

ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №22. Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах

---

ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №22. Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах

---

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

Факультет медичний

Кафедра акушерства та гінекології

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
Проректор з науково-педагогічної роботи  
Едуард В. ВІСЬКІВСЬКИЙ  
17 серпня 2024 року



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

Факультет медичний, курс V

Навчальна дисципліна «Акушерство та гінекологія»

**Практичне заняття №22.** Тема: «Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах»

---

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

---

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

ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №22. Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах

---

ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №22. Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах

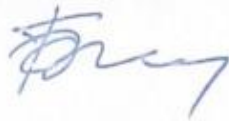
---

**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



Наталія БИКОВА

---

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

---

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

## **Практичне заняття №22**

**Тема: «Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах»**

**Мета:** 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:** Акушерські кровотечі. Передлежання плаценти: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, особливості перебігу, ведення вагітності та пологів. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти: етіологія, клініка, діагностика, особливості ведення вагітності і пологів. Матка Кювелера. Порушення процесів відшарування плаценти. Маткова кровотеча в послідовому і ранньому післяпологовому періоді. Гіпотонічна кровотеча. Коагулопатична кровотеча (емболія навколоплідними водами та інші причини). Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах.

**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).**

Зміни умов життя, вплив різних несприятливих факторів зовнішнього середовища, збільшення числа жінок з екстрагенітальною патологією призводять до порушення гармонічного розвитку вагітності. Частота акушерських кровотеч складає 5-10 % усіх випадків пологів, але саме вони представляють собою найчастішу причину материнської захворюваності, інвалідності та смертності (20 - 25%). Масивна акушерська кровотеча на протязі декілька минут може приводити до геморрагічного шоку, супроводжуватись порушенням системи гемостазу та може стати фатальною внаслідок спізнілого усунення дефіциту крові і її компонентів.

**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:

- Акушерські кровотечі.
- Передлежання плаценти: етіологія, патогенез, класифікація, клініка, діагностика, особливості перебігу, ведення вагітності та пологів.
- Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти: етіологія, клініка, діагностика, особливості ведення вагітності і пологів. Матка Кювелера.
- Порушення процесів відшарування плаценти.
- Маткова кровотеча в послідовому і ранньому післяпологовому періоді. Гіпотонічна кровотеча. Коагулопатична кровотеча (емболія навколоплідними водами та інші причини). Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах.

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

### **Питання:**

1. Передлежання плаценти. Етіологія, патогенез, класифікація, клініка і діагностика.
2. Особливості перебігу і ведення вагітності та пологів при передлежанні плаценти. Акушерська тактика.
3. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Етіологія, клініка, діагностика. Акушерська тактика.
4. Порушення процесів відшарування плаценти. Маткова кровотеча в послідовому періоді.
5. Маткова кровотеча в ранньому післяпологовому періоді. Гіпотонічна кровотеча. Алгоритм надання медичної допомоги.

6. Коагулопатична кровотеча (емболія навколоплідними водами та інші причини).
7. Оперативні втручання у послідовому та післяпологовому періоді.
8. Ручне відокремлення плаценти, виділення посліду.

### **Типові задачі**

**1.** Першовагітна в терміні гестації 32 тижні доставлена до пологового будинку машиною швидкої допомоги. Скаржить на раптову появу під час акта дефекації яскравих кров'яних, безболісних виділень з піхви. Матка при пальпації безболісна, у нормальному тонусі. Стан вагітної задовільний. Крововтрата 200 мл, кровотеча зупинилася. Серцебиття плода вислуховується. Вагінальне обстеження: шийка матки довжиною 3 см, зовнішнє вічко закрите. Через склепіння піхви визначається масивне, м'якої консистенції утворення, яке розташоване нижче голівки плоду. Пальці лікаря після обстеження злегка забруднені червоною кров'ю. Після вагінального дослідження знову почалася кровотеча у кількості 50 мл. Через 10 хвилин кровотеча самостійно зупинилася.

**1. Встановіть діагноз. 2. Якої повинна бути подальша тактика лікаря?**

#### **Відповідь:**

1. Вагітність I, 32 тижня. Передлежання плаценти.
2. Термінова госпіталізація. Строгий ліжковий режим. Дієта, багата вітамінами, білками. Седативні препарати. Препарати, що розслаблюють м'язи матки (токолітична терапія). Вагітну забороняється виписувати зі стаціонару.

**2.** Повторновагітна в терміні гестації 33 тижні надійшла у пологовий будинок 20 днів потому, коли під час нічного сну раптово почалася кровотеча. У відділенні патології вагітності кровотеча тричі повторювалася. Щораз вона була нетривалою, по 7-10 хвилин, але зі збільшенням крововтрати – 50-70-100 мл. 2 години тому, одночасно з початком регулярних перейм, з'явилася незначна кровотеча. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 136 уд./хв. Стан породіллі задовільний. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, відкриття цервікального каналу 4 см, перешийок цілком перекритий товстою губчатою тканиною із шорсткуватою поверхнею.

**1. Встановіть діагноз. 2. Якої повинна бути подальша тактика лікаря?**

#### **Відповідь:**

1. Вагітність IV, 36 тижнів. Пологи передчасні. I період пологів. Повне передлежання плаценти.
2. Кесарів розтин, при необхідності – гемотрансфузія.

**3.** Повторнонароджуюча у терміні гестації 39 - 40 тижнів доставлена в клініку зі скаргами на незначну кровотечу з піхви і сильні постійні болі в



животі, що з'явилися через 6 годин після початку регулярних перейм. Пологи II, термінові, вагітність III. В 20 і 32 тижні гестації лікувалася з приводу гіпертонічної хвороби I ст. Останні 2 тижня турбує головний біль і підвищена стомлюваність. Загальний стан породіллі задовільний. Серцебиття плода глухе, 170 уд./хв. Вагінальне дослідження: в піхві незначні кров'яністі виділення зі згустками крові. Розкриття шийки матки майже повне. Плодовий міхур цілий. Голівка плода великим сегментом на вході в малий таз. Показники крові і сечі без патологічних відхилень.

**1. Встановіть діагноз. 2. Якої повинна бути подальша тактика лікаря?**

**Відповідь:**

1. Вагітність III, 39-40 тижнів. Повздовжне положення, головне передлежання. Пологи II, термінові, I період пологів. Передчасне часткове відшарування нормально розташованої плаценти. Гострий інтранатальний дистрес плода. Гіпертонічна хвороба I ст..

2. Терміново виконати амніотомію з наступним накладенням акушерських щипців або вакуум-екстрактора.

Разом з розроджуючою акушерською операцією - відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку.

У III періоді пологів - ручне відділення плаценти та видалення посліду.

Ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоду.

**Тестові завдання:**

1. Роділля 32-х років у I періоді пологів з переймами середньої сили. Дана вагітність четверта, дві попередні закінчилися медичним абортom, третя - кесаревим розтином через передлежання плаценти. Раптом у роділлі з'явився сильний біль в животі, слабкість, артеріальний тиск знизився до 80/50 мм рт.ст. З піхви з'явилися помірні кров'яністі виділення. Серцебиття плода не прослуховується, дрібні частини визначаються ліворуч від середньої лінії живота. Родова діяльність припинилася. Який найбільш імовірний діагноз?

**А. Розрив матки, що здійснився**

В. Загроза розриву матки. Дистрес плода

С. Відшарування нормально розташованої плаценти

Д. Клінічно вузький таз

Е. Дискоординована пологова діяльність

2. Роділля 29 років доставлена до пологового будинку з вагітністю 39-40 тижнів, з приводу кровотечі з піхви та гострого болю у животі, які з'явилися годину тому. АТ - 180/100 мм рт.ст. Серцебиття плода не прослуховується. При піхвовому обстеженні: кров'яністі виділення зі згустками крові. Шийка згладжена, розкриття повне. Плідний міхур цілий, постійно напружений, передлежить голівка – великим сегментом до входу у малий таз; плацентарна тканина не визначається. Яке ускладнення виникло у пологах?

**А. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти**

- В. Повне передлежання плаценти
- С. Розрив шийки матки
- Д. Розрив варикозного вузла у піхві
- Е. Розрив тіла матки

3. Роділля доставлена в стаціонар із доношеною вагітністю та активною пологовою діяльністю. При госпіталізації стан задовільний, пульс - 84 уд/хв, АТ - 150/90 і 160/90 мм рт. ст. Раптово роділля поскаржилася на сильний біль у животі, з'явилася загальна слабкість, запаморочення, обличчя і губи побіліли. Пульс- 120 уд/хв, АТ - 80/40 і 90/45 мм рт. ст. Матка напружена, різко болюча у місці розташуванні плаценти. Серцебиття плода не вислуховується. При вагінальному дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 5 см. Плодовий міхур цілий, напружений. Передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. З піхви з'явилися незначні кров'янисті виділення. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти**
- В. Розрив матки
- С. Емболія навколоплідними водами
- Д. Передлежання плаценти
- Е. Міхурцевий занесок

4. Повторновагітна 25 років. У третьому періоді родів з'явилася кровотеча без ознак відділення плаценти. При ручному відділенні плаценти встановлено наявність плаценти, що вросла в міометрій. Тактика лікаря.

- А. Лапаротомія, екстирпація матки**
- В. Інструментальне виділення посліду
- С. Вживання утеротонічних препаратів
- Д. Переливання крові
- Е. Профілактика післяпологового запалення матки

5. Повторновагітна. Кров'янисті виділення почались відразу після появи перейм. Серцебиття плода 100-110 уд у хв., глухе. Вагінальне дослідження: шийка матки скорочена, відкрита до 4 см. На усьому протязі визначається плацентарна тканина. Діагноз?

- А. Центральне передлежання плаценти**
- В. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
- С. Загрожуючий розрив матки
- Д. Бокове передлежання плаценти
- Е. Крайове передлежання плаценти

**Відповіді:** 1-А, 2-А, 3-А, 4-А, 5-А

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

#### **Оволодіти та удосконалити навички:**

- огляду, зовнішнього акушерського дослідження;
- аускультативі серцебиття плода;
- внутрішнього акушерського дослідження (на фантомі);
- аналіз результатів клініко-лабораторних досліджень у вагітної при акушерських кровотечах;
- клінічно діагностувати передлежання плаценти і передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- визначення ступеня передлежання плаценти в умовах, наближених до клінічних;
- скласти й обґрунтувати індивідуальний план розродження при передлежанні плаценти, при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти;
- диференціювати причини кровотеч під час вагітності;
- діагностувати патологічну кровотечу, визначати обсяг крововтрати;
- скласти план відновлення ОЦК;
- діагностувати стадії геморагічного шоку, ДВЗ – синдрому;
- надати невідкладну лікарську допомогу вагітній з патологічною крововтратою.

#### **3.1. зміст завдань (задачі, клінічні ситуації тощо);**

##### **Інтерактивне завдання**

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

##### **Нетипові задачі**

##### **Нетипова задача:**

1. У породіллі через 4 години після початку термінових пологів з'явилися скарги на загальну слабкість, запаморочення, біль у животі й незначні кров'янисті виділення з піхви. Вагітність V, 40 тижнів, пологи III. 2 тижні назад з'явилися набряки, АТ – 135/85, 140/90 мм. рт.ст. Білок у сечі – 0,33 г/л. При надходженні в стаціонар бліда, пульс 96 уд/хв., АТ – 100/70 мм. рт. ст.



ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №22. Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах

---

Матка напружена, при пальпації болісна у ділянці дна. Серцебиття плода не прослуховується. Набряки ніг. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, відкриття майже повне. Плодовий міхур цілий, напружений поза переєм. Голівка плода малим сегментом на вході в малий таз. Виділення кров'янисті, темні з дрібними згустками крові.

**1. Встановіть діагноз.**

**2. Якої повинна бути подальша тактика лікаря?**

**Відповідь:**

1. Вагітність V, 40 тижнів. Пологи III, термінові, I період пологів. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Інтранатальна загибель плода. Пreeклампсія легкого ступеня.

2. Амніотомія. Перфорація голівки плода. Краніоклазія (до розродження приступити терміново!). Гемотрансфузія і інфузійна терапія. При виявленні матки Кувелера - екстирпація матки без придатків.

**Нетипова задача:**

**2.** Повторновагітна 34 років, у терміні вагітності 37 - 38 тижнів, надійшла до пологового будинка зі скаргами на нудоту, блювання, біль в епігастральній ділянці та правому підребер'ї. З'явилися локальний біль у ділянці передньої стінки матки, кров'янисті виділення зі статевих шляхів, жовтяниця шкірних покривів та видимих слизових оболонок. Рухи плода перестала відчувати. Із анамнезу: дана вагітність четверта, 2 медичних абортів у ранні терміни, 1 пологи. При теперішній вагітності знаходиться на обліку ЖК з 12 тижнів вагітності. I триместр – без ускладнень, в 31 – 32 тижні проходила лікування в умовах стаціонару денного перебування з приводу легкої пreeклампсії.

При пальпації печінка на 5 см нижче реберної дуги, різко болісна. Пульс – 80 уд. за 1 хв, АТ 90/60 мм.рт.ст, температура тіла – 36,8°C. Матка в гіпертонусі. Серцебиття плода під час аускультативної та на кардіомоніторі не визначається. Сеча бурого кольору близько 30,0 мл протягом 3 год. При внутрішньому акушерському обстеженні: піхва жінки, що народжувала, шийка матки вкорочена до 1,5 см, розм'якшена, за шкалою Бішопа 5 – 6 балів. Плодовий міхур цілий. Голівка плода притиснута до входу малого тазу. Виділення кров'янисті, помірні. Мис крижів не досяжний, екзостозів не виявлено. При виконанні амніотомії вилилося близько 50 мл меконіально-геморагічних навколоплідних вод.

Лабораторне дослідження: гемолізована плазма, тромбоцити -  $120 \times 10^9$  /л, лейкоцити  $29,9 \times 10^9$  /л, ШОЕ – 28 мм/год. Загальний білірубін – 280 мкмоль/л (прямий – 280 мкмоль/л). Різке збільшення амінотрансфераз (АсАТ – 269,4 МО/л, АлАТ – 198 МО/л).

**1. Діагноз?**

**2. Акушерська тактика?**

**Відповідь:**

1. Вагітність IV, 37 - 38 тижнів. Поздовжнє положення, головне передлежання. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Антенатальна загибель плода. HELLP – синдром.
2. Ургентний кесарський розтин у нижньому матковому сегменті з одночасним проведенням інтенсивної терапії HELLP – синдрому (еритроцитарна маса, свіжозаморожена плазма, кристалоїди, кріопреципітат, інгібітори протеаз, кортикостероїди, антибактеріальна терапія). При наявності матки Кувелера – екстирпація матки без додатків, при необхідності – перев'язування внутрішніх клубових артерій.

### **Нетипова задача**

**3.** Вагітна М., 34 років, доставлена в пологовий будинок з приводу кровотечі з піхви, яка почалася раптово, безболісно. Термін вагітності 38 тижнів. В анамнезі штучний аборт, який ускладнився ендометритом. Загальний стан задовільний, пульс 89 уд/хв, ритмічний, АТ 110/70 мм.рт.ст, 115/70 мм.рт.ст. Матка в нормальному тонусі, безболісна, положення плоду косе, серцебиття плоду ясне, ритмічне 150 уд/хв. З піхви - кровотеча зі згортками крові. Крововтрата 500 мл. Внутрішнє акушерське дослідження (при розгорнутій операційній): шийка матки вкорочена до 1,5 см, центрована, цервікальний канал розкритий до 2-х см, на всій площі внутрішнього вічка визначається м'яка, губчаста тканина. Під час дослідження кровотеча посилилась. Аналіз крові: Нв - 105 г/л, лейкоцити -  $7,3 \times 10^9$  /л, ШОЕ - 10 мм/год. Аналіз сечі: білок - 0,033 г/л, лейкоцити - 1-2 в полі зору. УЗД - в нижньому сегменті матки розташована плацента.

**1. Діагноз?**

**2. Тактика ведення?**

**3. Яка класифікація аномального розташування плаценти?**

**4. Хто належить до групи ризику описаного ускладнення?**

**5. Від яких факторів залежить тактика лікаря при цій патології?**

**Відповідь:**

1. Вагітність III, 38 тижнів. Косе положення плоду. Повне передлежання плаценти. Кровотеча. Гостра анемія легкого ступеня.
2. Термінове розродження шляхом операції кесарева розтину. Відновлення ОЦК. Профілактика ДВЗ-синдрому.
3. Повне передлежання, неповне передлежання (бічне, крайове), низьке прикріплення плаценти.
4. До групи ризику виникнення передлежання плаценти належать жінки, які перенесли: ендометрити з наступними рубцевими дистрофічними змінами ендометрія; аборти, особливо ускладнені запальними процесами; доброякісні пухлини матки, особливо субмукозні

міоматозні вузли; дію на ендометрій хімічних препаратів; жінки з гіпопластичною маткою.

5. При передлежанні плаценти тактика лікаря залежить від: обсягу крововтрати та інтенсивності кровотечі, стану жінки, виду передлежання плаценти, терміну вагітності.

### **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 від 24.03.14 № 205 Клінічний протокол «Акушерські кровотечі».

Наказ МОЗ України від 15.06.2007 № 329 Клінічний протокол. Профілактика тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві та гінекології.

Відеоматеріал – учбові фільми «Фізіологія вагітності», «Фізіологічні пологи», «Балонна тампонада»

#### **Відпрацювання практичних навичок, проведення основних прийомів акушерського обстеження**

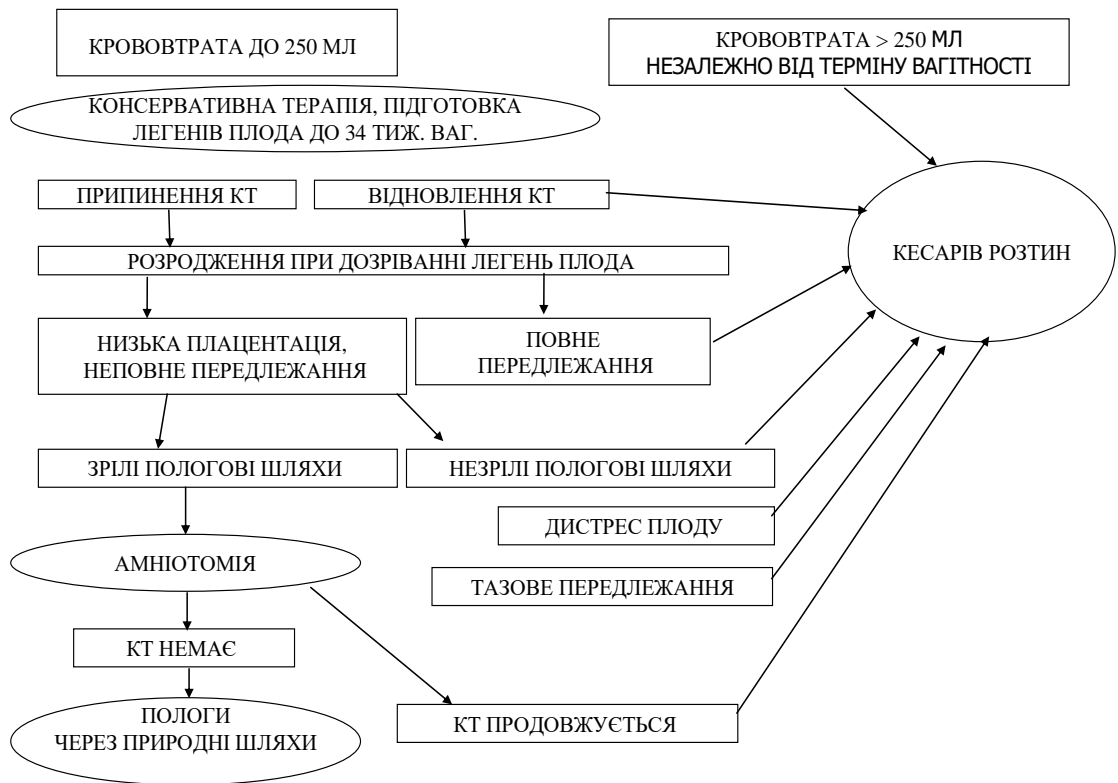
В умовах жіночої консультації, відділень пологового будинку, а також в учбовій кімнаті здобувачі вищої освіти відпрацьовують практичні навички щодо обстеження вагітних жінок, роділь та породіль.

Проводиться відпрацювання кожним здобувачем вищої освіти навичок щодо визначення положення плода в матці (повздовжнє, поперечне), визначення передлеглої частини плоду (потиличне, тазове передлежання), вислуховування серцебиття плоду, виконання операції ручного обстеження матки, операції ручного відділення плаценти і видалення посліду (на фантомі), надавання допомоги при гіпо- (атонічній) післяпологовій кровотечі (на фантомі).

Обговорюється необхідність вміти проводити кардіотокографію, оцінювати результати клініко-лабораторних досліджень та обсяг крововтрати при акушерських кровотечах.

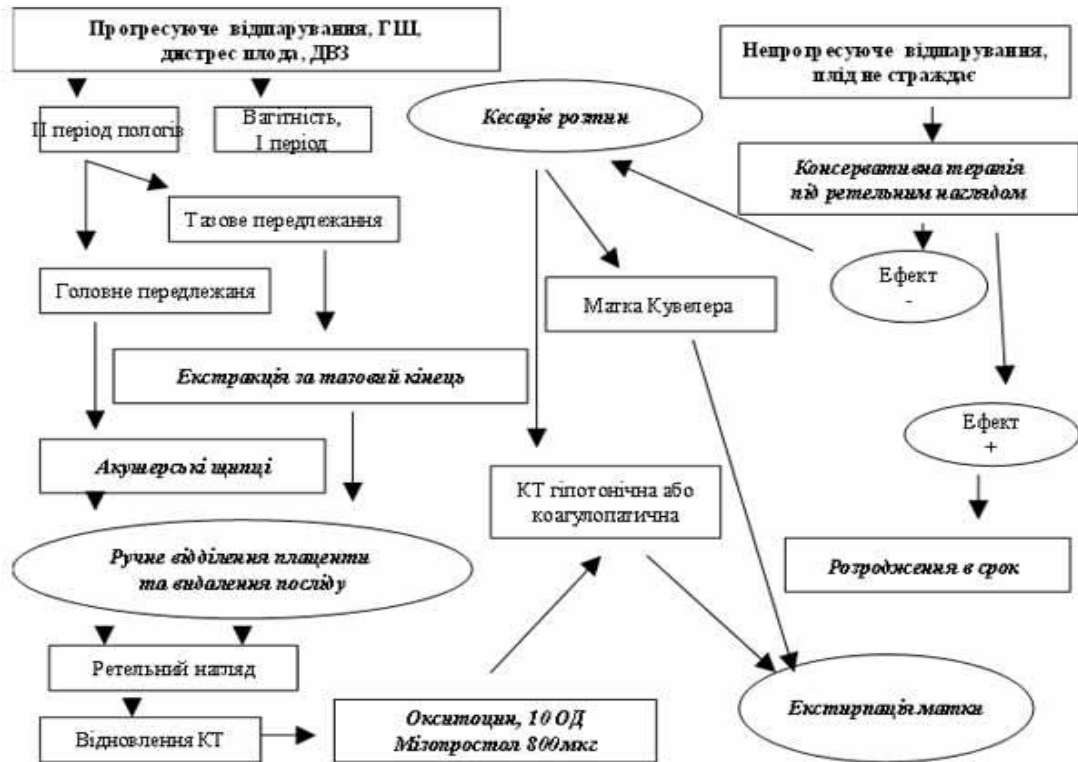
Проводиться опанування оцінювання результатів КТГ, БПП, фетометрії, клініко-лабораторних досліджень при акушерських кровотечах, методів визначення величини крововтрати, алгоритмів дій лікаря при акушерських кровотечах.

### **АЛГОРИТМ ДІЙ ЛІКАРЯ ПРИ ПЕРЕДЛЕЖАННІ ПЛАЦЕНТИ**



## АЛГОРИТМ ДІЇ ЛІКАРЯ ПРИ ПЕРЕДЧАСНОМУ ВІДШАРУВАННІ НОРМАЛЬНО РОЗТАШОВАНОЇ ПЛАЦЕНТИ

ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №22. Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах



Кроковий підхід у лікуванні післяпологових кровотеч

**Крок 1**  
Первинна оцінка та терапія

<b>Реанімація</b> - катетеризація вени - киснева маска - моніторинг АТ, П, ЧД, діурезу - сечовий катетер - насичення крові киснем (Sat O <sub>2</sub> )	<b>Оцінка причини</b> - обстеження матки (тонус) - обстеження пологових шляхів (травма) - перегляд анамнезу (тромбін) - обстеження кров'яних згустків	<b>Лабораторні тести</b> - група крові та резус-фактор - коагулограма - загальний аналіз крові
--	---	---

**Крок 2**  
Цілеспрямована терапія

<b>«Тонус»</b> - зовнішній масаж - скорочуючі препарати	<b>«Тканина»</b> - ручне обстеження порожнини матки - кюретаж	<b>«Травма»</b> діагностика та відновлення травматичних ушкоджень	<b>«Тромбін»</b> - відновлення ОЦК - антикоагуляція - відновлення факторів згортання крові
---	---	--	---

**Крок 3**  
Масивна післяпологова (або некерована) кровотеча

<b>Надання допомоги:</b> відділення інтенсивної терапії та реанімації	<b>Місцеві заходи:</b> - ручна компресія - підготовка до оперативного лікування	<b>АТ та згортання крові:</b> відновлення ОЦК
--	---	--

**Крок 4**  
Хірургічне лікування

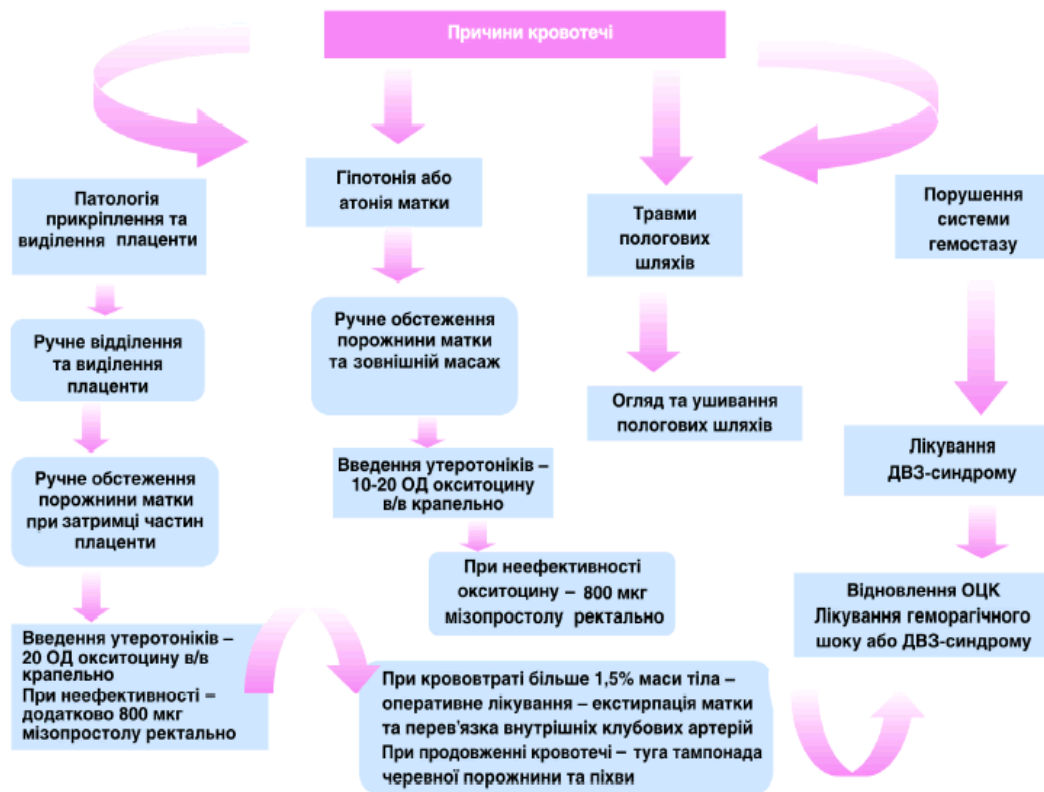
Екстирпація матки

**Крок 5**  
Кровотеча після екстирпації матки

Відновлення травматичних ушкоджень	Тампонада черевної порожнини	Перев'язка внутрішніх клубових артерій
------------------------------------	------------------------------	--



Алгоритм надання допомоги при післяпологових кровотечах



## Додаток № 1

### Методи визначення величини крововтрати

#### 1. Метод Лібова

Об'єм крововтрати визначається після зважування серветок, які просочені кров'ю

$$\text{Об'єм крововтрати} = B / 2 \times 15 \% \text{ (при крововтраті менше 1000 мл)} \\ \text{або} \times 30 \% \text{ (при крововтраті більше 1000 мл)}$$

де B - вага серветок, 15 % і 30 % - величина помилки на навколоплодові води, дезрозчини.

#### 2. Формула Нельсона

Процентне співвідношення загального об'єму крововтрати розраховується наступним чином:

$$\frac{0,036 \times \text{вихідний об'єм крові}}{\text{маса тіла}} \times \text{гематокрит}$$

$$\text{Вихідний об'єм крові (мл/кг)} = \frac{24}{0,86 \times \text{вихідний гематокрит}} \times 100$$

### 3. Визначення крововтрати за щільністю крові і гематокриту

Щільність крові, кг/мл	Гематокрит	Об'єм крововтрати, мл
1057- 1054	44-40	До 500
1053- 1050	38-32	1000
1049- 1044	30-22	1500
Менше 1044	Менше 22	Більше 1500

### 4. Шоковий індекс Альговера

$$\text{Шоковий індекс} = \frac{\text{ЧСС}}{\text{АТс}}$$

Де ЧСС - частота серцевих скорочень АТс - систолічний артеріальний тиск  
У нормі індекс Альговера = 1.

За величиною індексу можна зробити висновки про величину крововтрати

Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (у % від ОЦК)
0,8 та менше	10%
0,9 - 1,2	20%
1,3-1,4	30%
1,5 та більше	40%

**Примітка:** індекс Альговера не інформативний у хворих з гіпертонічною хворобою

### 5. Гематокритний метод Мооге

$KB = OЦК (н) \times (ГТ (н) - ГТ (ф)) / ГТ (н)$   
KB - крововтрата ОЦК (н) - нормальний ОЦК  
ГТ (н) - гематокрит у нормі (у жінок - 42)  
ГТ (ф) - гематокрит фактичний, визначений після зупинки кровотечі та стабілізації гемодинаміки

Для орієнтовного визначення об'єму крововтрати у вагітних можливе використання модифікованої формули Мооге:

$$KB = M \cdot 75 \cdot \frac{0,42 - Hтф}{0,42}$$

Де: КВ - крововтрата (мл); М - маса тіла вагітної (кг); Нтф - фактичний гематокрит хворої (л/л)

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

#### **Засвоїти:**

- топографічну анатомію і будову жіночих статевих органів;
- кровопостачання і інервацію жіночих статевих органів;
- особливості васкуляризації вагітної матки;
- фізіологічні механізми адаптації жіночого організму в різні терміни вагітності;
- структуру згортаючої та антизгортаючої систем,
- вплив вагітності на систему згортання крові;
- визначення групи крові і резус-фактора;
- методику переливання крові і кровозамінників;
- клінічні симптоми зовнішньої і внутрішньої кровотечі,
- вплив крововтрати на організм матері і плоду;
- клінічну картину стадій геморагічного шоку і ДВЗ-синдрому;
- способи і методи визначення обсягу крововтрати;
- методи зупинки зовнішньої і внутрішньої кровотечі;
- обсяг оперативного втручання при масивних кровотечах

#### **Оволодіти та удосконалити навички:**

- огляду, зовнішнього акушерського дослідження;
- аускультативного серцебиття плода;
- внутрішнього акушерського дослідження (на фантомі);
- аналіз результатів клініко-лабораторних досліджень у вагітної при акушерських кровотечах;
- клінічно діагностувати передлежання плаценти і передчасне відшарування нормально розташованої плаценти;
- визначення ступеня передлежання плаценти в умовах, наближених до клінічних;
- скласти й обґрунтувати індивідуальний план розродження при передлежанні плаценти, при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти;
- диференціювати причини кровотеч під час вагітності;
- діагностувати патологічну кровотечу, визначити обсяг крововтрати;
- скласти план відновлення ОЦК;
- діагностувати стадії геморагічного шоку, ДВЗ – синдрому;
- надати невідкладну лікарську допомогу вагітній з патологічною крововтратою.

#### **Вміти:**

- збирати анамнез;

- складати план клініко-лабораторного обстеження вагітної при акушерських кровотечах;
- оцінювати результати клініко-лабораторних досліджень у вагітної при акушерських кровотечах;
- виконувати операцію ручного обстеження матки, операцію ручного відділення плаценти і видалення посліду (на фантомі);
- надавати допомогу при гіпо- (атонічній) післяпологовій кровотечі (на фантомі).

Форми підготовки до занять:

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

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

#### **Нетипова задача**

1. В пологовий будинок доставлена машиною швидкої допомоги першовагітна у терміні 36 тижнів зі скаргами на слабкість, запаморочення, болі в животі, кров'янисті виділення з піхви. Хворіє на гіпертонічну хворобу. Вагітність перебігала на тлі преєклампсії, з приводу чого лікувалась в стаціонарі. Загальний стан вагітної середнього ступеня тяжкості, шкірні покриви і видимі слизові бліді, пульс 100 уд/хв., ритмічний, слабкого наповнення і напруги. АТ 150/100 мм рт.ст., 160/100 мм рт.ст. Матка в підвищеному тонусі, болісність зліва біля дна. Положення плода повздовжнє, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 100 уд/хв., ритмічне, глухе.

Внутрішнє акушерське дослідження: шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрите, через переднє склепіння піхви визначається голівка плода над площиною входу в малий таз, виділення кров'янисті помірні, темного кольору. Аналіз сечі: протеїнурія 2,5 г/л, циліндрурія. Аналіз крові: Hb - 90 г/л; Ht - 42%, тромбоцити  $182 \times 10^9$ /л. УЗД - ретроплацентарна гематома  $3 \times 4$  см зліва в ділянці дна матки.

**1. Діагноз?**

**2. Тактика ведення?**

**3. Класифікація даної патології?**

**4. Хто належить до групи ризику по виникненню цього ускладнення вагітності?**

## **5. Що може бути безпосередньою причиною цього стану?**

### **Відповідь:**

1. Вагітність I, 38 тижнів. Повздовжнє положення, головне передлежання. Преєклампсія тяжкого ступеня. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Гострий антенатальний дистрес плода. Гостра анемія легкого ступеня. Гіпертонічна хвороба.
2. Термінове розродження шляхом операції кесарева розтину. При наявності ознак матки Кувелера - екстирпація матки без додатків. Комплексна терапія пізнього гестозу (лікувально-охоронний режим, гіпотензивна, магнезіальна та інфузійна терапія, профілактика ДВЗ - синдрому).
3. Повне відшарування, часткове відшарування (крайове, центральне).
4. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти може бути у вагітних у разі наступної патології: гестоз; захворювання нирок; ізоімунний конфлікт між матір'ю і плодом; перерозтягнення матки внаслідок багатоводдя, багатопліддя, великого плода; цукровий діабет, захворювання сполучної тканини; запальні процеси матки, плаценти; аномалії розвитку або пухлини матки.
5. Безпосередньою причиною передчасного відшарування нормально розташованої плаценти може бути: гіпертензія, фізична травма; психічна травма, раптове зменшення обсягу навколоплідних вод; абсолютно або відносно коротка пуповина; патологія скоротливої активності матки.

### **Нетипова задача**

2. У породіллі В., 25 років, відбулись термінові пологи живою доношеною дівчинкою масою тіла 3450 гр., довжиною 50 см, без асфіксії. В анамнезі 1 пологи і 2 штучних аборта. Перший період пологів ускладнився первинною слабкістю пологової діяльності. Післяпологовий період перебігав без ускладнень. Через 10 хвилин після народження посліду почалась маткова кровотеча. Дно матки на 6 см вище пупка, матка м'яка, атонічна. При зовнішньому масажі матка скорочується, потім знову розслабляється з поновленням кровотечі зі згортками крові. Крововтрата склала 800 мл.

Аналіз крові: Hb - 89 г/л; L -  $6,3 \times 10^9$ /л; ШОЕ 10 мм/год.

Аналіз сечі: білок - 0,033 г/л; L - 1-2 в полі зору.

1. **Діагноз.**

2. **Тактика ведення.**

3. **Які причини виникнення ранніх післяпологових кровотеч?**

4. **Які причини виникнення гіпотонії або атонії матки?**

5. **У чому полягає профілактика розвитку післяпологової кровотечі в пологах і в післяпологовому періоді?**



1. Ранній післяпологовий період. Первинна післяпологова кровотеча. Гіпотонія матки. Гостра анемія середнього ступеня.
2. Консервативний метод зупинки гіпотонічної кровотечі (катетеризація сечового міхура, зовнішній масаж матки, в/в введення утеротонічних засобів, ручне обстеження порожнини матки, бімануальна компресія матки). При відсутності ефекту - екстирпація матки без додатків, при необхідності - перев'язування внутрішніх клубових артерій. Відновлення ОЦК.
3. Причини виникнення ранніх післяпологових кровотеч: гіпотонія або атонія матки; затримка частин плаценти або оболонок; травми пологових шляхів; коагулопатична кровотеча; розриви матки; емболія навколоплідними водами.
4. Причини виникнення гіпотонії або атонії матки:
  - порушення функціональної здатності міометрія (пізній гестоз, ендокринопатії, соматичні захворювання, пухлини матки, рубець на матці, великий плід, багатоводдя, багатопліддя);
  - перезбудження з наступним виснаженням функції міометрія (тривалі або затяжні пологи, оперативне закінчення пологів, використання медикаментів, які знижують тонус міометрія);
  - порушення скорочувальної функції міометрія внаслідок зміни біохімічних процесів, кореляції нейрогуморальних факторів (естрогени, ацетилхолін, окситоцин, холінестерази, прогестерон, простагландини);
  - порушення процесів прикріплення, відділення та виділення плаценти і посліду;
  - ідіопатичні (не встановлені).
5. Профілактика розвитку післяпологової кровотечі в пологах: знеболення пологів, раціональне ведення пологів, активне ведення третього періоду пологів, використання утеротонічних препаратів в третьому періоді пологів, рутинний огляд та оцінка цілісності плаценти та оболонок, профілактика травматизму під час пологів.

Профілактика розвитку післяпологового кровотечі після пологів: обстеження і огляд пологових шляхів, уважне спостереження протягом 2–х годин після пологів, вагітним групи ризику в/в крапельне введення 20 ОД окситоцину протягом 2 годин після пологів.

### **Тестові завдання**

У роділлі 25 років після бурхливої пологової діяльності та потугах при високо стоячій голівці та позитивних ознаках Вастена, Цангемейстера раптово з'явився різкий біль внизу живота, пологова діяльність припинилась, з'явилися кров'янисті виділення з піхви, зникло серцебиття плода. Стан роділлі різко погіршився, АТ знизився до 70/40 мм.рт.ст., пульс 140 ударів в 1 хвилину, шкіра блідо-сіра. Причина шокового стану?

#### **А. Розрив матки**

#### **В. Загроза розриву матки**

- С. Передчасне відшарування плаценти
- Д. Синдром здавлення нижньої порожнистої вени
- Е. Передлежання плаценти

7. У повторновагітної, 25 років, з важкою формою інсулінозалежного діабету при терміні вагітності 32 тижні настуило повне передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Під час операції кесаревого розтину, встановлена наявність по лівому ребру матки, передній та задній стінках зліва масивних крововиливів. Матка має мармуровий вигляд синюшно-багрового кольору, в черевній порожнині до 200 мл геморагічної рідини. Яке ускладнення виникло внаслідок передчасного відшарування нормально розташованої плаценти?

- А. Матка Кувелера**
- В. ДВЗ-синдром
- С. Геморагічний шок
- Д. Емболія навколоплодовими водами
- Е. Гіпотонія матки

8. Роділню прийнято на треті пологи в II періоді. Зріст - 172 см, маса - 67 кг. В анамнезі двоє нормальних пологів, три артифіціальних аборти. Народила хлопчика вагою 3600,0г. Через 15 хвилин після народження плода розпочалася кровотеча, досягла 380 мл і не припиняється. Ознак відшарування плаценти немає. Яким буде діагноз?

- А. Пологи треті, термінові, кровотеча в III періоді пологів**
- В. Пологи треті, термінові, кровотеча в II періоді пологів
- С. Пологи треті, кровотеча в ранньому післяпологовому періоді
- Д. Пологи треті, кровотеча в пізньому післяпологовому періоді
- Е. Пологи треті, фізіологічний перебіг III періоду

9. У хворої 28-ми років проведено вишкрібання порожнини матки внаслідок неповного абарту. Крововтрата 900 мл. Розпочата гемотрансфузія. Після введення 60 мл еритромаси з'явилися біль у поперековій ділянці, лихоманка, внаслідок чого гемотрансфузія припинена. Через 20 хвилин стан різко погіршився: адинамія, різка блідість шкіри, акроціаноз, рясний піт, тривала лихоманка,  $t^{\circ}$ -38,  $5^{\circ}$ C, Ps- 110/хв., АТ- 70/40 мм рт.ст. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Гемотрансфузійний шок**
- В. Геморагічний шок
- С. Септичний шок
- Д. Анафілактичний шок
- Е. ДВЗ-синдром

ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №22. Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах

10. У жінки З. в 26 тижнів вагітності раптово з'явилися значні кров'яні виділення зі статевих шляхів. При УЗД виявлено центральне передлежання плаценти. Загальна крововтрата 500 мл, кровотеча продовжується. Яка тактика лікаря?

- A. Проведення малого кесаревого розтину
- B. Накласти шов на шийку матки
- C. Призначити токолітики
- D. Призначити гемостатики
- E. Терміново перервати вагітність через природні пологові шляхи

**Вірні відповіді:** 6-А, 7-А, 8-А, 9-А, 10-А

#### **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, тестування

##### **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

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

## У. 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., Подольський 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. Дopusчено 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.).

### Додаткова:

1. Діючі клінічні протоколи, затверджені наказами МОЗ України
2. Акушерські ризики при міомі матки: віковий аспект / Железов Д.М., Салех О.С // East European Science Journal 1(41)2019. - С. 50-52.
3. 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.
4. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2010.- 239 с.
5. 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.
6. 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)
7. 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.
8. 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.
9. 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.
  10. Значущість цистатину С в доклінічній діагностиці прееклампсії у вагітних / Марічереда В.Г., Гладчук І.З., Берлінська Л.І. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології. 2019. – Т2.- С. 133-137.
  11. 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.
  12. 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.
  13. 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.
  14. 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.
  15. Клінічні ефекти застосування імуноглобуліну людини у жінок з реусенсибілізацією на прегравідарному етапі / Chernievskaaya, S. G., Rozhkovska, N. M., Marichereda, V. G., & Yermolenko, T. O. // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології, 2019. - №2. - С. 126-132.
  16. Features of myometrium remodeling after surgical interventions on the uterus / Zhelezov D.M., Kossey T.V. // Journal of Education, Health and Sport. 2020;10(2). - С. 204-211.

### Електронні інформаційні ресурси

1. <https://www.cochrane.org/> - Cochrane / Кокрейнська бібліотека
2. <https://www.acog.org/> - Американська Асоціація акушерів та гінекологів / The American College of Obstetricians and Gynecologists
3. <https://www.uptodate.com> – UpToDate
4. <https://online.lexi.com/> - Wulters Kluwer Health



ОНМедУ, кафедра акушерства і гінекології. Практичне заняття №22. Акушерські кровотечі під час другої половини вагітності, у пологах та післяпологовому періоді. Алгоритм надання невідкладної допомоги при акушерських кровотечах

---

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](http://www.ama-assn.org) – Американська медична асоціація / American Medical Association
12. [www.who.int](http://www.who.int) – Всесвітня організація охорони здоров'я
13. [www.dec.gov.ua/mtd/home/](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/) - Державний експертний центр МОЗ України
14. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
15. [www.gmc-uk.org](http://www.gmc-uk.org) - General Medical Council (GMC)
16. [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) – Німецька медична асоціація
17. [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int) - Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я