категорії ургентності при виконанні кесаревого розтину.

Відповіді.

1. Вагітність II, 40 тижнів. Подовжнє положення, головне передлежання, I позиція, задній вид. Макросомія. Клінічно вузький таз. Загроза розриву матки. II період пологів.

2. Лапаротомія. Кесаревий розтин у нижньому матковому сегменті в ургентному порядку.

3. Показання для кесарева розтину – клінічно вузький таз, загроза розриву матки.

4. Група крові, резус-фактор, загальний аналіз крові, коагулограма, час згортання крові.

5. 1 категорія ургентності (існує значна загроза життю матері та/або плода) – операція має бути розпочата не пізніше, ніж через 15 хвилин від визначення показань;

2 категорія ургентності (стан матері та/або плоду порушені, але безпосередньої загрози життю матері/або плода немає) - операція має бути розпочата не пізніше, ніж через 30 хвилин від визначення показань;

3 категорія ургентності (стан матері та плоду не порушені, однак потребують абдомінального розродження) - операція має бути розпочата впродовж 75 хвилин.

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

Протоколи стандарти, нормативні матеріали:

- Наказ МОЗ України № 676 від 31.12. 2004 «Аномалії пологової діяльності».

Характеристика першого і другого періодів пологів

Період пологів	Перші пологи	Повторні пологи
Перший період пологів		
Латентна фаза (від початку регулярних переймів до розкриття шийки матки до 3-4 см)		
Середня тривалість (год.)	6,4	4,8
Максимально допустима тривалість (год.)	8	8
Швидкість розкриття (см/год)	0,3	0,35
Частота переймів (за 10 хвилин)	Не менше двох	
Тривалість переймів (сек.)	20-25	
Активна фаза (розкриття шийки матки від 3-4 см до 10 см)		
Середня тривалість (год.)	4,6	2,4
Максимально допустима тривалість (год.)	11,7	5,2
Мінімально допустима швидкість розкриття (см/год.)	1,0	1,0
Частота переймів (за 10 хвилин)	3-5 перейм	
Тривалість переймів (сек.)	40-50	
Другий період пологів		
Максимально допустима тривалість (год.)		

Класифікація аномалій пологової діяльності МКХ-10

Удавані перейми	O47
Первинна слабкість пологової діяльності	O62.0
Вторинна слабкість пологової діяльності	O62.1
Інші види слабкості пологової діяльності	O62.2
Стрімкі пологи	O62.3
Гіпертонічні, некоординовані та зтяжні скорочення матки	O62.4
Інші види порушення пологової діяльності	O62.8
Порушення сили пологової діяльності, неуточнене	O62.9
Зтяжні пологи	O63
Зтяжний перший період пологів	O63.0
Зтяжний другий період пологів	O63.1

Затримка народження другого плода із двійні, трійні і т.д.	О63.2
Затяжні пологи, неуточнені	О63.9

Діагностика незадовільного прогресу пологів

Об'єктивні дані	Діагноз
Відсутні регулярні скорочення матки або нерегулярні різної тривалості та інтенсивності перейми. Шийка матки зріла (> 5 балів за шкалою Бішопа).	Удавані перейми
Після 8 годин регулярних перейм шийка матки розкрита менше ніж на 4 см.	Уповільнена латентна фаза пологів
Менше, ніж три перейми за 10 хвилин, тривалість кожної менше 40 секунд. Уповільнене розкриття шийки матки (менше 1 см/год.). Крива розкриття шийки матки на партограмі розташована справа від лінії тривоги.	Затягнута активна фаза пологів Неадекватна активність матки (слабкість пологової діяльності)
Вторинна зупинка розкриття шийки матки і опускання передлеглої частини за умови наявності активної пологової діяльності.	Диспропорція голівки плода і тазу
Активна пологова діяльність. Шийка матки повністю розкрита. Голівка в площині входу в малий таз, просування голівки відсутнє.	Клінічно вузький таз
Голівка плода в широкій або вузькій частині площини малого тазу. Тривалість періоду вигнання більше 2 годин (1 години у повторнонароджуючих).	Затягнутий період вигнання

Діагностика і лікування слабкості пологової діяльності при пологах у потиличному передлежанні плода відповідно фазам пологів

Характер пологової діяльності	Діагностичні критерії		Засоби лікування
	Перші пологи	Повторні пологи	
Латентна фаза			
1. Збільшення тривалості (уповільне на латентна фаза)	> 8 годин	> 8 годин	1. Амніотомія 2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину або простагландину E ₂ . 3.Оцінка ефективності через 6-8 годин з переглядом за показаннями подальшої тактики ведення пологів: - визначення динаміки розкриття шийки матки і просування голівки кожних 2 години зовнішніми методами; - внутрішнє акушерське дослідження через 4 години. 4.При відсутності переходу в активну фазу пологів після 8 годин родопосилення окситоцином -

			розродження операцією кесарева розтину.
--	--	--	---

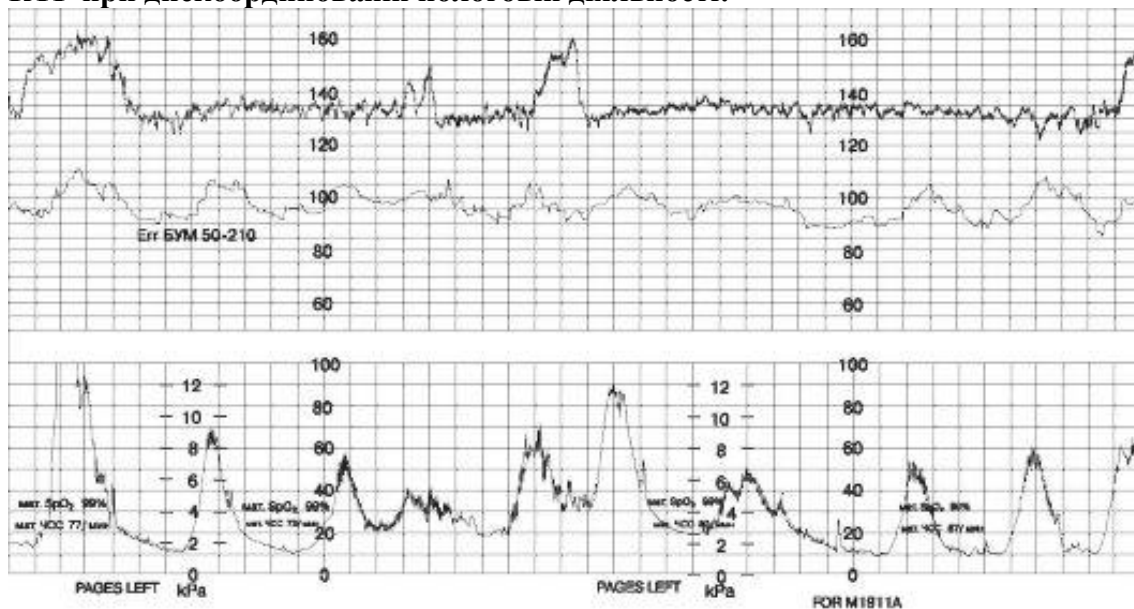
Характер пологової діяльності	Діагностичні критерії		Засоби лікування
	Перші пологи	Повторні пологи	
Активна фаза			
1 .Уповільнення розкриття шийки матки	<1 см/год	<1 см/год	1 . Амніотомія і спостереження протягом 2-х годин при активній поведінці роділлі
2. Уповільнення просування голівки плода відносно площини входу у малий таз	Відповідно до партограми	Відповідно до партограми	2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину або простагландину F _{2α} . Кесарів розтин за умови клінічної невідповідності розмірів голівки та тазу
Збільшення тривалості періоду вигнання	>2 год.	>1 год.	1 . Виключення клінічної невідповідності розмірів голівки і тазу. При клінічній невідповідності - розродження операцією кесарева розтину. 2. Родопосилення в/венним краплинним введенням окситоцину. 3. Залежно від місця розташування передлеглої голівки плода - вакуум-екстракція плода або накладання акушерських щипців.

Діагностика інтранатального дистресу плоду та тактика ведення

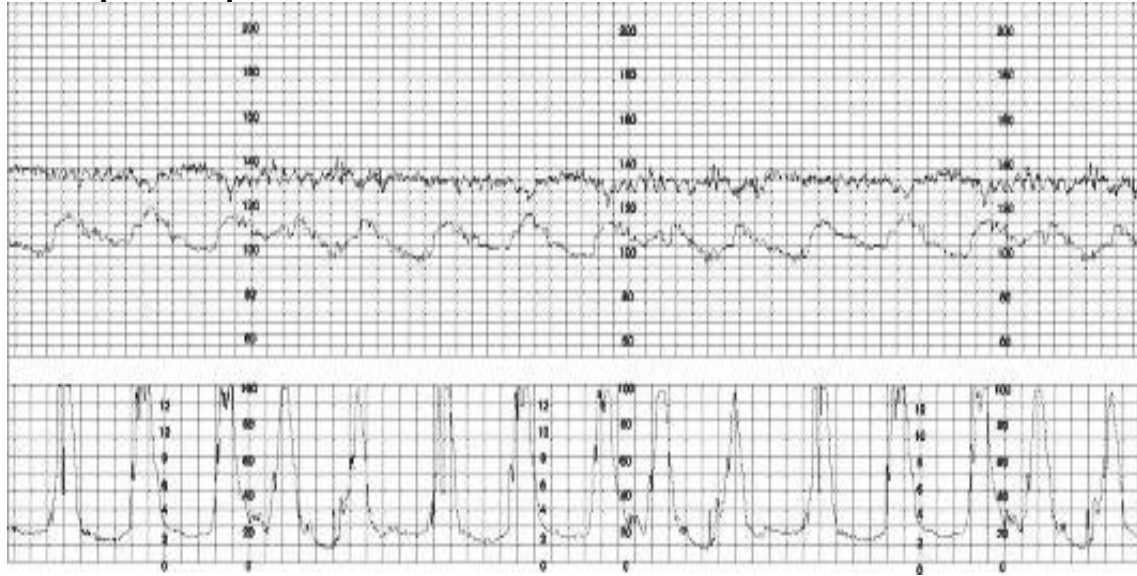
Показник	Градації		Оцінка стану плода	Рекомендація
І період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-180	припустима	моніторинг ЧСС
		> 180	дистрес	кесаревий розтин
	брадікардія	109-100	припустиа	моніторинг ЧСС
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	< 100	дистрес	кесаревий розтин
		хвилеподібна	10-25	задовільна
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
		монотонна	3-4	припустима
2 і менше	дистрес		Кесарів розтин	
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 30	припустима	моніторинг ЧСС
		> 30	дистрес	Кесарів розтин

	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 50	припустима	моніторинг ЧСС
		> 50	дистрес	Кесарів розтин
II період пологів				
Базальна частота серцевих скорочень, (уд./хв.)	нормокардія	110-170	задовільна	спостереження
	тахікардія	171-190	припустима	моніторинг ЧСС
		> 190	дистрес	екстракція плода
	брадікардія	109-90	припустима	моніторинг ЧСС
		< 90	дистрес	екстракція плода
Варіабельність, (уд./хв.)	хвилеподібна	10-25	задовільна	спостереження
	звужена	5-9	припустима	моніторинг ЧСС
	монотонна	3-4	припустима	моніторинг ЧСС
		2 і менше	дистрес	екстракція плода
Децелерації (амплітуда, уд./хв.)	ранні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода
	пізні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 45	припустима	моніторинг ЧСС
		> 45	дистрес	екстракція плода
	варіабельні	відсутні	задовільна	спостереження
		< 60	припустима	моніторинг ЧСС
		> 60	дистрес	екстракція плода

КТГ при дискоординованій пологовій діяльності:



КТГ при надмірно сильній пологовій діяльності:



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

Оволодіти та удосконалити навички:

- оцінки характеру пологової діяльності;
- визначення на партограми аномалій скоротливої діяльності матки;
- правильного формулювання акушерського діагнозу при аномаліях пологової діяльності;
- визначення акушерської тактики при різних видах аномалій скоротливої діяльності матки;
- оцінки стану плода при аномаліях скоротливої діяльності матки;
- фармакологічної корекції при аномаліях пологової діяльності;
- прогнозування ризику пологового травматизму;
- розпізнавання клінічних ознак розриву матки;
- алгоритм невідкладної допомоги при пологових травмах.

Вміти :

- оцінити характер пологової діяльності та визначити тип порушення;
 - визначити тактику ведення пологів в залежності від отриманих результатів;
 - оцінити результати дослідження стану плода (КТГ);
 - скласти тактику лікування при різних варіантах аномалій пологової діяльності.
- оцінити загальну крововтрату в пологах;
- оцінити загальний стан матері і плода;
 - вміти скласти алгоритм надання допомоги при розривах матки.

Відпрацювання практичних навичок, проведення основних прийомів акушерського обстеження

В умовах відділень пологового будинку, а також в учбовій кімнаті здобувачі вищої освіти відпрацьовують практичні навички щодо обстеження роділь.

Проводиться відпрацювання кожним здобувачем вищої освіти навичок, щодо оцінки партограми, результатів КТГ, складання плану ведення пологів.

Обговорюється необхідність вміти правильно формулювати акушерський діагноз при аномаліях пологової діяльності; оцінити результати дослідження стану плода і плаценти (КТГ) та визначити тактику ведення пологів в залежності від отриманих результатів; оцінити характер пологової діяльності; скласти схему медикаментозної корекції різних видів аномалій пологової діяльності.

В умовах відділень пологового будинку, а також в учбовій кімнаті здобувачі вищої освіти відпрацьовують практичні навички щодо обстеження вагітних жінок.

Проводиться відпрацювання кожним здобувачем вищої освіти навичок щодо прогнозування ризику пологового травматизму; розпізнавання клінічних ознак загрози розриву матки; розпізнавання клінічних ознак розриву матки;

Обговорюється необхідність вміти правильно оцінити загальну крововтрату в пологах; а також оцінити загальний стан матері і плода; скласти алгоритм дії лікаря при акушерських травмах.

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

Нетипова задача

1. Роділля 30 років надійшла до пологового будинку через 2 години від початку переймів. Термін гестації 40 тижнів. Дана вагітність III, попередні закінчились терміновими пологами.

Об'єктивно: перейми по 25-30 секунд, значної сили, 5 переймів за 10 хвилин, обвід живота - 110 см, висота дна матки - 33 см. Розміри тазу 26-29-31-20 см. Серцебиття плоду 116 ударів в 1 хвилину, ритмічне.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, відкриття маткового зіву 8 см. Плідний міхур відсутній, підтікають меконеальні навколоплідні води. Передлежить голівка в малім сегментом в площині входу в малий таз, стрілоподібний шов в лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа, ближче до лона. Мис недосяжний. Деформацій тазу немає.

Питання:

1. Встановіть діагноз.
2. Вкажіть можливі причини описаного порушення пологової діяльності.
3. Вкажіть можливі ускладнення.
4. Складіть план ведення пологів.

2. Першовагітна 25 років госпіталізована до пологового будинку зі скаргами на перейми, що розпочались 12 годин тому. Скаржиться на постійний біль у попереку.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, пульс 82 ударів за 1 хвилину, АТ 115/70 мм рт.ст. Обвід живота - 98 см, висота стояння дна матки - 33 см. Тонус матки під час перейм нерівномірний. Перейми по 25 секунд через 4-6 хвилин супроводжуються болем, якій розповсюджується від нижнього сегменту матки до її дна. Серцебиття плоду ритмічне, 132 ударів в 1 хвилину. Розміри тазу: 25-28-31-21 см.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки згладжена, розкриття маткового вічка 3 см. Плідний міхур цілий. Передлежить голівка, що притиснута до входу в малий таз, стрілоподібний шов в лівому косому розмірі, мале тім'ячко справа, ближче до лона. Мис недосяжний. Деформацій тазу немає.

Питання:

1. Встановіть діагноз.
2. Вкажіть можливі ускладнення пологів.
3. Складіть план ведення пологів.

3. В пологовий будинок надійшла першовагітна при терміні гестації 38-39 тижнів зі скаргами на біль внизу живота та попереку. Біль різної тривалості й інтенсивності турбує жінку 12 годин.

Тонус матки при пальпації підвищений. Серцебиття плоду ритмічне, 152 ударів в 1 хвилину.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки довжиною 3 см, відхилена до крижів, щільна, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця. Мис недосяжний. Виділення слизові, помірні.

Питання:

1. Встановіть діагноз
2. Вкажіть можливі причини даного ускладнення.
3. Складіть план ведення пацієнтки.

Задача 1.

Першовагітна знаходиться в II періоді пологів. Під час останнього УЗ дослідження діагностовано однократне обвиття пуповиною навкруги шиї, вільні петлі пуповини відсутні. Термін вагітності 38-39 тижнів. Потуги помірної сили, по 55-60 секунд, через 1-1,5 хвилин. Серцебиття плоду що вислуховувалось під час останніх трьох потуг 80-85 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття маткового вічка повне, голівка плоду на тазовому дні, стрілоподібний шов в прямому розмірі площини виходу з малого тазу, мале тім'ячко біля лона. Лікарем призначено внутрішньовенне введення 100 мг. кокарбоксилази.

Завдання.

1. Діагноз.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?
3. Вкажіть помилки лікаря під час надання акушерської допомоги.
4. Вкажіть чому виникло вказане ускладнення пологів.

Відповіді

1. Вагітність I, 38-39 тижнів. Подовжнє положення, головне передлежання, I позиція, передній вид. Пологи I, термінові, II період пологів. Дистрес плоду.
2. Негайне розродження шляхом операції накладання вихідних акушерських щипців або вакуум-екстракції плоду.
3. Використання медикаментів є помилкою лікаря під час надання акушерської допомоги тому, що їх використання не впливає на стан плоду
4. Інтранатальний дистрес плоду виник як результат патології пуповини – тугого її обвиття навкруги ший.

Задача 2.

Вагітна 30 років поступила в пологовий будинок при терміні гестації 38 тижнів зі скаргами на кров'яні виділення із статевих шляхів, запаморочення, болі в животі. Перша вагітність 6 років тому завершилася своєчасними пологами. Наступні три вагітності завершилися абортами в ранньому терміні. Дана вагітність п'ята, до 36 тижня перебігала без ускладнень. За 2 тижні до надходження в пологовий будинок з'явилися набряки нижніх кінцівок, АТ 150/105 мм рт. ст. але відчувала себе задовільно і в жіночу консультацію не зверталася.

Загальний стан важкий. Шкіра бліда, нижні кінцівки набряклі. У сечі – білок 5,0 г/л. Пульс 110 уд/хв., слабкого наповнення, АТ 90/50 мм рт. ст. Із статевих шляхів виділяється темна кров. При пальпації матка в гіпертонусі, різко болісна, асиметрична. Серцебиття плоду не вислуховується.

В умовах розгорнутої операційної виконано внутрішньо-акушерське дослідження: шийка матки довжиною 1,5 см, відкриття маткового вічка - 2 см. Плідний міхур цілий, напружений. Передлежить голівка, розташована над входом в малий таз. Мис не досяжний. Виділення кров'яні, помірні.

Завдання.

1. Діагноз.
2. Яка тактика ведення пацієнтки?
3. Обґрунтуйте тактику ведення пацієнтки.
4. Вкажіть першочергові дії персоналу пологового будинку.
5. Чому виникло вказане ускладнення вагітності.

Відповіді

1. Вагітність V, 38 тижнів. Повздовжнє положення, головне передлежання. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Геморагічний шок. Антенатальна загибель плоду.

2. Лапаротомія. Кесаревий розтин в нижньому матковому сегменті в ургентному порядку.

3. Показання для кесарева розтину – відшарування нормально розташованої плаценти, відсутність умов для розродження через природні пологові шляхи.

4. Першочергові заходи медичного персоналу пологового будинку:

- оцінка життєво важливих функцій (пульс, АТ, ЧД, психічний статус);
- підняти ноги або ножний кінець ліжка (положення Тренделенбурга)

для підвищення венозного повернення до серця;

- повернути пацієнтку на лівий бік для запобігання розвитку аорто-кавального синдрому, зменшення ризику аспірації при виникненні блювоти і забезпечення прохідності дихальних шляхів;

- катетеризація 1-2 периферичних вен;

- набрати 10 мл крові для визначення груповий і резус приналежності, перехресної сумісності, вмісту гемоглобіну і гематокриту, виконання тест Лі-Уайта до початку інфузії;

- інгаляція 100% кисню із швидкістю 6 - 8 л/мін. через носо-лицьову маску або носову канюлю.

5. Відшарування нормально розташованої плаценти виникло у зв'язку з наявністю довготривалої нелакованої прееклампсії, .

Задача 3.

Роділля М., 26 років доставлена в пологове відділення у важкому стані. З анамнезу: перша вагітність завершилась штучним абортom у терміні 10 тижнів без ускладнень. Друга вагітність три роки тому – своєчасними пологами, плодом масою 3200, розродження здійснене шляхом кесарева розтину у зв'язку з інтранатальним дистресом плода. Після пологовий період ускладнився ендометритом. Дана вагітність третя, ускладнилась в терміні 8-9 тижнів загрозою переривання. Термін вагітності 37 тижнів.

Об'єктивно: вагітна загальмована, скаржилась на біль внизу живота. Температура 36,8⁰С, АТ 90/50 та 80/50 мм рт.ст. Пульс 120 ударів в 1 хвилину. Рухів плоду не відчуває. Живіт напружений, болісний при пальпації, визначається тупий перкуторний звук у відлогих місцях. Контури матки нечіткі. Під передньою черевною стінкою визначаються дрібні частини плоду, серцебиття його не вислуховується.

Внутрішнє акушерське дослідження: піхва вільна. Шийка матки довжиною 3см розташована за віссю таза, зовнішнє вічко закрито. Пальпація уявного рубця на матці через переднє склепіння, екскурсії шийки матки болісні. Передлегла частина розташована високо над входом в таз, зміщена вліво.

Завдання:

1. Діагноз.
2. Клінічні ознаки, що підтверджують діагноз.
3. Причини, що обумовили описану патологію.

4. Тактика ведення пацієнтки.

Відповіді

1. Діагноз: Вагітність ІІІ, 37 тижнів. Рубець на матці. Гістопатичний розрив матки, що стався за межами лікувального закладу. Антенатальна загибель плоду. Кровотеча. Геморагічний шок ІІ ступеню.

2. Діагноз підтверджений:

- Операція кесарева розтину в анамнезі
- Нечіткі контури матки, болісність та напруженість живота при пальпації, тупий перкурторний звук у відлогих місцях живота, розташування дрібних частин плоду під черевною стінкою.
- Відсутність рухів та серцевих тонів плода
- Показники артеріального тиску, пульса, що свідчать про внутрішньочеревну кровотечу, шоківий індекс 1,45.

3. Гістопатичний розрив матки обумовлений морфологічними змінами тканин матки в ділянці рубця, що призвели до його неспроможності.

4. Тактика ведення пацієнтки:

а) негайна лапоротомія, перев'язка внутрішніх клубових артерій. При відсутності пошкодження судинних пучков – ушивання розриву після вилучення плоду та плаценти; в разі задіяності судинних пучков – екстирпація матки без додатків. Обов'язкове дренивання черевної порожнини.

б) лікування гемологічного шоку: відновлення ОЦК, забезпечення адекватного газообміну, лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності, корекція метаболічних порушень.

Задача 4.

Породілля К. 34 років на шосту добу після пологів у зв'язку з виділенням сечі через піхву. Останні дві доби зафіксована субфебрильна температура.

З анамнезу: перша вагітність закінчилась передчасними пологами живою дитиною масою 2200г. Другі пологи ускладнились передчасним розривом плодових оболонок, первиною слабкістю пологової діяльності, довготривалим стоянням голівки плоду в вузькій частині малого тазу. В зв'язку з цим були накладені акушерські щипці та вилучена жива дівчинка масою 3800г. Після пологів шийка матки та піхва оглянуті в дзеркалах – цілі. Рана після епізітомії ушита вікріловим швом. Після пологів мала місце затримка сечі, утруднене сечовипускання, утруднення при катетеризації сечового міхура у зв'язку з набряком зовнішніх статевих органів та передньої губи шийки матки.

Об'єктивно: загальний стан породіллі задовільний. Температура тіла 37,4 °С. АТ 120/80 мм рт.ст, пульс 86 ударів в 1 хвилину. Патологічних змін внутрішніх органів не діагностовано.

По передній стінці піхви в верхній третині визначений рубцовий тяж, який досягає склепіння та утворює щілину розміром 1-2 см. Зі щілини вип'ячується тканина яскраво-червоного кольору та виділяється сеча.

Завдання:

	Пологова діяльність діяльність
--	--------------------------------

1. Діагноз
2. Клінічні симптоми, що підтверджують діагноз
3. Додаткові методи дослідження, що допомагають уточнити діагноз
4. Причини ускладнення
5. Профілактика описаного ускладнення.

Відповіді

1. Післяпологовий період, шоста доба. Піхво-міхурна нориця.
2. Наявність піхво-міхурної нориці підтверджується мимовільним сечовипусканням та даними огляду: по передній стінці верхній третині піхви знайдений тяж, який утворює щілину 1×2 см. Зі щілини вип'ячується яскраво-червона тканина та виділяється сеча.
3. Уточити наявність піхво-міхурної нориці можна за допомогою цистоскопії та інстиляції у сечовий міхур кольорової рідини.
4. Причиною утворення мимовільних післяпологових нориць є тривале здавлювання м'яких тканин пологових шляхів та внутрішніх органів (сечового міхура, прямої кишки) між стінками таза та передлегою частиною. Це призводить до ішемії, некротизації та відторгненню тканин. Після відторгнення змертвілих тканин сеча (або кал) проникають в піхву, за звичай, на 4-6-й день після пологів.
5. Рациональне ведення пологів: своєчасна діагностика та лікування ускладнень пологів.

ОНМедУ, кафедра акушерства та гінекології. Практичне заняття №21. Аномалії скоротливої діяльності матки. Пологовий травматизм. Оперативне акушерство

	Фізіологічний прелімінальний період	Фізіологічні пологи, латентна фаза	Фізіологічні пологи, активна фаза	Патологічний прелімінальний період	Слабкість пологової діяльності	Надмірна пологова діяльність	Дискоординована пологова діяльність
нерегулярні, слабкі	+						
1-2 перейми за 10 хвилин тривалістю 20 секунд і більше		+					
3-5 переймів за 10 хвилин тривалістю 20 секунд і більше			+				
нерегулярні, різної інтенсивності та тривалості				+			
регулярні, але мають недостатню силу і тривалість, проміжок між переймами збільшується					+		
сильні перейми, більше 5 протягом 10 хвилин						+	
нерегулярні, сильні, різко болісні							+

Тест . Характеристика переймів при різних варіантах пологової діяльності
Вірна відповідь позначена «+»

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

Здобувач вищої освіти допускається до підсумкового контролю за умови виконання вимог навчальної програми та в разі, якщо за поточну навчальну діяльність він отримав не менше 3,00 балів і склав тестовий контроль за тестами «Крок-2» не менш ніж на 90% (50 завдань).

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., Марічереда 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. 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.).
5. 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. – Суми: Сумський державний університет, 2018. – 223 с.

Додаткова:

1. Діючі «Клінічні протоколи» затверджені наказом МОЗ України з акушерства і гінекології.
2. Планування сім'ї. Навчально-методичний посібник / Н.Г. Гойда, О.В. Грищенко, В.П. Квашенко, О.В. Кравченко та ін. / Київ, 2016. – 444 с.
3. Акушерські ризики при міомі матки: віковий аспект / Железов Д.М., Салех О.С // East European Science Journal 1(41)2019. - С. 50-52.
4. Лапароскопічна міомектомія у пацієнок з репродуктивними намірами (огляд літератури) / І.З.Гладчук, Г.В.Шитова, Н.А.Заржицька // Здоров'я жінки. -№2 (148) -2020. - с.75-85.
5. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2010.- 239 с.
6. 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.
7. Профілактика невиношування вагітності шляхом застосування фолатів у комплексній терапії / В.П. Міщенко, І.В. Руденко // Світ медицини та біології. - 2020. - №1(66).- С.70-73. (Web of Science Core Collection)
8. 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.
9. 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.
- 10.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.
- 11.Значущість цистатину С в доклінічній діагностиці прееклампсії у вагітних / Марічерда В.Г., Гладчук І.З., Берлінська Л.І. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019. – Т2.- С. 133-137.
- 12.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.
- 13.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.
- 14.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.
- 15.Рациональне 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.
- 16.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.
- 17.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 / Кокрейніська 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](http://www.ama-assn.org)
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