

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ**

**факультет медичний № 2
кафедра акушерства і гінекології № 3
не опорна
адреса вул. В. Кучера, 7**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ З ДИСЦИПЛІНИ
«АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ»**

За темою «Пологовий травматизм».

**за спеціальністю 222 «МЕДИЦИНА»
за навчальним планом підготовки фахівців другого
(МАГІСТЕРСЬКОГО)
рівня галузі знань 22 «Охорона здоров'я» у вищих навчальних закладах
IV рівня акредитації**

**ДЛЯ СТУДЕНТІВ VI КУРСУ МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №2
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

Затверджено
На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №3
протокол № 1 від 30.08.2023 р.
Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №3,
д.мед.н., професор Бенюк В.О.

КИЇВ 2023-2024

УДК 618 (072)

Методична вказівка для студентів VI курсу медичного факультету №2 та факультету підготовки іноземних громадян з акушерства та гінекології

Авторський колектив:

Професор, д.мед.н., завідувач кафедри акушерства і гінекології № 3 Бенюк В.О.

Професор, д.мед.н. Диндар О.А.

Професор, д.мед.н. Іванюта С.О.

Професор, д.мед.н. Гінзбург В.Г.

Професор, д.мед.н. Гончаренко В.М.

Доцент, к.мед.н. Усевич І.А.

Доцент, к.мед.н. Бенюк С.В.

Доцент, к.мед.н. Друпп Ю.Г.

Доцент, к.мед.н. Ковалюк Т.В.

Доцент, к.мед.н. Ластовецька Л.Д.

Доцент, к.мед.н. Майданник І.В.

Доцент, к.мед.н. Никонюк Т.Р.

Доцент, к.мед.н. Гичка Н.М.

Доцент, д.мед.н. Манжула Л.В.

Доцент, к.мед.н. Вигівська Л.М.

Асистент, к.мед.н. Курочка В.В.

Асистент, к.мед.н. Олешко В.Ф.

Асистент, к.мед.н. Щерба О.А.

Асистент Чеботарьова А.С.

Асистент, к.мед.н. Бала О.О.

Асистент Фурса-Совгіра Т.М.

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № 1 від 30.08.2023 року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології №3

Протокол № __ від __.__.20__ року

Тема. Пологовий травматизм.

I. Актуальність теми.

Пологові шляхи жінки під час пологів піддаються значному розтягуванню. У ряді випадків виникають пошкодження тканин піхви, промежини і шийки матки, які несуть в основному, характер поверхневого садна і тріщин, які заживають на першу ж добу після пологів самостійно, але і протікають безсимптомно. У інших же випадках, при перерозтягненні тканин або в результаті хірургічних втручаннях спостерігаються розриви шийки матки, стінок піхви і промежини і іноді можуть виникнути пошкодження, небезпечні для життя жінки (розриви матки) або приводять до тривалої втрати працездатності (сечо- і кишково-статеві нориці).

II. Навчальні цілі заняття

Для формування знань студент повинен *знати*:

1. Будову жіночих статевих органів
2. Топографічну анатомію вагітної матки.
3. Кровопостачання, іннервацію матки, придатків, піхви.
4. Будову тазового дна.
5. Визначення поняття «пологовий травматизм».
6. Загальну класифікацію пологового травматизму.
7. Визначення, клініку, діагностику, лікування та профілактику травм зовнішніх статевих органів та промежини.
8. Визначення, клініку, діагностику, лікування та профілактику розриву піхви.
9. Визначення, клініку, діагностику, лікування та профілактику гематоми вульви та піхви
10. Визначення, клініку, діагностику, лікування та профілактику розриву шийки матки.
11. Етіологію, класифікацію, клініку, діагностику, алгоритм лікування розриву матки
12. Етіологію, класифікацію, клініку, діагностику, алгоритм лікування вивороту матки
13. Етіологію, класифікацію, клініку, діагностику, алгоритм лікування травм симфізу
14. Етіологію, класифікацію, діагностику, лікування пологового травматизму новонародженого.

У результаті проведення заняття студент повинен *уміти*:

1. Оглянути пологові шляхи в ранньому післяпологовому періоді;
2. Оцінити важкість травматизації пологових шляхів;
3. Відновити цілісність пологових шляхів при їх травмі;

4. Зібрати анамнез у роділлі і визначити фактори ризику щодо до розриву матки;
5. Провести зовнішнє та внутрішнє акушерське обстеження, оцінку акушерської ситуації;
6. Визначити клінічну відповідність між розміром плода і тазу;
7. Оцінити результати додаткових методів дослідження;
8. Скласти план невідкладної допомоги при загрозі розриву матки.

III. Вихідні і базові знання.

1. Нормальна анатомія - будову жіночих репродуктивних органів. Кровообіг матки, придатків, піхви. Будову тазового дна.
2. Патологічна фізіологія - механізми відповіді при механічному ураженні матки під час вагітності та в пологах
3. Фармакологія - фармакодинаміку і фармакокінетику утеротонічних, антифібрінолітичних засобів, які застосовуються для зупинки кровотечі в акушерстві.

IV. Зміст навчального матеріалу.

Пологовий травматизм – травматичні ушкодження тканин і органів матері та плода під час пологів.

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, погіршують якість життя.

I. ПОЛОГОВИЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРІ

Класифікація

I. За локалізацією процесу:

1. Травми зовнішніх статевих органів та промежини.
2. Розриви піхви.
3. Гематоми вульви, піхви.
4. Розриви шийки матки.
5. Розриви матки.
6. Виворіт матки.
7. Акушерська травма кісткового тазу.

II. За патогенезом:

1. Насильницькі травми, які виникають під час втручання (акушерська допомога, операції).
2. Мимовільні (спонтанні) ушкодження, які виникають без зовнішнього впливу.

1. Травми зовнішніх статевих органів

Найчастіше в пологах травмуються зовнішні статеві органи, промежина і піхва.

Етіологія

1. Анатомічні особливості (інфантилізм, рубці, ригідність тканин, висока промежина, вузький таз).
2. Акушерські операції (акушерські щипці, вакуум-екстракція плода, втручання при тазових передлежаннях).
3. Пологи великим плодом, при розгинальних передлежаннях голівки плода тощо.
4. Стрімкі пологи.
5. Переношена вагітність

Клініка

Тріщини, поверхневі надриви, садна супроводжуються кровотечею, утворенням гематом. Ураження в ділянці уретри та клітора ускладнюються значною кровотечею, об'єм якої залежить від особливостей васкуляризації в даній зоні.

Діагностика

Діагностуються травматичні ушкодження на підставі огляду тканин.

Лікування

Лікування – хірургічне. Необхідно накласти шви. Розриви тканин зовнішніх статевих органів зашивають однорядними вузлуватими швами синтетичним матеріалом, що розсмоктується.

Розриви промежини

Розриви промежини є серйозною травмою для жінки. При невдалому зіставленні тканин порушується опорна функція тазового дна, що сприяє розвитку генітального пролапсу. Розриви промежини трапляються в середньому в 7% пологів.

Класифікація

I. *За патогенетичними ознаками:*

- насильницький, що трапляються під час акушерських операцій, неправильної техніки «захисту» промежини;
- мимовільні (спонтанні), які виникають без зовнішнього впливу.

II. *За клінічними ознаками:*

- загроза розриву;
- завершений розрив.

III. *За ступенем тяжкості:*

1. Розрив *I ступеня* – розрив задньої спайки та стінки піхви, невеликої ділянки шкіри промежини (не більше 2см), не ушкоджується м'язовий шар промежини.
2. Розрив *II ступеня* - ушкодження шкіри та м'язів промежини (*centrum tendineum perinei, musculus bulbocavernosus, musculus superficialis et profundus*), стінки піхви.
3. Розрив *III ступеня неповний* – крім розривів шкіри та м'язів промежини відбувається розрив зовнішнього сфінктера прямої кишки (*musculus sphincter anii externus*).
Розрив *III ступеня повний* – крім розривів шкіри, м'язів промежини, зовнішнього сфінктера прямої кишки відбувається розрив передньої стінки прямої кишки.

За класифікацією МКХ-10 розрив «3-го ступеня повний» класифікується як розрив 4-го ступеня.

Окремо вирізняють *центральный* розрив промежини (*ruptura perinea centralis*) – несправжній (*artificialis*) хід між задньою спайкою і зовнішнім сфінктером прямої кишки, через який відбуваються пологи.

Діагностика

Діагностуються розриви промежини під час огляду пологових шляхів.

Діагностичні критерії загрози розриву промежини:

- синюшність шкіри промежини;
- набряк та своєрідний блиск промежини з наступною блідістю шкіри.

Критерії розриву промежини:

- дефект тканин;
- ранова поверхня;
- кровотеча із рани.

Лікування

Розрив промежини зашивають після народження дитини, виділення посліду й огляду пологових шляхів згідно із загальними правилами хірургії:

- застосування місцевої анестезії при ушиванні розривів 1-2 ступеня, загальної анестезії – при ушиванні розривів 3 ступеня;
- висікання розтрощених тканин;
- поетапне ушивання спочатку тканин піхви, потім тканин промежини при розривах 2 ступеня;
- накладання першого шва на 0,5см вище верхнього кута рани;
- прошивання дна рани;
- зіставлення однорідних тканин.

Особливості накладання швів при неповному розриві промежини 3-го ступеня:

- поетапне ушивання тканин піхви;
- відновлення цілості сфінктера;
- ушивання тканин промежини.

Особливості накладання швів при повному розриві промежини 3-го ступеня (4-го ступеня по МКХ-10):

- накладання швів на м'язово-підслизовий шар прямої кишки (вузлуватими швами, занурюючи їх в просвіт кишки);
- ушивання сфінктера прямої кишки вузлуватими швами;
- накладання безперервного шва на задню стінку піхви;
- накладання швів на м'язи тазового дна (ніжки леваторів ушивають окремими швами);
- ушивання шкіри промежини.

Особливості догляду після ушивання травм промежини:

- обробка швів промежини 3 рази на добу та після кожного акту сечовипускання та дефекації;
- застосування для обробки швів антисептичних розчинів;
- ультрафіолетове опромінення рани.

Профілактика

Профілактика розривів промежини включає кваліфіковане ведення вагітності та пологів, своєчасну епізіотомію за згодою роділлі у разі наявності клінічних ознак загрози розриву промежини, а також при акушерських операціях (вакуум екстракції плода, накладання акушерських щипців тощо).

2. Розриви піхви

Розриви піхви (rupture colpos) у пологах здебільшого трапляються у нижній, середній і верхній частинах піхвової трубки, переважно в поздовжньому напрямку, що пояснюється анатомічними особливостями будови піхви.

Клініка і діагностика

Розриви піхви проявляються кровотечею з місця розриву, дефектом тканин. Діагностика не становить труднощів. Огляд піхви в дзеркалах допомагає оцінити локалізацію, глибину розриву.

Лікування

Ушивання розривів піхви виконують поетапно, залежно від глибини рани, вузлуватими окремими швами із застосуванням синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Серед розривів піхви іноді спостерігається відрив піхви від матки (colporrhexis), який відносять до категорії розривів матки.

Профілактика

Профілактика розривів піхви полягає у раціональному веденні пологів

3. Гематоми вульви, піхви

Гематоми вульви та піхви (hematome vulve, colpos) являють собою крововиливи у клітковину органів внаслідок розриву судин. При цьому слизова оболонка піхви залишається неушкодженою, внаслідок чого кров не виливається назовні і збирається у клітковині.

Етіологія

Утворенню гематом вульви та піхви сприяють механічні ушкодження тканин під час проходження плода по пологовому каналу у жінок, які мають:

- варикозне розширення вен;
- обтяжену екстрагенітальну патологію (судинні захворювання, цукровий діабет, авітаміноз тощо);
- порушення згортальної системи крові;
- дисплазію сполучної тканини.

Клініка

Виразність клінічних симптомів гематоми залежить від локалізації процесу, об'єму та швидкості наповнення.

Малі гематоми протікають безсимптомно, великі – проявляються болем у ділянці великих статевих губ, промежини, прямої кишки, супроводжуються прогресуючою анемізацією організму. Гематома може сама опорожнитись, що супроводжується зовнішньою кровотечею. При інфікуванні гематоми відмічається посилення болю, пульсуючий його характер, гіпертермія (гектичний тип температури), лейкоцитоз, прискорення ШЗЕ.

Діагностика

- при огляді спостерігається пухлиноподібне утворення в піхві або на промежині, синьо-багрового забарвлення, яке іноді пульсує;
- при гематомі вульви – великі та малі губи набряклі, напружені, багрового забарвлення;
- гематоми піхви частіше виникають в нижніх відділах;
- при швидкому збільшенні у розмірах крововиливу з'являється відчуття тиску, розпирання, пекучий біль, при лабораторному дослідженні – ознаки анемії;

Лікування

Терапія залежить від об'єму гематоми. Великі гематоми, а також малі, що продовжують збільшуватись, потребують оперативного лікування. Над гематомою розрізають тканини, видаляють згустки, рідку кров: спорожнюють гематому, виявляють розірвану судину і прошивають її. Якщо неможливо відшукати кінці судин, кровоточиву тканину обшивають 8-подібними швами із синтетичного матеріалу, що розсмоктується. Рану зашивають і дрениують. На тканини накладають шви, тампонують піхву, прикладають міхур з льодом до промежини. Одночасно проводять комплекс заходів, спрямованих на профілактику або лікування анемізації організму і гнійно-септичних ускладнень.

Інколи причиною гематом вульви і піхви може стати травма варикозних вузлів вульви і піхви. Клінічний перебіг цієї патології характеризується масивною кровотечею, швидким утворенням прогресуючих гематом. При цьому необхідно чітко орієнтуватися в топографії рани. Припинення кровотечі у таких випадках є складною маніпуляцією. Просте прошивання кровоточивої рани лише ускладнює стан. Варіантом вибору є обережне розкриття рани, відсепарування ураженої судини і перев'язка її ниткою, що розсмоктується з подальшим прошиванням рани і прикладанням міхура з льодом. У тяжких випадках, особливо при локалізації процесу у піхві, виконують тугу тампонаду піхви стерильною марлею з гемостатичною губкою і тампонаду прямої кишки. Тампони залишають на 24 години під ретельним спостереженням за станом жінки.

У разі наростання гематоми та анемізації організму, при ознаках геморагічного шоку виконують лапаротомію з метою перев'язки внутрішньої клубової артерії. Через 5-6 днів виконують розтинання гематоми та її дренивання для профілактики інфікування.

Профілактика

Профілактика даної патології потребує раціонального ведення пологів, своєчасного визначення показань до розродження шляхом абдомінального кесаревого розтину.

4. Розриви шийки матки

Травматичні ушкодження шийки матки – розриви (*ruptura coli uteri*) – можуть бути від поверхневих до глибоких і супроводжуватись кровотечею.

Класифікація

I. За патогенетичними ознаками:

- спонтанні (мимовільні);
- насильницькі.

II. За ступенем тяжкості (за І.Ф. Жорданія):

- 1-й ступінь – довжина рани до 2см (1/3 довжини шийки);

- 2-й ступінь – розрив перевищує 2см (2/3 довжини шийки), не досягаючи склепіння піхви;
- 3-й ступінь – розрив досягає склепіння піхви; іноді він переходить на тканини склепіння піхви, параметрію, продовжується на нижній сегмент матки.

Клініка

Основним клінічним симптомом розриву шийки матки є кровотеча яскраво-червоною кров'ю, яка починається після народження дитини. Кров може текти струменем. Розриви шийки матки 1-го ступеня можуть протікати безсимптомно. Інтенсивність кровотечі зумовлена калібром ураженої судини.

Діагностика

Діагностується розрив під час огляду шийки матки у дзеркалах.

Розрив характеризують за ступенем тяжкості, локалізацією, станом країв рани, об'ємом кровотечі. Слід пам'ятати, що довжина розриву шийки матки з зовнішнього боку завжди менша, ніж з боку порожнини матки. Цю особливість потрібно враховувати при ушиванні розривів.

Лікування

Розрив шийки матки ушивають вузлуватими швами синтетичного матеріалу, що розсмоктується.

Важливо оголити верхній край рани з боку *porcio vaginalis* і переконатися щодо глибини розриву внутрішньої поверхні. Перший шов накладають на 1.0-1,5 см вище верхнього кута рани, подальші – на відстані 0,5-0,7 см з обох боків від країв рани.

Профілактика

Профілактика розриву шийки матки полягає в раціональному веденні пологів (правильне визначення методу розродження, вчасне застосування засобів для знеболювання пологів).

5. Розриви матки

Розрив матки - надзвичайно тяжка акушерська патологія, що супроводжується інвалідизацією і високою материнською, перинатальною смертністю: материнська летальність при розриві матки досягає 12-18 %, загибель плода – 35-40%. Проблемі вивчення етіології і патогенезу розривів матки присвячено численні праці видатних вітчизняних та іноземних вчених різних часів. Сьогодні визнані механічна і гістопатична теорії розривів матки. Розриви матки виникають переважно під час пологів, значно рідше - під час вагітності.

Розривом матки (ruptura uteri) називається травматичне ушкодження цілості органа під час вагітності або пологів.

Етіологія і патогенез

I. До групи ризику розриву матки *під час вагітності та пологів* належать:

- вагітні з рубцем на матці;
- вагітні, що народили багато разів.

II. До групи ризику розриву матки *під час пологів* належать вагітні:

- перелічені в попередньому пункті;
- з плодом великої маси;
- з перерозтягнутою стінкою матки (багатоводдя, багатопліддя);
- з неправильним положенням плода;
- з патологічним вставленням голівки;
- з клінічно вузьким тазом;
- з анатомічними змінами шийки матки (рубцями, деформаціями);
- з пухлинами матки, що блокують вихід з малого тазу;
- з морфологічними змінами міометрію (дегенеративні та запальні процеси після абортів, операцій, вишкрібання стінок порожнини матки; інфантилізм тощо).

Класифікація розривів матки.

I. За патогенезом:

1. Спонтанний розрив матки:

- при морфологічних змінах міометрію;
- при механічній перешкоді народженню плода;
- при сполученні морфологічних змін міометрію та механічній перешкоді народженню плода.

2. Насильницький розрив матки:

- чистий (при розроджуючих піхвових операціях, при зовнішній травмі);
- змішаний (при застосуванні розроджуючих операцій на тлі морфологічних змін міометрію).

II. За клінічним перебігом:

- Ризик розриву матки;
- Загрожуючий розрив матки;
- Розрив матки, що відбувся.

III. За характером пошкодження:

- Неповний розрив;
- Повний розрив матки.

IV. За локалізацією:

1. Розрив у нижньому сегменті:

- розрив передньої стінки;
- боковий розрив;
- розрив задньої стінки;
- відрив матки від піхвових склепінь.

2. Розрив у тілі матки:

- розрив передньої стінки;
- розрив задньої стінки.

3. Розрив у дні матки.

Клініка розриву матки

Клінічні прояви розриву матки залежать від стадії патологічного процесу та патогенетичного механізму його розвитку.

Ризик розриву матки – процес, що передуює клінічним ознакам загрози розриву матки, більш властивий жінкам групи високого ризику розриву матки (див. вище).

Симптоми анатомо – функціональної неповноцінності рубця:

- відчуття болю в ділянці нижнього сегменту;
- біль при пальпації нижнього сегменту через переднє піхвове склепіння, його неоднорідність, занурення (заглиблення);
- при УДЗ - товщина нижнього сегменту менш за 4,0 мм, балоноподібна форма.

Загроза розриву матки під час пологів.

Класичний симптомокомплекс при диспропорції між розмірами плода і таза матері, описаний Бандлем.

- часті, надмірно болісні перейми; роділля збуджена, кричить від болю, не знаходить собі місця, обличчя червоне, пульс частий, температура підвищена, язик сухий;
- матка напружена, болісний нижній сегмент, круглі зв'язки матки сильно напружені та болісні;
- контракційне кільце розташовується у косому напрямку на рівні пупка та вище; матка набуває форми «пісочного годинника»;
- непродуктивна пологова діяльність при передлеглий частині плода над входом до малого тазу;
- перейми з виразним судомним скороченням матки;
- серцебиття плода ледь прослуховується;
- припухлість надлобкової зони (набряк передміхурової клітковини), утруднене сечовипускання;
- набряк шийки матки, тканин піхви й промежини;
- позитивний симптом Генкель – Вастена, Ценгенмейстера,;
- болісність матки при пальпації;
- родова пухлина на голівці плода поступово виповнює порожнину малого таза.

Симптомокомплекс гістопатичного (при морфологічних змінах міометрія) розриву матки характеризуються атиповими проявами :

- патологічний «прелімінальний» період;

- слабкість пологової діяльності, відсутність ефекту від родостимуляції;
- посилення і без того сильного болю в животі між переймами і потугами;
- передчасне, раннє відходження навколоплідних вод;
- клінічні прояви інфекції в пологах;
- домішки крові в сечі;
- прогресуючий дистрес плода.

Розрив матки, що відбувся.

Класичні клінічні ознаки розриву матки в пологах :

- «кинджальний» біль у животі;
- характерна для цього стану виразна еректильна фаза шоку;
- пологова діяльність припиняється;
- наростають симптоми больового і геморагічного шоку, клінічні симптоми внутрішньочеревної кровотечі;
- змінюється форма живота (матка скорочується і відхиляється в сторону, через передню черевну стінку визначаються окремі дрібні частини плода);
- зовнішня кровотеча;
- загибель плода;
- патологічна рухливість плода.

Клінічні ознаки при неповному розриві матки:

- плід знаходиться в порожнині матки;
- пологова діяльність не завжди припиняється;
- поряд з маткою з боку розриву з'являється і збільшується гематома;
- на боці гематоми – біль, що іррадіює в нижні кінцівки, виразний біль внизу живота, поперек;
- наростають клінічні симптоми внутрішньої кровотечі й геморагічного шоку.

Ознаки розриву матки по рубцю:

- особливості анамнестичних даних (час після кесаревого розтину менше 2 років; гнійно-септичні ускладнення в післяпологовому періоді, корпоральний кесарів розтин та ін.);
- наявність симптомів неповноцінного рубця на матці (позитивний симптом «ніші»);
- у пологах слабкі перейми при слабкій пологовій діяльності, пологова діяльність може тривати;
- розрив матки при цілому плодовому міхурі;
- біль у ділянці рубця;

- біль посилюється з початком пологової діяльності і не зникає між переймами;
- передлегла частина плоду не просувається; пальпація рубця спричинює надмірний біль;
- з'являються нудота, блювання, неспокій;
- з'являються ознаки дистресу плода;
- розрив відбувається на фоні слабкості пологової діяльності або її дискоординації;
- виразна клінічна симптоматика спостерігається при розриві великих маткових судин;
- розрив матки по рубцю частіше є неповним та за характером «мовчазним».

Ознаки розриву матки, що діагностується в ранньому післяпологовому періоді:

- помірна або надмірна кровотеча із статевих шляхів;
- інколи відсутні ознаки відділення плаценти;
- виразна болісність усіх ділянок живота, сильні болі при пальпації матки;
- можливе здуття живота, нудота, блювання;
- симптом «перекритого дна матки»;
- симптоми геморагічного шоку різного ступеня;
- пальпація по ребру матки болісного утворення (гематома);
- гіпертермія.

У практичній медицині трапляються випадки **нерозпізаного розриву матки**, коли дана патологія діагностується на 2-гу – 3-тю добу після пологів при наростанні явищ акушерського перитоніту.

Алгоритм дії лікаря

Розродження шляхом кесаревого розтину у жінок із ризиком розриву матки виконується при:

- поєднанні вузького тазу I-II ст. та великої маси плоду (4000 г і більше);
- поперечному, косому положенні плода;
- вузькому тазі III-IV ст.;
- блокуванні пологових шляхів пухлинами;
- рубцевих змінах шийки матки, піхви.

Розродження шляхом кесаревого розтину у пологах виконується при :

- перелічених вище показаннях;
- лобному вставленні, високому прямому стоянню стрілоподібного шва;
- клінічно вузькому тазі.

Акушерська тактика при ознаках загрожуючого розриву матки:

- пологова діяльність припиняється (токолітики, наркотичні або ненаркотичні анальгетики);
- вагітна транспортується в операційну;
- пологи завершують шляхом операції кесаревого розтину.

Особливості кесарського розтину: обов'язково вивести матку з порожнини тазу для детальної ревізії цілісності її стінок.

Лікування розриву матки, що відбувся

Клінічні ознаки розриву матки потребують надання ургентної допомоги на місці. Транспортування роділлі різко погіршує її стан.

Терапія завершеного розриву матки включає *застосування ургентних «реанімаційних заходів»*:

- термінове проведення протишокової терапії з мобілізацією центральних вен;
- хірургічне втручання передбачає термінову лапаротомію, екстирпацію матки, ревізію органів черевної порожнини, дренування черевної порожнини;
- забезпечення інфузійно-трансфузійної терапії, адекватної розміру крововтрати та корекція порушень гемо коагуляції;
- у післяпологовому періоді продовження інтенсивної інфузійно-трансфузійної терапії, реабілітаційних заходів.

Показання до органозберігаючої операції:

- неповний розрив матки;
- невеликий повний розрив;
- лінійний розрив з чіткими краями;
- відсутність ознак інфекції;
- невеликий безводний проміжок;
- збережена скоротлива спроможність матки.

Показання до надп'явкової ампутації матки:

- свіжі розриви тіла матки з нерівними розчавленими краями
- збереження судинного пучка
- помірна кровотечею без ознак синдрому ДВС та інфекції.

Показання до екстирпації матки :

- розрив тіла або нижнього сегменту матки, який перейшов на шийку з розчавленими краями;
- травма судинного пучка;
- неможливість визначення нижнього кута рани;

- розрив шийки матки з переходом на тіло.

Показання до екстирпації матки з матковими трубами:

- попередні показання при тривалому безводному проміжку (понад 10 – 12 годин);
- прояви хоріонамніоніту, ендометриту;
- наявність хронічної інфекції.

При масивній крововтраті виконується перев'язка внутрішніх клубових артерій.

При великій травмі та значній крововтраті перев'язка внутрішніх клубових артерій виконується до початку основного об'єму операції.

Профілактика

Профілактика розриву матки полягає в плануванні вагітності; вчасному визначенні груп ризику за розривом матки; вчасній госпіталізації в акушерські стаціонари; раціональному веденні пологів.

6. Виворіт матки

Післяпологовим виворотом матки називається патологічний стан, за якого внутрішня поверхня матки вивертається назовні.

В акушерській практиці післяпологовий виворіт матки є надзвичайно рідкісним ускладненням третього періоду пологів. Оскільки матка вивертається саме у третьому періоді пологів, термін «післяпологовий виворіт» не зовсім відповідає часу виникнення пологової травми. Доцільно користуватися терміном «акушерський виворіт матки».

Класифікація

I. За клінічно-морфологічними ознаками:

1. Гострий (швидкий) повний.
2. Гострий (швидкий) неповний (частковий).

II. За патогенетичними ознаками:

1. Спонтанний.
2. Насильницький

Етіологія і патогенез

Основною причиною акушерського вивороту матки є втрата тону м'язів міометрію. Сприяє скоєнню даної травми нераціональне ведення 3-го періоду пологів.

Клініка

Акушерський виворіт матки супроводжується раптовим сильним болем внизу живота (колапсом); шокним станом (свідомість затьмарена, шкіра і слизові оболонки бліді, холодний піт на обличчі, зіниці розширені; пульс частий, слабкого наповнення); матковою кровотечею; наявністю між стегнами роділлі пухлиноподібного утворення яскраво-червоного кольору, м'якої консистенції, що кровоточить.

Діагностика

Вивернута матка може розміщуватися у піхві і виходити за статеву щілину. Якщо плацента не відокремилася, то пухлиноподібне утворення містить плаценту, плодові оболонки, пупковий канатик.

Діагноз неповного (часткового) акушерського вивороту матки уточнюється при визначенні висоти дна матки (матка над лобком не визначається). Огляд піхви у дзеркалах підтверджує діагноз і дає змогу диференціювати повний виворіт матки з частковим.

Лікування

Лікування при гострому акушерському вивороті матки направлене на виведення пацієнтки із стану больового, геморагічного шоку та репозиції матки. Дають глибокий наркоз. Вивернуту матку обмивають теплим розчином фурациліну (1:5000). Якщо плацента не відокремилася, її відокремлюють. Переводять жінку в положення Тренделенбурга і виконують репозицію матки. У післяпологовому періоді проводять профілактику гнійно-септичних ускладнень. Несвоєчасна кваліфікована допомога може призвести до защемлення або гангрені матки, що випала. Це потребує екстирпації матки через піхву.

Профілактика гострого акушерського вивороту матки полягає в раціональному веденні пологів, і особливо третього періоду пологів.

7. Акушерська травма кісткового тазу

Акушерською травмою кісткового тазу називають травматичні ушкодження суглобів і зчленувань, пов'язаних з пологами.

Травма симфізу

Розриви симфізу під час пологів трапляються рідко, частіше (до 4% випадків) спостерігаються розходження лобкових кісток.

Етіологія і патогенез

Травматичному ушкодженню симфізу передують гормональні зміни в організмі жінки під час вагітності. Так, максимальне накопичення гормону релаксину наприкінці вагітності сприяє розм'якшенню хрящової тканини симфізу. За таких умов вставлення голівки плоду в площину входу при вузькому тазі, макросомії плоду, асинклітизмі може призвести до розходження

лобкових кісток. Патологія може трапитися внаслідок накладання акушерських щипців, плодоруйнівних операцій, екстракції плоду за тазовий кінець.

Класифікація

За ступенем тяжкості:

1-й ступінь – розходження 5-9 мм (норма до 0,5 мм);

2-й ступінь – розходження 10-20 мм;

3-й ступінь – розходження більше 20 мм.

Клініка

Розходження лобкових кісток проявляється болем у ділянці симфізу, крижів. Біль посилюється при спробі встати, ходити, з'являється «качина хода». При травмі лобкового зчленування біль посилюється через 8-12 годин після пологів. Під час пальпації симфізу відмічається різкий біль. Породілля лежить в ліжку у вимушеному положенні: ноги зігнуті у кульшових і колінних суглобах, стегна розвернуті (*симптом М.Н. Волковича*). Розриви лобкового зчленування іноді супроводжуються травмою сечового міхура, клітора тощо.

Діагностика

Діагностика не становить труднощів. Величина розходження вимірюється на рентгенограмі; УЗД.

Лікування

Лікування породіллі з розривом симфізу визначається ступенем розходження кісток. Незалежно від тяжкості процесу призначають ліжковий режим, вітаміни групи В, вітамін D – 5000 МО тричі на добу, кальцію гліцерофосфат 0,5г тричі на добу, збалансований комплекс макро- і мікроелементів.

У разі розходження лобкових кісток 1-го ступеня призначають ліжковий режим протягом 3-4 тижнів, який включає поперемінне положення тіла то на лівому, то на правому боці. На ділянку великого вертлюга кладуть подушку з піском масою до 5 кг. Розходження лобкових кісток 2-3 ступенів потребує застосування пов'язки типу «гамак» протягом 4-6 тижнів. За відсутності ефекту від консервативної терапії проводять оперативне лікування.

Застосовуються знеболювальні та нестероїдні протизапальні лікарські засоби.

Профілактика

Профілактика розходження симфізу полягає в запобіганні рахіту та дисбалансу обміну макро-, мікроелементів, фізичному вихованні дівчинки, прогнозуванні та раціональному веденні пологів.

II. ПОЛОГОВІ ТРАВМИ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Пологовими травмами новонароджених називаються травматичні ушкодження тканин і органів, що скоїлись під час родового акту.

Етіологія

До етіологічних факторів виникнення пологових травм відносять:

- зтяжні пологи;
- швидкі пологи;
- невідповідність розмірів пологового каналу та плода (вузький таз, макросомія, неправильне вставлення голівки плода);
- акушерські операції, тощо.

Класифікація

- поверхневі ушкодження (поверхневі садна, синці, гематоми, пологова пухлина на передлеглій частині плода);
- важкі ушкодження (розриви шкіри, гематоми, вивихи суглобів, переломи кісток, ушкодження хребта, черепа, тощо).

Ушкодження шкіри та м'яких тканин плода

Травми шкіри та м'яких тканин клінічно проявляються поверхневими саднами, синцями, важкими рваними ранами шкіри потилиці, тімені, сідниць, статевих органів тощо.

Поверхневі садна та синці особливого лікування не потребують.

Глибокі розриви лікують хірургічним шляхом.

Пологова пухлина

Пологова пухлина на шкірі потилиці, тімені, личку, сідницях виникає практично під час усіх пологів.

Пологова пухлина – це набряк передлеглої частини плода з дрібними крапковими крововиливами, що обумовлені застоєм лімфи і крові у підшкірній клітковині.

Клінічно пологова пухлина має вигляд припухлості з ціанотичною шкірою.

Пологова пухлина лікування не потребує і зникає самостійно протягом перших 5 – 7 діб життя дитини.

Кефалогематома

Кефалогематома – це крововилив між окістям і будь-якою кісткою черепа, найчастіше на передлеглій частині голівки новонародженої дитини.

Класифікація

- зовнішня;

- внутрішня.

Зовнішня кефалогематома – крововилив між кісткою черепа та зовнішньою пластиною окістя.

Пальпаторно відзначається пружна, флюктуюча пухлина. Шкіра над зовнішньою кефалогематомою має нормальне забарвлення. Нерідко пухлина збільшується протягом перших 2 – 3 діб життя.

Невеликі зовнішні кефалогематоми розсмоктуються самостійно без терапевтичних заходів.

Кефалогематоми великих розмірів потребують протягом перших 2-3 діб життя підвищеного положення головного кінця ліжечка дитини.

Внутрішня кефалогематома – крововилив і накопичення крові між внутрішньою поверхнею кістки і твердою мозковою оболонкою. Внутрішня кефалогематома виникає при порушенні цілості черепних кісток і може супроводжуватись підвищенням внутрішньочерепного тиску, подразненням мозкових оболонок, паралічем життєво важливих центрів.

Лікування дітей з клінічними проявами внутрішніх кефалогематом проводять у відповідних реанімаційних відділеннях.

Вдавнення кісток черепа

Вдавнення кісток черепа – це родова травма, що клінічно проявляється наявністю жолобуватого або круглого вдавнення різної глибини, найчастіше у ділянці тім'яної або скроневої кістки.

Глибокі та широкі вдавнення виправляють ручним методом, глибокі – хірургічним.

Переломи кісток кінцівок

1. Переломи ключиці

Клінічні ознаки перелому ключиці незначні. Підокісний перелом ключиці та перелом без зміщення виявляються на 5-7 діб після народження, коли на місці перелому утворюється хрящовий мозоль.

Лікування перелому ключиці зводиться до накладання фіксуючої пов'язки на плечовий пояс.

2. Перелом плечової кістки

Клінічні ознаки перелому плечової кістки:

- ручка нерухома;
- промацуються уламки кісток;
- відчувається крепітація.

Лікування полягає у накладанні фіксуєючої пов'язки, підклавши у пахвову ямку шматочок вати. Хвору ручку, розігнувши у в ліктьовому суглобі, прибинтовують до грудної клітки.

3. Перелом стегнової кістки

Клінічні ознаки перелому стегнової кістки :

- ніжка нерухома;
- відчувається крепітація;
- добре промацуються уламки кісток.

Лікування: розігнуту у колінному суглобі ніжку прибинтовують до тулуба. Застосовують спеціальне витягання кінцівки.

Ушкодження органів грудної клітки і порожнини живота

Розриви цих органів супроводжується крововиливом у черевну порожнину або легені. Діагностика важка. Характерна клінічна картина внутрішньої кровотечі.

Лікування – негайна лапаротомія, зупинка кровотечі, реанімаційні заходи.

V. План організації заняття

Організаційний момент	2% навчального часу;
Мотивація теми	3% навчального часу;
Контроль вихідного рівня знань	20% навчального часу;
Самостійна робота студента	35% навчального часу;
Контроль остаточного рівня знань	20% навчального часу;
Оцінка знань студентів	15% навчального часу;
Узагальнення викладача, завдання додому	5% навчального часу;

VI. Основні етапи заняття

1. Підготовчий етап — мотивація теми, контроль базового й основного рівня знань, призначення завдання для самостійної роботи.

2. Основний етап — самостійна робота студентів під контролем викладача: робота з навчальною літературою при низькому рівні базових знань, а також із навчальними посібниками. Курація вагітних та породіль. Самостійне розв'язання ситуаційних задач та їх складання. Аргументація плану й прогнозу пологів та післяпологового періоду.

3. Заключний етап — контроль кінцевого рівня знань, узагальнення, оцінка роботи кожного студента. Завдання додому.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення заняття – операційне відділення, відділення новонароджених, пологова зала, навчальна кімната.

Оснащення - таблиці, слайди, історії вагітності та пологів, фантоми.

VIII. Контрольні запитання та завдання

1. Яке визначення поняття «пологовий травматизм»?
2. Яка класифікація пологового травматизму матері за локалізацією процесу?
3. Яка класифікація пологового травматизму матері за патогенезом?
4. Яка етіологія травм вульви, промежини, піхви, шийки матки?
5. Які клініка, діагностика, лікування травм зовнішніх статевих органів?
6. Яка класифікація розривів промежини?
7. Які клініка, діагностика, лікування розривів промежини?
8. Які клініка, діагностика, лікування розривів піхви?
9. Які клініка, діагностика, лікування гематом вульви та піхви?
10. Яка класифікація розривів шийки матки?
11. Які клініка, діагностика, лікування розривів шийки матки?
12. Які етіологію і патогенез розривів матки?
13. Яка класифікація розривів матки?
14. Які фактори ризику розривів матки?
15. Які клініка і діагностика загрози розриву матки?
16. Яка акушерська тактика при загрозі розриву матки?
17. Які клініка і діагностика завершеного розриву матки?
18. Яка акушерська тактика при завершеному розриві матки?
19. Яка профілактика розриву матки?
20. Які етіологія і патогенез, класифікація післяпологового вивороту матки?
21. Які фактори ризику післяпологового вивороту матки?
22. Які клініка, діагностика, акушерська тактика при післяпологовому вивороті матки.
23. Яка профілактика післяпологового вивороту матки?
24. Які етіологія, патогенез, фактори ризику та класифікація акушерських травм кісткового тазу?
25. Які клініка, діагностика, лікування та профілактика акушерських травм кісткового тазу?
26. Які етіологія, фактори ризику акушерських травм новонародженого?
27. Яка класифікація акушерських травм новонародженого?
28. Які клініка, діагностика, лікування акушерських травм новонародженого?
29. Яка профілактика акушерських травм новонародженого?

IX. Тестовий контроль

1. Роділля, 28 років, доставлена в пологове відділення з доношеною вагітністю, родовою діяльністю. В анамнезі 1 пологи, 4 медаборти. Положення плоду поздовжнє, головне передлежання. Розміри тазу 23-26-28-18 см, індекс Соловійова 17 см. Припустима вага плоду 3900 г. Роділля занепокоєна,

перейми болючі, сильні. Контракційне кільце на рівні пупка, нижній сегмент матки болючий. Встановлений діагноз: загроза розриву матки. Яка лікарська тактика?

- A. Кесарський розтин.
- B. Консервативне проведення родів.
- C. Акущерські щипці.
- D. Стимуляція родової діяльності.
- E. Вакуум-екстракція плоду.

2. У породіллі в ранньому післяпологовому періоді з'явилися кров'яні виділення із піхви, статевих шляхів. При пальпації через передню черевну стінку матка щільна, на 2 поперечні пальці нижче пупка. При огляді родових шляхів виявлено розрив шийки довжиною 2 см. Діагноз?

- A. Розрив шийки матки I ступеню
- B. Розрив шийки матки II ступеню
- C. Розрив шийки матки III ступеню
- D. Розрив шийки матки IV ступеню

3. Породілля народила немовля масою 4082 г, серединна епізіотомія ускладнилася розривом промежини II ступеня. Які тканини при цьому залишилися непошкодженими?

- A. Шкіра промежини
- B. Бічна стінка піхви
- C. М'язи промежини
- D. Слизова оболонка прямої кишки

4. Породілля 25 років народила живого хлопчика вагою 4000,0. Плацента та оболонки цілі. У післяпологовому періоді помірна кровотеча з пологових шляхів. Під час інструментального огляду пологових шляхів відмічається розрив шийки матки II ступеню ліворуч. Тактика лікаря.

- A. Ушивання розриву шийки матки
- B. Утеротонічні засоби
- C. Тампон з ефіром в заднє склепіння піхви
- D. Пузир з льодом на низ живота

5. Першороділля 18 років доставлена в пологовий будинок у тяжкому стані після пологів на дому. Скарги на біль внизу живота. Об'єктивно: шкіра бліда, вкрита холодним потом. Рс-110/хв., АТ- 90/50мм.рт.ст., t- 36,4 °С. При пальпації живота різка болючість внизу, в ділянці входу в малий таз – воронкоподібне заглиблення, що входить у порожнину тазу. Поза статевою щільною спереду статевих органів визначається кульоподібне утворення м'якої консистенції, червоно-фіолетового кольору. У центральній ділянці – плацента з пуповиною, на боковій поверхні – кровоточивість. Діагноз?

- A. Повний виворіт матки. Травматичний шок.

- В. Розрив матки. Травматичний шок.
- С. Розрив шийки матки. Травматичний шок.
- Д. Матка Кувелера. Травматичний шок.
- Е. Дефект плаценти. Травматичний шок.

6. Повторнороділля 35 років доставлена у важкому стані зі скаргами на раптовий, інтенсивний ріжучий біль в животі. Перейми продовжуються 6 годин. В анамнезі аборт з перфорацією стінки матки. Жіночу консультацію під час вагітності не відвідувала. Шкірні покриви бліді, вологі. Артеріальний тиск 70/40 мм.рт.ст., пульс 130 уд/хв.. Контури матки нечіткі, під передньою черевною стінкою пальпується голівка плоду. Серцебиття плоду не прослуховується. Яка найвірогідніша причина розриву матки?

- А. Рубець на матці після перфорації
- В. Анатомічно вузький таз
- С. Великий плід
- Д. Переношена вагітність

7. Першовагітна 32 років. Початок II періоду пологів. Різка болісність у нижньому сегменті матки. Матка набула форму "пісочного годинника". Серцебиття плода 140/хв., ритмічне. Розташування плода повздожне, передлежить голівка плода притиснута до входу у малий таз. Контракційне кільце на рівні пупка. Передбачувана маса плода 4600 гр. Діагноз?

- А Загрозливий розрив матки.
- В Розрив матки який здійснився.
- С Дискоординована пологова діяльність.
- Д Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти.
- Е Нормальні пологи

8. У породіллі 30 років при ручному видаленні посліду і обстеженні матки виявлено розрив шийки матки справа з переходом на нижній сегмент. Крововтрата досягає 1300 мл і продовжується. Тактика лікаря?

- А Екстирпація матки.
- В Надпівховаампутація матки.
- С Тампонада матки .
- Д Дренування черевної порожнини.
- Е Зашивання розриву.

9. Роділля В. 36 років, п'яті термінові пологи. Доставлена в стаціонар у важкому стані. Із анамнезу відомо, що роди розпочались 10 год. тому, родова діяльність була активною, після відходження вод розпочались болючі потуги, що набули безперервного характеру. Потім жінка відчула кинжальний біль внизу живота, родова діяльність припинилася. Виявлені позитивні ознаки подразнення очеревини, контури матки не чіткі, плід пальпується легко, рухомий. С/б плода не вислуховується. Який діагноз?

- А Розрив матки, що стався

- В Загрозливий розрив матки
- С Слабкість родової діяльності
- D Надмірно сильна пологова діяльність
- Е Дискоординація пологової діяльності

10. Після народження плода у першородячої відмічаються помірні кров'яністі виділення з піхви при відсутності ознак відокремлення плаценти. Через 5 хв самостійно відокремилась і народилась плацента без дефектів. Крововтрата 100 мл. Матка добре скоротилась, але кров'яністі виділення з невеликими згортками крові тривають. Вкажіть можливу причину кровотечі:

- А. Гіпотонія матки
- В. Розрив шийки матки або піхви
- С. Залишки плацентарної тканини в матці
- D. Порушення коагуляції крові
- Е. Розрив матки

X. Ситуаційні задачі.

Задача 1.

У породіллі 30 років, тривалість I періоду пологів склала 7 год 20 хв, II – 30 хв. Безводний період 3 години. Пологи завершилися народженням живого доношеного плода вагою 3800 г. За шкалою Апгар 8 балів, передлежача частина голівки плода в потиличній області була покрита яскраво-червоною кров'ю. Вслід за народженням плода почалася кровотеча яскраво-червоною цівкою, яка продовжувалася і після народження посліду. Яка найвірогідніша причина кровотечі? Яка лікарська тактика?

Задача 2.

У роділлі 30 років, що народжує вперше, почалися інтенсивні потуги з інтервалом 1-2 хвилини, тривалістю 50 секунд. Наступає прорізування голівки плода. Промежина, висота якої 4 см, зблідла. Діагноз? Що треба здійснити у даній ситуації?

Задача 3.

Роділля 28 років. Пологи перші, термінові. Положення плода поздовжнє, головне передлежання. Розміри тазу: 22-25-28-17см. Перейми продовжуються 10 годин, в останні 2 години дуже хворобливі, роділля поводить неспокійно. Навколоплідні води відійшли 2 години тому. Круглі зв'язки матки болісні при пальпації, контракційне кільце на 2 пальці вище за пупок, ознака Генкель-Вастена позитивна. Серцебиття плода 160 уд/хв., глухе. Плодовий міхур розкритий, відкриття шийкового вічка 8 см, передлежить голівка, притиснута до входу в малий таз, палькується велике тім'ячко. Який ймовірний діагноз? Яка акушерська тактика?

Задача 4.

Роділля 32 років доставлена акушеркою з приводу третіх своєчасних пологів. Перейми почалися 30 годин тому, води відійшли 2 години тому. Розміри тазу: 26-26-31-17,5 см. Бокові кон'югати – 14 см, індекс Солов'йова - 15,5 см. Положення плода повздовжнє, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода 140-150 за хв. Перейми через 1-2 хв. по 60-70 сек, дуже болючі. Контракційне кільце на рівні пупка. Нижній сегмент матки при пальпації болючий. Вагінальне дослідження: відкриття маткового вічка повне. Плодовий міхур відсутній. Голівка притиснута до входу в малий таз. Лобний шов в поперечному розмірі, перенісся справа, передній кут великого тім'ячка зліва. Діагноз? терапія?

Задача 5.

У породіллі, 20 років, після народження дитини масою тіла 4000 г спостерігають кровотечу з піхви. Ознаки відокремлення плаценти відсутні. Матка з чіткими контурами, в нормотонусі. У зв'язку з підозрою на щільне прикріплення плаценти проведено ручне відокремлення та видалення плаценти, внутрішньовенно введено окситоцин. Матка добре скоротилась, але кровотеча з піхви продовжується. Під час огляду пологових шляхів за допомогою дзеркал виявлено глибокий розрив лівої бокової стінки піхви. Діагноз? Яка тактика лікаря щодо зупинки кровотечі?

ІХ. Завдання для позааудиторної роботи:

1. Розробити план обстеження та розродження вагітної з акушерською / екстрагенітальною патологією.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Видання третє, доповнене, під редакцією проф. В.О. Бенюка. К.: «Бібліотека «Здоров'я України». -2018.- 504 с.
2. Акушерський фантом/Під редакцією проф. В.О. Бенюка, І.А. Усевича, О.А. Диндар. - Київ: «Здоров'я України», 2019. - 198 с.
3. Браян А. Магован, Філіп Оуен, Ендрю Томсон."Клінічне акушерство та гінекологія". Підручник, К. Видавництво «Медицина», 2021, 445 с.
4. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 1. Акушерство. 4-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 422 с.
5. Грищенко В., Щербина М., Венцківський Б. «Акушерство і гінекологія: у двох книгах.» Книга 2. Гінекологія. 3-є видання. К. Видавництво «Медицина», 2020, 376 с.

6. Алгоритми в акушерстві і гінекології. Навчальний посібник (под ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Диндар О.А., Усевич І.А., Говсеев Д.В., Гончаренко В.Н., Гичка Н.М., Ковалюк Т.В.- К., 2019 - «Бібліотека «Здоров'я України» - С.542.
7. Акушерський фантом: посібник українською мовою (за ред. Бенюка В.О.). Співавтори: Усевич І.А., Диндар О.А., Ковалюк Т.В., Самойлова М.В.- К., 2018 - «Бібліотека «Здоров'я України», С.191.
8. Obstetrical phantom: посібник англійською мовою (Edited by V. Benyuk, O. Dyndar, I.Usevych). Co-authors: T. Kovaliuk, M.Samoilova – K., 2018 - «Бібліотека «Здоров'я України», С. 190.
9. Назарова І. Б., Самойленко В. Б., Фізіологічне акушерство: підручник (ВНЗ І—ІІІ р.а.) ВСВ «Медицина», 2018, 408 с.
10. Hryshchenko V.I., Shcherbyna M.O., Ventskivskiyi B.M. et al., «Obstetrics and Gynecology: in 2 volumes». Volume 2. Gynecology (textbook) ВСВ «Медицина», 2022, 352 с.
11. Ліхачов В. К. «Акушерство. Том 1. Базовий курс.» Гінекологія. 2-ге видання. Видавництво «Нова книга», 2021, 392 с.
12. Ліхачов В.К. та ін. «Акушерство. Том 2. Сучасна акушерська практика.» Видавництво «Нова книга», 2021, 512 с.
13. Ліхачов В. К. «Гінекологія. 2-ге видання.» Видавництво «Нова книга», 2021. 688 с.

Додаткова

1. Бачинська І.І. Практикум з акушерства: навчальний посібник. — 2-е видання. К. Видавництво «Медицина», 2021, 104 с.
2. Зозуля І. С., Волосовець А. О., Шекера О. Г. та ін. «Медицина невідкладних станів. Екстрена (швидка) медична допомога». Підручник. 5-е видання. ВСВ «Медицина», 2023, 560 с.
3. МОЗ України Наказ № 13 «Про деякі питання застосування україномовного варіанту міжнародної класифікації первинної медичної допомоги (ICPC-2-E)» від 04.01.2018
4. МОЗ України Наказ № 8 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної та третинної медичної допомоги «Кесарів розтин» від 05.01.2022
5. МОЗ України Наказ № 151 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гіпертензивні розлади під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді» від 24.01.2022
6. МОЗ України Наказ № 170 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Фізіологічні пологи» від 26.01.2022
7. МОЗ України Наказ № 692 «Клінічна настанова, заснована на доказах «профілактика передачі віл від матері до дитини» від 26.04.2022

8. МОЗ України Наказ № 1437 «Нормальна вагітність. Клінічна настанова, заснована на доказах» від 09.08.2022
9. Медведь В.І. Вибрані лекції з екстрагенітальної патології вагітних. - К., 2013.- 239с.
10. Орлик В. В. «Трансфузійна медицина» підручник, ВСВ «Медицина», 2023, 424 с.
11. A practical guide to obstetrics and gynecology/ Richa Saxena, 2015