

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

факультет медичний № 1

кафедра акушерства і гінекології № 1

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

Тема:

**«Фізіологія III періоду пологів та післяпологового періоду. Фізіологія періоду
новонародженості»**

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 V, VI КУРСУ
МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ №1, ФПЛЗСУ
ТА ФАКУЛЬТЕТУ ПІДГОТОВКИ ІНОЗЕМНИХ ГРОМАДЯН**

«Затверджено»

На методичній нараді кафедри
акушерства і гінекології №1
протокол № 1 від 29.08.2025 р.

**Завідувач кафедри
акушерства і гінекології №1,
д.мед.н., професор**

Говсєєв Д.О.



КИЇВ 2025-2026

**Методична вказівка «Фізіологія III періоду пологів та післяпологового періоду.
Фізіологія періоду новонародженості»**

для студентів 5, 6 курсів медичного факультету №1, ФПЛЗСУ та факультету підготовки іноземних громадян з дисципліни «Акушерство та гінекологія»

Авторський колектив:

- Завідувач кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н., професор Говсєєв Д.О.
- Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Лакатош В. П.
- Професор кафедри акушерства і гінекології №1, д.мед.н. Загородня О. С.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Авраменко С. О.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бурка О. А.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Бондаренко Н. П.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Вітовський Я. М.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жабіцька Л. А.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Жегулович В. Г.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Костенко О. Ю.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Леуш С. С.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Наритник Т. Т.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Поладич І. В.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прилуцька А. Б.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Прощенко О. М.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Слободяник О. Я.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Ткаліч В. О.
- Доцент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Цапенко Т.В.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Антонюк М І.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Купчік В.І.
- Асистент кафедри акушерства і гінекології №1, к.мед.н. Осадчук С. В.

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології
№1**

Протокол № 1 від 29.08.2025 року

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології
№1**

Протокол № __ від __.__.20__ року

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології
№1**

Протокол № __ від __.__.20__ року

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології
№1**

Протокол № __ від __.__.20__ року

**Обговорено і затверджено на методичній нараді кафедри акушерства і гінекології
№1**

Протокол № __ від __.__.20__ року

Тема. Фізіологія III періоду пологів та післяпологового періоду. Фізіологія періоду новонародженості.

I. Актуальність теми.

Знання фізіології III періоду пологів забезпечує зниження материнської захворюваності та смертності. Післяпологові кровотечі є однією з ведучих причин в структурі материнської смертності, вони виникають в 10% пологів та в 1% випадків приводять до летального результату. Важливими складовими даного заняття є вивчення тактик ведення третього періоду пологів, вміння оцінювати акушерську ситуацію, надавати належну і своєчасну допомогу.

Післяпологовий період - це фізіологічний стан породіллі, в організмі якої відбуваються важливі фізіологічні процеси: зникають викликані вагітністю зміни в статевих органах, ендокринній, нервовій, серцево-судинній та інших системах. Відбувається становлення та розквіт функції молочних залоз, формування почуття материнства та зміна поведінки жінки. У післяпологовому періоді лікар повинен приділяти особливу увагу профілактиці інфекційних захворювань статевих органів породіллі, слідкувати за інволюцією статевих органів, забезпечити разом з лікарем-неонатологом раціональне вигодовування новонародженого.

З моменту народження і перев'язки пуповини починається розвиток дитини в неонатальному періоді, який триває 28 днів. Це найважливіший і критичний період онтогенезу людини, оскільки характеризується інтенсивними процесами морфологічної та функціональної перебудови. У перші хвилини і години життя функціональний стан дитини визначається адаптаційними реакціями органів і систем до нових, позаутробних умов.

II. Навчальні цілі

Ознайомитись (a=1):

- з поняттям «третій період пологів», принципами та варіантами його ведення;
- з відокремленням плаценти та методами оцінки його нормальності;
- з поняттям «післяпологового періоду», післяпологовими змінами в організмі жінки;
- з методами первинної оцінки функціонального стану новонародженого та його первинним туалетом.

Засвоїти (a=2):

- тактики активного та очікувального ведення третього періоду пологів;
- ознаки відшарування плаценти, зовнішні методи видалення посліду, що відшарувався;
- методики визначення крововтрати під час пологів та її оцінювання;
- фізіологічні параметри інволюції матки, а також оцінювання змін інших органів у пuerperiumі;
- показання та протипоказання до сумісного перебування матері й дитини;
- техніку прикладання дитини до груді, зціджування молока;
- методи первинної оцінки функціонального стану новонародженого;
- правила первинного туалету новонародженого;

- принцип "теплого ланцюжка".

Оволодіти та удосконалити навички (a =3):

- активного ведення третього періоду пологів;
- визначення ознак відшарування плаценти;
- проведення зовнішніх прийомів виділення плаценти;
- огляду посліду, що народився;
- огляду пологових шляхів після пологів на фантомі;
- визначення крововтрати;
- туалету породіллі;
- догляду за грудними залозами, техніки зціджування молока;
- проведення первинного туалету новонародженого;
- проведення антропометрії.

Вміти (a =4):

- оцінювати загальний стан роділлі/породіллі;
- визначати ознаки відшарування плаценти;
- проводити зовнішні методи видалення посліду, що відшарувався;
- активно і пасивно вести III період пологів;
- визначати об'єм крововтрати під час пологів та оцінювати його;
- визначати цілісність посліду;
- проводити догляд за породіллею, за грудними залозами;
- здійснювати профілактика та лікування лактостазу і тріщин сосків;
- оцінювати новонародженого за шкалою Апгар;
- визначати клініко-функціональні параметри здорових доношених новонароджених;
- проводити первинні заходи новонародженим у пологовому залі при фізіологічних пологах.

III. Виховні цілі:

- сформувати навички ефективного спілкування з роділлями/породіллями та членами їх родини, міжособистісного спілкування і професійних взаємовідносин;
- сформувати сучасне професійно-клінічне мислення у студентів;
- сформувати відчуття професійної відповідальності за життя матері і новонародженого.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

№ п/п	Дисципліни	Знати	Вміти
Забезпечуючі дисципліни			
	Анатомія	Анатомію зовнішніх та	Дати характеристику

1.	людини	внутрішніх статевих органів.	будови жіночих статевих органів
2.	Топографічна анатомія	Взаєморозташування жіночих статевих органів з органами сечовидільної та травної системи.	Диференціювати утворення органів малого тазу
Забезпечувані дисципліни			
1	Неонатологія	Ознаки зрілості та недоношеності плода	Оцінити стан плода.
Внутрішньопредметна інтеграція			
1.	Методи дослідження в акушерстві та гінекології	Основні та додаткові методи обстеження в акушерстві та гінекології	Провести гінекологічне обстеження. Оцінити результати клініко-лабораторних досліджень та додаткових методів обстеження

V. *Зміст навчального матеріалу:*

5.1. Клінічний перебіг і ведення III періоду пологів.

Третій період (послідовий) продовжується від народження плода до виділення плаценти з оболонками. За відсутності ознак кровотечі його тривалість не повинна перевищувати 40 хвилин. Необхідно звернути увагу на механізми відшарування нормально розміщеної плаценти (початок відшарування з центру плацентарної поверхні з вивертанням амніотичною оболонкою назовні - механізм Шульцце, з краю з наступним згортанням плаценти навпіл - механізм Дункана, рис.1). Цілість посліду визначають візуально.

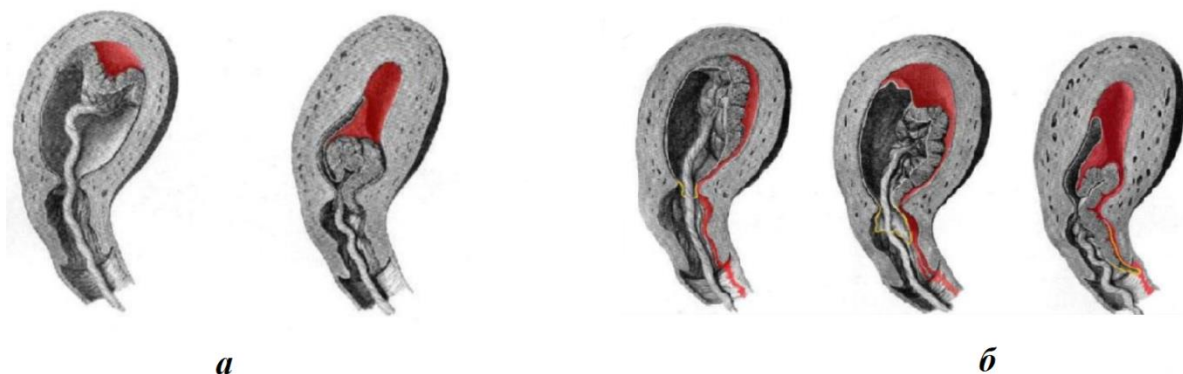


Рис. 1 – Варіанти відділення посліду: а – по Шульцце (центральный), б – по Дункану (периферичний).

Крововтрата у послідовому періоді, що не перевищує **0,5% маси роділлі** вважається фізіологічною. Єдиним об'єктивним методом обліку крововтрати є її вимірювання (зважування просочених кров'ю серветок і пелюшок чи безпосередньо за допомогою мірного посуду/обладнань).

Існують дві тактики ведення третього періоду пологів активна та очікувальна.

Активне ведення третього періоду пологів

Завдяки низці переваг активне ведення третього періоду пологів є найбільш розповсюдженою тактикою у світі та рекомендовано Всесвітньою Організацією Охорони Здоров'я, Міжнародною Федерацією Акушерів - Гінекологів та Міжнародною Конфедерацією Акушерок.

Застосування методики активного ведення третього періоду під час кожних пологів дозволяє знизити частоту післяпологової кровотечі, що зумовлена атонією матки на 60%, а також зменшити кількість післяпологової крововтрати та необхідність гемотрансфузії.

Стандартні компоненти активного ведення третього періоду пологів включають (рис.2):

- введення утеротоніків (а);
- народження посліду шляхом контрольованих тракцій за пуповину при відведенні матки долонею від лона (б);
- масаж матки через передню черевну стінку після народження посліду (в).

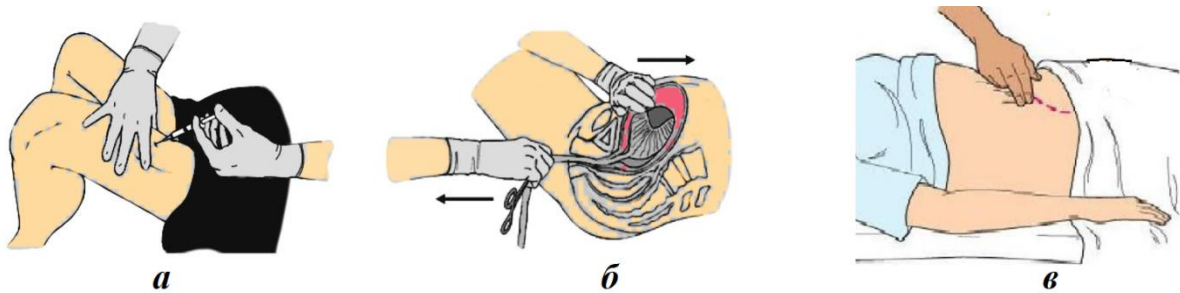


Рис.2 – Елементи активного ведення III періоду пологів

Правила введення утеротоніків: протягом першої хвилини після народження дитини пропальпувати матку для виключення наявності в ній другого плоду, при його відсутності - ввести 10 ОД окситоцину внутрішньом'язово. Окситоцин є переважним утеротоніком, оскільки його ефект проявляється вже через 2-3 хвилини, він може бути використаний у всіх жінок.

Якщо в наявності немає окситоцину можна використати - ергометрин - 0,2 мг в/м. Жінка має бути поінформована про можливі побічні ефекти цих препаратів.

Не можна використовувати ергометрин жінкам з преєклампсією, еклампсією та гіпертензією.

Контрольовані тракції за пуповину.

- перетиснути пуповину ближче до промежини затискачем, тримати перетиснуту пуповину та затискач в одній руці;
- покласти другу руку безпосередньо над лобком жінки і утримувати матку відводячи її від лона;
- злегка натягнути пуповину і дочекатись сильного скорочення матки (за звичай через 2-3 хв. після введення окситоцину);
- одночасно з сильним скороченням матки запропонувати жінці потужитись і дуже обережно потягнути (тракція) за пуповину донизу, щоб відбулося народження плаценти, одночасно при цьому продовжувати проводити другою рукою контртракцію у напрямку протилежному тракції (тобто відштовхуючи матку від лона).

- якщо плацента не опускається (тобто не народжується) протягом 30-40 сек. контрольованої тракції, зупинити тракцію за пуповину, але продовжуйте обережно її утримувати у стані легкого натягіння; друга рука залишається над лоном, утримуючи матку.
- дочекатися поки матка знову добре скоротиться та повторити контрольовану тракцію за пуповину з контртракцією на матку.

Ніколи не проводити тракцію (підтягування) за пуповину без застосування контртракції (відведення) добре скороченої матки над лоном.

Проведення тракції за пуповину без скорочення матки може призвести до вивороту матки.

Після народження плаценти утримують її двома руками і обережно повертають, викручуючи оболонки, повільно підтягують плаценту вниз для закінчення пологів.

У разі обриву оболонок, обережно обстежують піхву і шпику матки в стерильних рукавичках. У разі виявленні оболонок використовують вікончатий затискач для видалення їх залишків.

Уважно оглядають плаценту та переконуються в її цілісності. Якщо ділянка материнської поверхні відсутня, або є ділянка обірваних оболонок з судинами, є привід запідозрити затримку ділянок плаценти та розпочати необхідні заходи.

Масаж матки: після народження посліду негайно проводять масаж матки через передню черевну стінку жінки, доки вона не стане щільною.

В подальшому пальпують матку кожні 15 хв. протягом перших 2-х год., щоб бути впевненому в тому, що після масажу матка не розслабляється, а залишається щільною. При необхідності проводять повторний! масаж.

Міхур з льодом на низ живота у ранньому післяпологовому періоді не застосовується.

Активне ведення III періоду пологів повинно бути запропоновано кожній жінці, оскільки воно понижує частоту післяпологових кровотеч, виникаючих внаслідок атонії матки.

Роділля повинна бути поінформована відносно активного ведення III періоду пологів, та має надати добровільну письмову згоду на його проведення

Очікувальне ведення третього періоду пологів

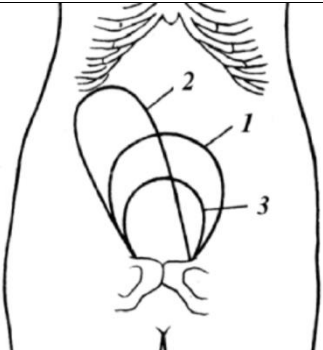
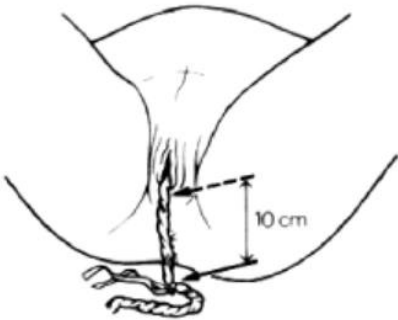
Акушерка після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини, перетискає та перетинає пуповину. Проводиться ретельний нагляд за загальним станом породіллі, ознаками відшарування плаценти, кількістю кров'яних виділень.

При появі ознак відшарування плаценти (ознаки Шредера, Альфельда, Кюстнера-Чукалова, таб. 1)

- необхідно запропонувати жінці «натужитись», що призведе до народження посліду.

Таб.1 – Ознаки відділення плаценти

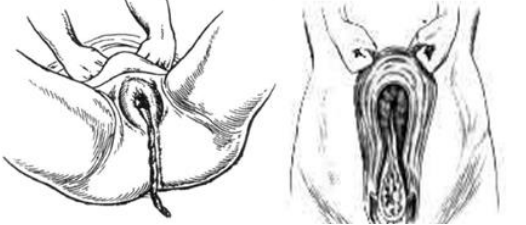
Ознака	Опис	Ілюстрація
--------	------	------------

Шредера	Лікар спостерігає за дном матки. Якщо плацента відокремилась та спустилась в нижній сегмент чи у піхву, дно матки піднімається вверх і розташовується вище та вправо від пупка, матка набирає вигляду пісочного годинника.	
Альфельда	Лікар накладає лігатуру на пуповину біля задньої спайки промежини, при відокремленні плаценти місце де була накладена лігатура спускається на 8 – 10 см нижче від вульварного кільця.	
Кюстнера-Чукалова	Лікар натискає ребром долоні на надлобкову ділянку, в разі відокремлення плаценти матка піднімається вверх, а пуповина не втягується у піхву.	

За наявності ознак відшарування плаценти але затримці народження посліду більше 30 хвилин, застосовуються методи виділення плаценти, що відділилась (таб. 2).

Таб.1 – Способи виділення плаценти, що відділилась

Ознака	Опис	Ілюстрація
Перед проведенням будь-якого із способів, проводять катетеризацію сечового міхура, легкий масаж матки та приведення її у серединне положення.		
Абуладзе	Передню черевну стінку роділлі обома руками захоплюють у поздовжню складку та пропонують жінці потужитися. Цей прийом зменшує об'єм черевної порожнини та призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску. Послід легко народжується завдяки значному підвищенню внутрішньочеревного тиску.	

Гентера	Двома кулаками натискають на матку в ділянці її кутів у напрямі донизу і досередини. Підвищується тонус матки та внутрішньоматковий тиск, що сприяє народженню посліду.	
Креде-Лазаревича	Матку захоплюють правою рукою так, щоб великий палець знаходився на передній поверхні матки, чотири інших на задній, і стискають матку у передньо-задньому розмірі, витискуючи з неї послід.	

За відсутності ознак відшарування плаценти і зовнішньої кровотечі протягом 30 хвилин після народження плода - проводиться ручне відокремлення і виділення посліду (рис. 3).

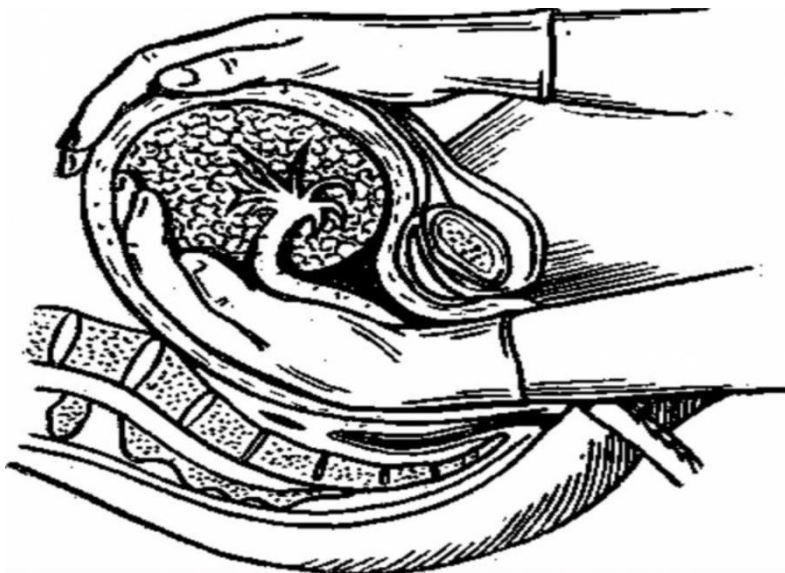


Рис.3 – Ручне відокремлення і виділення посліду

В разі виникнення кровотечі - ручне відокремлення та виділення посліду має бути проведено негайно під адекватним знеболенням.

Після виділення плаценти є необхідним її ретельний огляд (переконання у цілісності плаценти з оболонками, рис. 4).

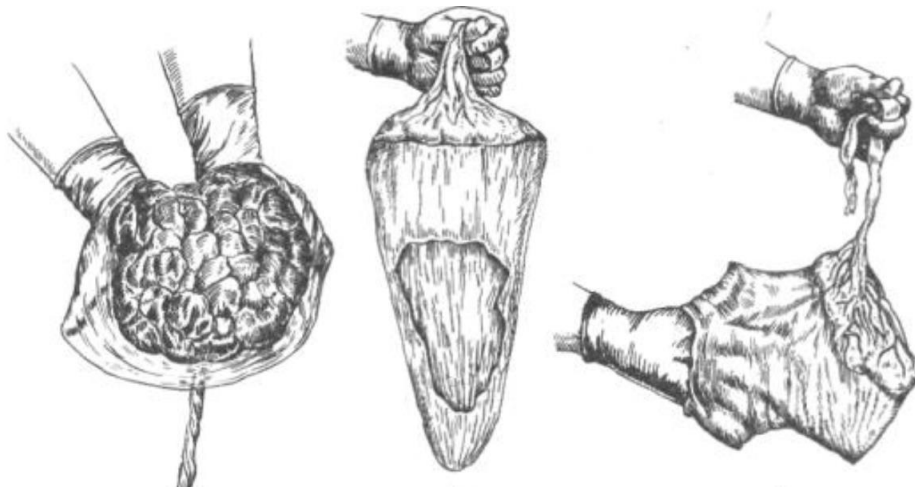


Рис. 4 – Оцінка цілісності плаценти і плодових оболонок

Загальна тривалість пологів у середньому складає у першороділь 8-12 годин, у повторнороділь - 6-8 годин.

Огляд пологових шляхів після пологів (за допомогою вагінальних дзеркал) виконується тільки за наявності кровотечі, після оперативних вагінальних пологів або при невпевненості лікаря за цілісність пологових шляхів (стрімкі пологи, пологи поза лікарняним закладом).

5.2. Клінічний перебіг і ведення післяпологового періоду.

Післяпологовим періодом (puerperium) називають період, що починається відразу після пологів і продовжується до 6 тижнів (42 діб). Він поділяється на ранній та пізній.

Ранній післяпологовий період починається з моменту вигнання посліду та триває 2 години. В цей період породілля знаходиться у пологовому відділенні під наглядом лікаря, що пов'язано з ризиком виникнення ускладнень, насамперед, кровотечі. Цей період є дуже важливим і його треба розглядати як термін швидкої адаптації функціональних систем жінки після великого навантаження під час вагітності і, особливо, пологів.

Пізній післяпологовий період триває з моменту переведу породіллі у післяпологове відділення (через 2 години після закінчення пологів) впродовж 6 тижнів. Під час цього періоду відбувається зворотній розвиток (інволюція) всіх органів і систем, які змінилися у зв'язку з вагітністю та пологами. Слід підкреслити, що виняток становлять молочні залози, функція яких активується саме у післяпологовий період. Також треба відмітити, що темп інволюційних процесів є максимальним у перші 8-12 днів та найбільш виразними є у статевих органах, насамперед, у матці.

Зміни в організмі жінки у післяпологовому періоді.

Матка. Відразу після народження посліду, матка починає швидко скорочуватися та набуває округлої форми. Відкриті судини плацентарної ділянки стискаються. Негайно після народження плаценти тіло матки скорочується і дно її знаходиться на серединній відстані між лобком і пупком, потім трохи піднімається. Передня і задня стінки матки мають товщину 4-5 см і прилягають одна до одної; порожнину матки вистеляє децидуальна оболонка. Протягом наступних двох днів дно матки знаходиться трохи нижче пупка; через 2 тижні після пологів матка опускається нижче симфізу. До попередніх розмірів матка повертається звичайно через 6 тижні. Інволюція матки

відбувається за рахунок зворотного розвитку частини м'язів шляхом гіалінового та жирового переродження (рис.5).

Протягом 2-3 днів після пологів децидуальна оболонка залишається в матці і розділяється на два шари. Поверхневий шар некротизується і виділяється з лохіями (післяпологовими виділеннями). Базальний шар, прилеглий до ендометрія, який містить ендометріальні залози, залишається інтактним і стає основою для регенерації нового ендометрія.

Регенерація ендометрію проходить протягом трьох тижнів, за виключенням плацентарної ділянки. Повна регенерація епітелію в ділянці прикріплення плаценти триває 6 тижнів. При порушенні регенерації в плацентарній ділянці можуть виникати післяпологові кровотечі та інфікування.

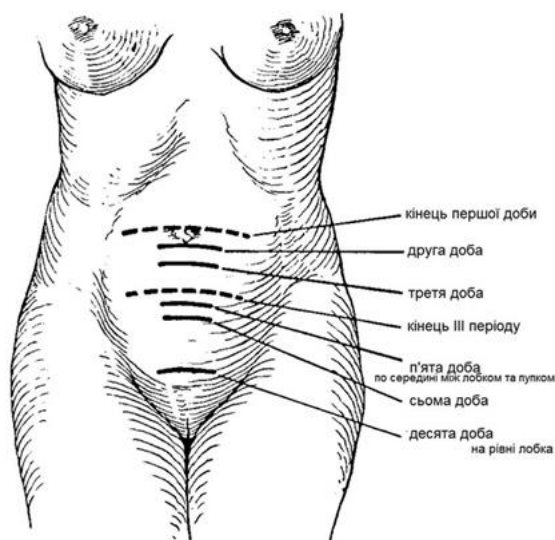


Рис. 5 – Післяпологова інволюція матки

Шийка матки. Через 10-12 годин після пологів канал шийки матки має лічкоподібну форму, внутрішнє вічко пропускає 2-3 пальці, а на 3 добу – один палець. На 8-10 день після пологів шийка матки сформована, внутрішнє вічко закрите.

Вагінальний тракт. Протягом 3 тижнів після пологів стінки вагіни набряклі, остаточне повернення до «вихідного» стану відбувається до кінця післяпологового періоду. Дрібні пошкодження слизової оболонки вагіни регенерують за 5-7 діб. Статева щілина змикається, поступово відновлюється тонус м'язів тазового дна.

Яєчники. В післяпологовому періоді починається дозрівання фолікулів. Характерним є ановуляторний цикл, на фоні якого відбувається перша менструація після пологів. В подальшому овуляторні цикли відновлюються. Завдяки виділенню великої кількості пролактину у жінок при грудному годуванні, менструації відсутні кілька місяців, або на протязі всього періоду годування малюка груддю.

У жінок, що не годують груддю дитину, менструація відновлюється через 6-8 тижнів після пологів. Перша менструація після пологів, як правило, відбувається на тлі ановуляторного циклу: фолікул росте, зріє, але овуляція не відбувається, і жовте тіло не утворюється. В ендометрії відбуваються процеси проліферації. Внаслідок атрезії фолікулу та падіння концентрації естрогенних гормонів настає відторгнення функціонального шару - менструація. Надалі овуляторні цикли поновлюються. У деяких жінок овуляція і настання вагітності можливі протягом перших місяців після пологів, навіть на тлі годування груддю.

Абдомінальна стінка і тазове дно. Внаслідок розриву еластичних волокон шкіри

і тривалого розтягнення вагітною маткою, передня черевна стінка деякий час залишається м'якою і обвислою та повертається до нормальної структури за декілька тижнів. За виключенням стрій, звичайно абдомінальна стінка повертається до попереднього стану, але при атонії м'язів може залишатися в'ялою і слабкою. Інколи спостерігається діастаз прямих м'язів живота. М'язи тазового дна також поступово відновлюють свій тонус, але наявність травми під час пологів може привести до послаблення мускулатури і сприяти виникненню генітальних гриж (проляпсів).

Молочні залози. Функція молочних залоз після пологів досягає найвищого розвитку. Естрогени і прогестерон протягом вагітності стимулюють ріст протоків і альвеолярної системи молочних залоз. Під впливом пролактину відбувається посилений приплив крові до молочних залоз, їх нагрубання, яке є найбільш виразним на третю добу післяпологового періоду. Секреція молока відбувається в результаті складних рефлексорних і гормональних дій. Утворення молока регулюється нервовою системою та гормоном аденогіпофіза - пролактином. Крім того, оптимальний рівень інсуліну, тиреоїдних та адреналових гормонів відіграє вторинну роль у становленні лактації. Смоктання стимулює періодичну секрецію пролактину і, рефлексорно, окситоцину; останній стимулює виділення молока з альвеол у проток молочних залоз. Треба відмітити, що цей процес також посилює скорочення післяпологової матки. У період до 3 доби після пологів молочні залози виробляють молозиво (colostrum). Молозиво має високу концентрацію білків, переважно глобулінів, і мінералів й меншу – цукру і жиру. Білки молозива за амінокислотним складом займають перехідний стан між білковими фракціями грудного молока та сироваткою крові, що, очевидно, полегшує організму новонародженого у період переходу від плацентарного харчування до годування молоком матері. Молозиво містить високий рівень імуноглобулінів А, G, M, D, а також Т- і В-лімфоцити. Це має велике значення у перші дні життя новонародженого, коли функції його органів та систем ще незрілі, а імунітет знаходиться у стадії становлення. Молозиво проходить конверсію спочатку у перехідне молоко (перші 3-4 дні), а потім - у зріле молоко (з 4-5 дня). Молоко – це біла рідина, що являє собою суміш крапельок жиру, що знаходяться в сироватці. Молоко має лужну реакцію, при кип'ятінні не згортається. Молоко, як і молозиво, містить білки, солі, вітаміни, ферменти, антитіла, вуглеводи.

Дихальна система. У зв'язку із опусканням діафрагми після пологів збільшується ємкість легенів, що є підставою зниження кількості дихальних рухів до 14-16 за хвилину.

Серцево-судинна система та система кровотворення. Після пологів виникають зміни в гемодинаміці, пов'язані з ліквідацією матково-плацентарного кровообігу і виділенням із організму матері деякої кількості рідини. Серце займає свій звичайний стан у зв'язку із опусканням діафрагми. Відразу після пологів відмічається лабільність пульсу зі схильністю до брадикардії, при цьому артеріальний тиск у перші дні після пологів може бути зниженим, а далі – досягає нормальних показників. У кінці першого тижня після пологів об'єм циркулюючої крові знижується до звичайного. Показники крові найчастіше не відрізняються від нормальних, однак, в ранній післяпологовий період має місце значний лейкоцитоз – до $30 \times 10^9/\text{л}$ – з перевагою гранулоцитів. Має місце підвищений рівень фібриногену в плазмі, що обов'язково треба ураховувати при профілактиці розвитку флебітів нижніх кінцівок.

Система сечовиділення. Функція нирок у здорових породіль не порушена; діурез нормальний, у перші дні після пологів може бути трохи підвищеним. Функція сечового міхура достатньо часто порушена, що пов'язано з Perezбудженням симпатичної

іннервації сфінктера та зниженням тону м'язів січового міхура з виникненням набряку та дрібних крововиливів у шийку сечового міхура, внаслідок його здавлення між голівкою плоду та стінкою таза під час пологів.

Органи травлення та обмін речовин. Система травлення після пологів функціонує нормально. Інколи спостерігається атонія кишечника з виникненням закрепів. Обмін речовин у перші тижні після пологів зазвичай підвищений, а далі, до 3-4 тижня – нормалізується.

Нервова система. Після закінчення пологів звичайно має місце прояв психоемоційного напруження різного ступеня, що нормалізується протягом 1-2 діб. Породілля в цей період потребує психологічної підтримки близьких та медичного персоналу.

Ведення післяпологового періоду. Основні принципи.

1. Забезпечення доброго самопочуття матері та дитини:

Оцінка стану матері, вимірювання та реєстрація температури, артеріального тиску, визначення характеру та частоти пульсу. Звертають увагу на молочні залози: визначають їх форму, можливе нагрубання, стан сосків, наявність тріщин на них.

Постійний контроль за післяпологовими виділеннями (лохіями) та інволюцією матки:

- протягом перших двох годин - кожні 15 хвилин;
- протягом третьої години - кожні 30 хвилин;
- протягом наступних трьох годин - кожні 60 хвилин;
- протягом подальшого перебування в післяпологовому відділенні - один раз на добу.

Виконання вправ післяпологової гімнастики.

2. Підтримка раннього грудного вигодовування:

Контакт «шкіра до шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, цілодобове сумісне перебування матері та новонародженого, заохочення матері вибрати ту позицію при грудному вигодовуванні, яка буде найбільш комфортною, як для неї, так і для дитини, сприяє тривалому та успішному вигодовуванню. Це забезпечує емоційний контакт та надає породіллі можливість висловлювати свої материнські почуття.

Захищає новонародженого від інфекцій.

Абсолютні протипокази до грудного вигодовування:

- вживання наркотиків та алкоголю;
- Т-клітинна лейкемія;
- рак молочної залози (РМЗ);
- герпетична висипка на сосках;
- активна форма туберкульозу легенів;
- призначення хіміотерапевтичних засобів при онкологічних захворюваннях;
- ВіІ-інфекція;
- галактоземія у дитини.

Наявність імплантів молочних залоз не служить протипоказом до грудного вигодовування.

3. Підтримка у матері відчуття впевненості в собі:

Надання матері точної та вичерпної інформації протягом всього післяпологового періоду відносно її стану та стану новонародженого, придбані навички якісного догляду та спостереження за дитиною підвищать відчуття впевненості в собі, а також нададуть можливість своєчасно звернутись за допомогою в разі необхідності.

4. Проведення консультування з питань планування сім'ї та догляду за дитиною після виписки.

Фізіологічний післяпологовий період характеризується задовільним станом породіллі, нормальною температурою та частотою пульсу, закономірною інволюцією матки, наявністю нормальної кількості та якості лохій, достатньою лактацією.

Перші дві години після пологів жінка знаходиться у індивідуальному пологовому залі під наглядом акушерки, лікаря акушера-гінеколога; при цьому може бути також присутній чоловік або хтось з родичів за бажанням жінки. Цей проміжок часу є дуже важливим, протягом якого відбуваються фізіологічні процеси пристосування материнського організму до нових умов існування, тому необхідним є створення найбільш комфортних умов, які б сприяли ефективній адаптації після пологів. Цьому безперечно сприяє знаходження дитини поряд із матір'ю у контакті «шкіра-до-шкіри» та раннє прикладання новонародженого до грудей, що у свою чергу забезпечує становлення грудного годування, тепловий захист малюка, профілактику інфекцій і розвиток емоційного зв'язку між дитиною та матір'ю. Оптимальною для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25-28⁰С. В подальшому, за умови відсутності протипоказань, новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує її годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньої лікарської інфекції.

Під час перебування породіллі у пологовому залі лікар акушер-гінеколог повинен стежити за її пульсом, артеріальним тиском, контролювати стан матки: визначає її консистенцію, розмір, висоту стояння дна матки у відношенні до симфізу та пупку, спостерігає за крововиділенням з пологових шляхів. Слід зазначити, що оцінювання крововтрати в ранньому післяпологовому періоді є обов'язковим. Вимірювання крововтрати проводиться за допомогою будь-якої мірної склянки. Середня крововтрата у послідовий та ранній післяпологовий періоди дорівнюється 250-300 мл чи 0,5% від маси тіла жінки, але не більше 500 мл.

У ранньому післяпологовому періоді виконують огляд зовнішніх статевих органів, лонного зчленування, промежини. Огляд шийки матки та вагіни проводиться за допомогою дзеркал за показаннями. Якщо проводилася епізіотомія або мала місце травма пологових шляхів, обов'язковим є відновлення цілісності пологових шляхів із застосуванням місцевого знеболювання.

Через дві години після пологів породіллю з малюком переводять до післяпологового відділення, де проводиться подальший нагляд за нею. Необхідним є вимірювання температури тіла 2 рази на добу, вранці та вечорі, огляд шкіри та слизових оболонок, визначення характеру та частоти пульсу вимірювання артеріального тиску. Особливу увагу звертають на молочні залози – визначають їх форму, стан сосків, наявність тріщин та можливе набухання залози. При лактостазі проводять зціджування. Орієнтують жінку на ретельний щоденний огляд молочних залоз, виявлення затверділостей; проводять бесіду щодо профілактики маститів. Новонародженого годують залежно від його вимог.

Щоденно необхідно проводити пальпацію живота породіллі з визначенням висоти стояння дна матки, її консистенції. Висота стояння дна матки вимірюється в см по відношенню до лонного зчленування. В першу добу після пологів дно матки розташоване вище лобкового зчленування на 13-16 см, в другу добу – 10-12 см, 3 доба – 7-9 см. Швидкість репаративних процесів в порожнині матки визначається також за післяпологовими виділеннями – лохіями. Лохії мікроскопічно складаються з

еритроцитів, уривків децидуальної оболонки, епітеліальних клітин, бактерій; мають нейтральну або лужну реакцію. В перші дні присутність крові надає їх червоному кольору (lochia rubra), на 3-4 день після пологів – стають світлішими (lochia serosa), а на 8-10 день, завдяки переважній присутності лейкоцитів, лохії стають жовтувато-білими (lochia alba, рис. 6).



Рис.6 – Лохії

В даний час прийнято активне ведення післяпологового періоду, яке полягає в тому, що породілля вже через 6 годин після пологів може підніматись з ліжка, що сприяє поліпшенню кровообігу, прискоренню процесів інволюції у статевій системі, нормалізації функції сечового міхура й кишківника. Щодня за породілею спостерігають лікар і акушерка. Температуру тіла вимірюють два рази на добу. Особливу увагу приділяють характеру пульсу, вимірюють АТ. Оцінюють стан молочних залоз, їх форму, стан сосків, наявність тріщин (після годування дитини). Визначають висоту стояння дна матки, її поперечник, консистенцію, болючість. Оцінюють характер і кількість лохій. Щодня оглядають зовнішні статеві органи і промежину. Звертають увагу на наявність набряку, гіперемії, інфільтрації.

Фізіологічний післяпологовий період характеризується задовільним загальним станом жінки, нормальною температурою, частотою пульсу та артеріального тиску, правильною інволюцією матки, нормальною кількістю лохій, достатньою лактацією. Через 6 годин після фізіологічних пологів породіллі дозволяють підніматись, ходити, приймати душ. У післяпологовому періоді може бути затримка сечовипускання (атонія сечового міхура), спорожнення кишківника, виділень з матки (лохіометра), уповільнений зворотній розвиток матки (субінволюція), нагрубання молочних залоз, тріщини сосків, інфекційні захворювання та інші ускладнення.

Кожні 3 доби змінюють постільну білизну. Не рідше 4-5 разів на добу породілля повинна підмиватися з милом. При наявності швів на промежині – їх необхідно утримувати сухими, змащувати 1-2 рази на добу спиртовим розчином календули або іншим антисептичним засобом. Шовкові шви знімають на 5 добу

Догляд за здоровою породіллею нерозривний від догляду за її здоровим немовлям і здійснюється відповідно до сучасних перинатальних технологій. В основі сучасних перинатальних технологій лежить винятково грудне вигодовування.

Для забезпечення винятково грудного вигодовування необхідні:

- негайне прикладання дитини після народження до грудей матері;
- спільне перебування матері і дитини в пологовому будинку;
- виключення всіх видів пиття та годування, крім грудного молока;
- неприпустимість застосування сосок, різків, що послаблюють оральну моторику немовлят;
- годування дитини грудьми на першу вимогу, без нічних інтервалів;
- максимально рання виписка з пологового будинку.

Перше смоктання запускає механізм лактації. Суть лактації визначається двома основними процесами:

- а) секреція молока в залозі під впливом пролактину;
- б) спорожнювання залози під впливом окситоцину.

У світі немає засобів, що стимулюють секрецію пролактину, крім спорожнювання молочної залози. Аналоги пролактину не синтезовані. Тому єдиний спосіб існування лактації – смоктання. Окситоцин, що виробляється при цьому, підсилює скорочення гладкої мускулатури міометрію, знижуючи крововтрату і прискорюючи відділення плаценти і виділення посліду. Дитина одержує перші краплі молозива, що містять концентрат імуноглобулінів, у тому числі й антитіла до загальних для нього з матір'ю інфекцій. Лактофлора з ареолярної зони потрапляє в основний локус формування біоценозу організму – кишківник дитини, забезпечуючи фізіологічну контамінацію мікрофлори. Як бачимо, для дитини негайне прикладання до грудей – це цілий комплекс протиінфекційних заходів, як профілактичних, так і лікувальних.

Спільне перебування матері і дитини необхідне для зменшення контактів немовляти з іншими дітьми. А головне – можливість годування дитини на першу її вимогу, що також запобігає допоюванню дітей водою, глюкозою. Не менш важливе формування загального з материнським біоценозу і здобування матір'ю навичок догляду за немовлям під керівництвом медичного персоналу.

Протипоказання для спільного перебування матері і дитини:

- з боку матері:
 - тяжкі форми пізніх гестозів;
 - екстрагенітальні захворювання у стадії декомпенсації
 - оперативні втручання
 - гострі інфекційні захворювання;
 - розриви промежини 3-го ступеня;
- з боку новонародженого:
 - недоношеність;
 - внутрішньоутробна гіпотрофія плоду 3 ст.;
 - асфіксія при народженні середнього та важкого ступенів;
 - родова травма;
 - важкі вроджені вади;
 - гемолітична хвороба;
 - синдром дихальних розладів.

Абсолютні протипоказання до спільного перебування: відкрита форма туберкульозу, гострі психічні захворювання матері.

У післяпологовому періоді спостерігають два «фізіологічних» підвищення температури. Перше настає протягом 12 годин після пологів. Воно зумовлене перенапругою в пологах вегетативного відділу нервової системи і надходженням у кров після посиленої м'язової роботи молочної кислоти. Друге підвищення температури

може бути на 3-4 добу після пологів і пояснюється тим, що саме до цього часу мікроорганізми з піхви проникають у матку, у якій процеси регенерації слизової оболонки ще далеко не закінчені. Захисна реакція проти проникнення мікроорганізмів у тканини, виражається, зокрема, короточасним однократним підвищенням температури тіла до 37,5°C, що не є приводом до переведу породіллі в обсерваційне відділення.

У перші 2 доби після пологів їжа повинна легко засвоюватись. З 3 доби після випорожнення кишечника призначають звичайну дієту з перевагою молочнокислих, білкових продуктів, свіжих фруктів і овочів. Їжа повинна бути багата на вітаміни А, В, С. Необхідно уникати гострих страв, консервів, ковбас, жирного м'яса, алкоголю, а також потенційних алергенів для дитини (цитрусові).

Спільне перебування матері і дитини сприяє швидкій адаптації обох у післяпологовому періоді і ранній виписці зі стаціонару.

Виписка породіллі зі стаціонару проводиться:

1. Після оцінки стану матері:

- відсутність скарг;
- стабільні показники гемодинаміки;
- відсутність кровотечі;
- відсутність ознак інфікування.

2. Коли мати навчена догляду та нагляду за дитиною.

3. При відсутності відхилень від фізіологічного перебігу післяпологового періоду породіллі з новонародженим виписується через повні 2 доби після пологів, після кесаревого розтину – на 5 добу, при наявності ускладнень рішення щодо виписки приймається індивідуально в кожному конкретному випадку..

4. Коли мати проконсультована з питань вигодування новонародженого, післяпологової контрацепції та основних загрозливих симптомів післяпологового періоду.

Загрозливі симптоми в післяпологовому періоді:

<i>Загрозливі симптоми у жінок в післяпологовому періоді</i>	<i>Загрозливі стани дитини, при яких потрібна допомога</i>
вагінальна кровотеча (використання 2-3 прокладок за 30 хв.); підвищення температури тіла; утруднення дихання; біль у животі; біль молочних залоз та сосків; біль у промежині; нетримання сечі, біль / утруднення при сечовиділенні; гнійні / з неприємним запахом виділення з піхви.	дитина погано смоче груди; дитина млява або збудлива; у дитини виникли судоми; у дитини порушення дихання; дитини гіпертермія, або гіпотермія; визначається набряк, гіперемія або нагноювання пупкової ранки; у дитини блювання або діарея.

Виписку породіль із стаціонару при неускладненому перебігу післяпологового періоду проводять на 3 добу, Під час виписки породіллі обов'язково проводиться піхвове акушерське дослідження. Виписують породіль під нагляд лікаря акушера-

гінеколога жіночої консультації та дільничного педіатра з рекомендаціями, до яких входять:

- виконання правил індивідуальної гігієни;
- дотримання режиму дня, з відпочинком не менш 8 годин за добу;
- виконання спеціальних фізичних вправ післяпологової гімнастики;
- дотримання дієти та режиму харчування з середньою калорійністю 2600-2800 ккал/доб, з достатньою кількістю білків, вітамінів, мінералів;
- можливість відновлення статевого життя вирішується індивідуально залежно від стану жінки.

Через 3-4 тижні після пологів жінка повинна пройти стандартне обстеження в жіночій консультації, де всебічно оцінюється стан її здоров'я, обговорюються питання подальшого перебігу післяпологового періоду та даються рекомендації щодо планування сім'ї.

5.3. Фізіологія періоду новонародженості

Період новонародженості – найважливіший, критичний період життя людини. В адаптації організму дитини до умов позаутробного життя беруть участь всі найважливіші функціональні системи. А перехідний процес перебудови їхньої діяльності являє собою сутність періоду новонародженості. Знання цих особливостей дозволяє лікарю правильно інтерпретувати процеси, які відбуваються в неонатальному періоді.

Потрібно визначити основні терміни даного періоду.

Перинатальний період – період, який починається з 22 повного тижня вагітності (з 154 доби від першого дня останнього нормального менструального циклу – термін гестації, якому відповідає маса 500 г) і закінчується після 7 повних діб життя новонародженого (168 годин після народження).

Новонароджений – дитина з моменту народження упродовж перших 28 діб.

Неонатальний період – починається з моменту народження дитини та триває 28 повних діб:

- перші 7 діб – ранній неонатальний період;
- з 8-ої до 28-ої доби – пізній неонатальний період.
-

Послідовність дій при здійсненні медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною в пологовій залі

Відразу після народження дитини акушерка викладає дитину на живіт матері, обсушує голову і тіло дитини стерильними, сухими, попередньо підігрітими пелюшками.

✓ Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини акушерка, змінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину і перекладає дитину на груди матері.

✓ За появи пошукового і смоктального рефлексу акушерка допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.

✓ Через 30 хв. після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксілярній ділянці.

✓ Після проведення контакту матері і дитини „очі в очі” (але не пізніше першої години життя дитини) акушерка після обробки рук проводить новонародженому

профілактику офтальмії із застосуванням антибактеріальних препаратів (очні краплі, мазь).

✓ Контакт “шкіра-до-шкіри” проводиться не менше 2 годин у пологовій залі за умови задовільного стану матері і дитини.

✓ Після завершення контакту “шкіра-до-шкіри” акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клемування пуповини, вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітини, зважування, після чого проводиться первинний лікарський огляд і акушерка одягає дитині чисті повзуни, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички.

✓ Дитина, разом з матір'ю накривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

Десять кроків теплового ланцюжка:

1. Температура в пологовій кімнаті (операційній) 25-28°C.
2. Негайне обсушування дитини відразу після народження підігрітими пелюшками.
3. Контакт “шкіра-до-шкіри” не менше 2 годин.
4. Грудне вигодовування починати протягом першої години після народження.
5. Зважування та антропометрію проводити після контакту “шкіра-до-шкіри”.

Перше купання доцільно здійснювати вдома.

6. Правильно одягнути дитину, використовуючи теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки і накрити теплою ковдрою.

7. Цілодобове спільне перебування матері і дитини.

8. Транспортування в теплих умовах, разом з матір'ю.

9. Реанімація в теплих умовах.

10. Підвищення рівня підготовки та знань.

Оцінка стану новонародженого

Стан новонародженого оцінюють за шкалою Апгар через 1, 5 та 10 хвилин після народження (таб.3). Шкала передбачає оцінку за десятибальною системою п'яти показників (0-2 бали за показник): серцевий ритм, дихання, шкіряні покриви, тонус м'язів, рефлекс. Хорошим показником вважають стан новонародженого при оцінці не нижчій 8 балів, задовільним - не нижчі 7, нижчі оцінки свідчать про можливу асфіксію різного ступеня тяжкості.

За умови задовільного стану новонародженого, його викладають на живіт матері, проводять обсушування сухою пелюшкою та накривають іншою сухою пелюшкою.

Через 1 хвилину після народження здійснюють клемування й перетин пуповини. При необхідності проводять видалення слизу з ротової порожнини грушею, або електровідсмоктувачем. Одягають шапочку, шкарпетки.

Якщо стан дитині задовільний, вона укладається на груди матері і накривається разом з нею ковдрою для забезпечення умов "теплового ланцюжка". Контакт "шкіра до шкіри" приводить до активізації смоктального рефлексу дитини та сприяє ранньому прикладанню до грудей (протягом перших двох годин). Після цього проводиться обробка пуповини, дитина вільно сповивається і знаходиться спільно з матір'ю.

Обов'язково проводиться спостереження в динаміці за станом дитини та породіллі, скороченням матки, характером виділень із пологових шляхів.

Обов'язковим є вимірювання температури тіла новонародженого протягом перших 30 хвилин із записом у карту розвитку новонародженого. Необхідною умовою є виконання температурного режиму у пологовому залі, де температура має бути не менше 25°C.

Профілактику офтальмії усім новонародженим протягом першої години життя проводять із застосуванням 0,5% ерптротроїцинової або 1% тетрациклінової мазі.

Через 2 години після народження дитина одягається у дитячий одяг (не сповивається!) та разом з матір'ю переводиться у післяпологове відділення на сумісне перебування.

Таблиця 3. Оцінка загального стану дитини за шкалою Апгар

Симптоми	Оцінка в балах		
	0	1	2
Серцебиття	Відсутнє	Менше 100 за 1 хв.	100 і більше за 1 хв.
Дихання	Відсутнє	Слабкі неритмічні дихальні рухи	Адекватне, гучний крик
М'язовий тонус	Відсутній	Незначна флексія кінцівок	Добра флексія кінцівок, активні рухи
Рефлекторна реакція на відсмоктування з верхніх дихальних шляхів або тактильну стимуляцію	Відсутня	Гримаса	Крик, кашель або чхання
Колір шкіри	Різка блідість або центральний ціаноз	Тулуб рожевий, ціаноз кінцівок	Рожевий або локальний ціаноз

Догляд за пуповиною, пуповинним залишком, пупковою ранкою

Перетинання та клемування пуповини:

- Після закінчення пульсації пуповини на неї накладають 2 стерильних затискачі Кохера: перший на відстані 10 см від пупкового кільця, другий назовні від нього на 2 см, потім пуповину між затискачами перерізають стерильними ножицями.

- Через 2 години після народження дитини на сповивальному столі з підігрівом стерильною сухою марлевою серветкою відтискають між вказівним і великим пальцями залишок пуповини та накладають стерильну одноразову клеми на 0,3-0,5 см від пупкового кільця.

Догляд за пуповинним залишком і пупковою ранкою:

- ♦ обов'язкове ретельне миття рук;
- ♦ пуповинний залишок не треба накривати пов'язками або підгузниками;
- ♦ нема необхідності обробляти пуповинний залишок антисептиками за умови забезпечення раннього контакту матері і дитини "шкіра-до-шкіри" з подальшим спільним перебуванням;

◆ за умови відсутності раннього контакту “шкіра-до-шкіри” та подальшого відокремлення від матері з метою профілактики колонізації госпітальною флорою рекомендується обробка пуповинного залишку та пуповинної ранки антисептиками;

◆ одяг дитини повинен бути чистим;

◆ при забрудненні пуповинного залишку (сеча, випорожнення) промити теплою кип’яченою водою з милом та ретельно просушити чистою серветкою або пелюшкою;

◆ дитину можна виписувати додому з пуповинним залишком, який не має ознак інфекції, за умови проведення медичним персоналом навчання та засвоєння матір’ю навичок догляду за пуповинним залишком;

◆ необхідно підтримувати пуповинний залишок (пупкову ранку) завжди сухими та чистими;

◆ до загоєння пупкової ранки купати дитину у кип’яченій воді.

Догляд за шкірою: Підмивання дитини здійснюють під теплою проточною водою так, щоб тіло не торкалось раковини, дівчаток спереду в напрямку до сідниць. Не доцільно без медичних показань використовувати для догляду за шкірою присипки, мазі, тощо. Перше купання новонародженого слід здійснити в домашніх умовах.

Профілактика геморагічної хвороби новонародженого. Причиною виникнення геморагічної хвороби новонародженого є дефіцит вітаміну К. Вітамін К призначається всім новонародженим з метою профілактики цієї хвороби. Профілактичне введення: вітамін К1 в дозі 1 мг внутрішньом’язово вводиться в першу добу життя одноразово. При наявності пероральної форми вітаміну К рекомендується доза препарату 2 мг, яку вводять в першу та сьому добу життя.

Вакцинація новонароджених

Проти гепатиту В. Вакцинація здійснюється за умови проінформованої згоди матері.

➤ Вакцинації проти гепатиту В підлягають всі здорові новонароджені до виписки з пологового будинку.

➤ Дітям, народженим від матерів з невизначеним або позитивним HbsAg щеплення проводиться відразу після народження (в перші 12 годин).

➤ Дітям, що народились від матерів з позитивним HbsAg при наявності специфічного імуноглобуліну проти гепатиту В рекомендовано одночасне його введення з вакциною не пізніше першого тижня у різні ділянки тіла.

➤ Недоношеним новонародженим, які народились з масою тіла менше 2000 г вакцинацію проводять при досягненні дитиною маси тіла 2000 г або через місяць.

➤ Якщо дитина в тяжкому стані, проводити вакцинацію слід після покращення стану перед випискою з лікарні.

➤ Новонародженим вакцина вводиться внутрішньом’язово в передньобоккову поверхню стегна.

Проти туберкульозу. Вакцинація здійснюється за умови проінформованої згоди матері.

➤ Вакцинація проводиться всім здоровим новонародженим на 3-5 добу життя.

➤ Якщо дитина хвора, імунізація проводиться після одужання.

➤ Якщо мати дитини хвора на активний туберкульоз легень, вакцинація не проводиться.

➤ Недоношеним дітям з вагою при народженні менше 2000 г вакцинація здійснюється після досягнення дитиною маси тіла 2000 г до виписки з лікарні.

➤ Вакцину БЦЖ застосовують внутрішньошкірно.

Нормальна реакція на введення: на місці внутрішньошкірного введення вакцини

БЦЖ розвивається специфічна реакція у вигляді папули розміром 5-10 мм у діаметрі. У новонароджених нормальна вакцинальна реакція з'являється через 6-8 тижнів. Реакція має зворотній розвиток протягом 2-3 міс, інколи й у більш тривалий термін. У 90-95% вакцинованих на місці щеплення повинен утворитись поверхневий рубчик 5-10 мм у діаметрі.

Скринінг новонароджених (масове обстеження новонароджених) на виявлення вроджених й спадкових хвороб. Його проводять в пологових будинках. Це програма загальнодержавного масштабу, що окуповується за рахунок зниження кількості інвалідів дитинства. Скринінг в Україні проводиться на *фенілкетонурію* (частота - 1:10000), *вроджений гіпотиреоз* (1:5000), *вроджену гіперплазію наднирників* (адреногенітальний синдром - 1:5000), *муковісцидоз* (1:2000-1:4000). Біологічний матеріал для скринінгу – декілька крапель крові на фільтрувальному папері.

Межеві стани (перехідні, фізіологічні, транзиторні) - це стани пристосування (адаптації) новонародженого до зовнішнього середовища. З'являються ці стани після народження, але в нормі - швидко зникають. Не у кожної дитини є всі межеві стани, деякі розвиваються тільки у недоношених. Певні фізіологічні стани є тільки зміною лабораторних показників і не мають клінічних проявів. За певних умов (насамперед, в залежності від гестаційного віку при народженні, особливостей перебігу внутрішньоутробного періоду та пологів, умов зовнішнього середовища після народження, догляду, вигодовування, наявності у дитини захворювання) ознаки транзиторних станів можуть перейти в патологічні порушення. До основних межових станів належать: фізіологічна еритема; токсична еритема; фізіологічна жовтяниця; транзиторне порушення теплового балансу; фізіологічна втрата первинної маси тіла; транзиторні особливості функцій нирок; статевий криз; фізіологічна диспепсія; транзиторна гіпервентиляція і особливості раннього неонатального акту дихання; особливості неонатальної гемодинаміки; транзиторні особливості метаболізму (катаболічна направленість обміну, метаболічний ацидоз, гіпоглікемія, активований ліполіз, гіпомагніємія, гіпокальціємія); транзиторні особливості гемостазу і гемопоезу.

Новонароджена дитина може бути виписана з пологового будинку на третю добу життя (після двох повних днів після пологів) за умови задовільного стану та достатнього рівня підготовки та інформування матері з питань догляду та контролю за станом дитини.

VI. План та організаційна структура заняття.

№ п\п	Основні етапи заняття, їх функції та зміст	Цілі	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення	Час
1	2	3	4	5	6
Підготовчий етап					
I	Організаційні заходи				2%
II	Постановка навчальних цілей та мотивація			Див.п.2”Навчальні цілі” Див.п.1”Актуальні	3%

				сть теми”	
III	Контроль вихідного рівня знань, навиків, вмінь: - Структура та функції плаценти. - Утеротонічні засоби. - Нормальна анатомія матки, яєчників, молочних залоз. - Нормальна анатомія піхви, м'язів тазового дна. - Періоди дитячого віку. - Поняття „доношений плід”. - Поняття зрілості плоду, основні ознаки зрілості плоду. - Різниця між поняттями «доношений» та «зрілий» плід. - Анатомо-фізіологічні особливості новонародженої дитини і догляд за нею - Зміни у структурах таза жінки під час вагітності та пологів.	($\alpha=2$)	- індивідуальне теоретичне опитування - тестовий контроль - рішення типових задач	- питання для теоретичного опитування - тести - типові задачі -структурно-логічні схеми, таблиці - муляжі	15 %

Основний етап

IV	<i>Формування професійних навичок:</i> - Активне і очікувальне ведення III періоду пологів: особливості, умови, етапи. - Визначати наявність ознак відділення плаценти. - Демонструвати на фантомі методи виділення плаценти, що відділилась. - Визначати об'єм та оцінювати крововтрату у III періоді пологів.	($\alpha=3$)	Метод формування навичок: практичний тренінг	Алгоритми методів обстеження гінекологічних хворих, муляжі для тренінгу, гінекологічний інструментарій,	65 %
		($\alpha=4$)	Метод формування	Тематичні хворі, історії хвороби; УЗД – знімки або УЗД в реальному часі, результати	

$$(\alpha=4)$$

	- Визначати задовільний перебіг інволюції матки та післяпологових змін інших репродуктивних органів. - Вимірювання основних параметрів новонародженого, оцінка його стану. - Первинний туалет новонародженого, вакцинація та скринінги. <i>Формування професійних вмінь:</i> - Визначати об'єм та давати оцінку післяпологовій крововтраті. - Визначати масу і зріст новонародженого. - Визначати ознаки зрілості новонародженого. - Оцінювати відділення плаценти, самостійно проводити методи виділення плаценти, що відділилась. - Оцінювати задовільність післяпологових змін репродуктивних органів. - Проводити оцінку новонародженого за шкалою Апгар; первинний туалет новонародженого.		вмінь: тренінг у вирішенні типових і нетипових ситуаційних задач - реальних клінічних, імітованих, тестових	інших додаткових методів обстеження ситуаційні задачі IV рівня, інтерактивні завдання.	
Підсумковий етап					
V	Контроль та корекція рівня практичних навиків.	($\alpha=3$)	Індивідуальний контроль практичних навиків	Тематичні хворі, муляжі Гінекологічний інструментарій	20 %

VI	Контроль та корекція рівня професійних вмінь	(α=4)	Аналіз результатів клінічної роботи студентів, рішення задач і тестів IV рівня	Результати клінічної роботи, нетипові задачі і тести IV рівня	
	Підведення підсумків заняття:				
	Теоретичного, практичного, організаційного		Підсумкове оцінювання студентів за критеріями знань, навиків, вмінь	Орієнтовна карта для самостійної роботи з літературою. Рекомендована література (основна, додаткова, електронні джерела)	
	Домашнє завдання				

VII. Матеріали методичного забезпечення заняття

7.1. Матеріали контролю для підготовчого етапу заняття

Питання (α=2) :

1. Чим характеризується III період пологів?
2. Тривалість III періоду пологів?
3. Які механізми відшарування плаценти від стінки матки?
4. Коли і який документ підписує роділля стосовно III періоду пологів?
5. В чому полягає активна тактика ведення III періоду пологів?
6. Які правила введення утеротоніків при активному веденні III періоду пологів?
7. Які утеротоніки вводять при активному веденні III періоду пологів та в якому дозуванні?
8. Якому утеротоніку надається перевага в III періоду пологів при активному веденні і чому?
9. Коли перетискається пуповина при активній та очікувальній тактиках ведення III періоду пологів?
10. Коли виконується перша контрольована тракція за пуповину?
11. Що треба виконувати в III періоді пологів з метою попередження вивороту

матки?

12. Коли і з якою тривалістю виконується масаж матки?
13. В чому полягає очікувальна тактика ведення III періоду пологів?
14. Які ознаки відшарування плаценти?
15. Які методи виділення відшарованої плаценти?
16. Коли виконують ручне відокремлення та виділення посліду?
17. Якій тактиці ведення III періоду пологів надається перевага в випадку коли не має утеротоніків?
18. Як визначається цілісність плаценти?
19. Який об'єм фізіологічної крововтрати у пологах та методи його контролю?
20. Коли обов'язково виконується огляд пологових шляхів в дзеркалах?
21. Як довго після закінчення III періоду пологів породілля знаходиться в пологовій палаті?
22. Що таке «післяпологовий період» та яка його тривалість?
23. Яка тривалість раннього та пізнього післяпологового періоду?
24. Який характер виділень з матки у ранньому післяпологовому періоді?
25. Як здійснюється інволюція матки та інших статевих органів після пологів?
26. Що таке лохії, яка їх характеристика та фізіологічна роль?
27. Як змінюються розміри та маса матки після пологів?
28. Від яких факторів залежить інволюція матки?
29. В яких випадках може відбуватися затримка зворотнього розвитку матки?
30. Як проводиться нагляд за статевими органами породіллі та швами?
31. Як змінюється функція молочних залоз у післяпологовому періоді?
32. Яке значення відіграє молозиво у вигодовуванні новонародженого?
33. Який склад жіночого молока?
34. Нагляд за молочними залозами, режим годування та зціджування?
35. Як проводиться профілактика тріщин сосків?
36. Що передбачає негайне прикладання новонародженого до грудей матері?
37. Протипокази до грудного вигодовування.
38. Визначення неонатального періоду та зрілості новонародженої дитини.
39. Десять кроків теплового ланцюжка.
40. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.
41. Первинний туалет новонародженого.
42. Вакцинація та скринінги новонародженого.

7.2. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Завдання для формування навичок ($\alpha=3$) :

1. Оцінювати ознаки відділення плаценти.
2. Виконувати способи виділення плаценти, що відділилась.
3. Проводити активне ведення III періоду пологів.
4. Визначати висоту дна матки у післяпологовому періоді.
5. Оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар.
6. Проводити первинний туалет новонародженого.
7. Дотримуватись принципів «теплого ланцюжка» при догляді за новонародженим та породілею.

Завдання для формування вмінь ($\alpha=4$)

1. Визначати нормальний і патологічний перебіг III періоду пологів.
2. Проводити активно III період пологів.
3. Оцінювати стан жінки у III періоді пологів та післяпологовому періоді.
4. Оцінювати стан новонародженого за шкалою Апгар.

Інтерактивне завдання ($\alpha=4$):

1. Групу студентів поділити на 3 підгрупи, завдання для формування вмінь надати кожній підгрупі
2. Групу студентів поділити на 3-4 підгрупи, кожній групі надати різні манекени: новонароджених для визначення маси та зросту новонародженого, макет нижньої частини тулуба жінки для проведення способів видалення плаценти, що відділилась, макет плаценти для демонстрації ознак відділення плаценти.
3. Групу студентів поділити на 2 підгрупи:

Підгрупа 1 – оцінює стан жінки в післяпологовому періоді в різні його дні за наданими параметрами.

Підгрупа 2 - оцінює новонародженого за шкалою Апгар за виданими параметрами, оцінює зрілість плода, проводить первинний туалет новонародженого та демонструє етапи теплового ланцюжка.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ:

1. Народилась жива, доношена дівчинка. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар 9 балів. Проведено первинний туалет новонародженого. Дитина зважена через 5 хв після народження. Перебуває у спеленому стані, на столику для новонароджених із підігрівом. Через 2 години після пологів дитина разом з матір'ю переводиться в палату спільного перебування, загорнута у пелюшку та ковдру. Які кроки “теплого

ланцюжка” були порушені?

- *Правильно одягнути дитину, використовуючи теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки і накрити теплою ковдрою.*
- *Контакт “шкіра-до-шкіри” не менше 2 годин.*
- *Зважування та антропометрію проводити після контакту “шкіра-до-шкіри”.*

2. Народився живий доношений хлопчик: ціанотичний, активно рухається, дихає без гучного крику, серцебиття 136 уд/хв., при тактильній стимуляції кашляє.

Яка оцінка новонародженого за шкалою Апгар?

7 балів.

3. Після завершення II періоду пологів, народження і відокремлення дитини, лікар обрав тактику активного ведення III періоду пологів. Протягом першої хвилини ввів окситоцин 10 ОД в/м та відразу приступив до тракції за пуповину та контракції матки від лона. Яке порушення активної тактики ведення III періоду пологів допустив лікар?

До тракції за пуповину та контракцію матки від лона приступають одночасно з першим сильним скороченням матки, тоді ж пропонують жінці потужитися.

4. Під час обстеження породіллі визначено: температура 36,7°C, АТ 120/70 мм рт. ст. Скарг немає. Молочні залози лактують, безболісні, тріщин на сосках немає, живіт м'який, безболісний. Дно матки розташовано на 1 поперечний палець вище від пупка, матка тверда, безболісна. Лохії кров'яністі, помірні, випорожнення в нормі. Якому дню післяпологового періоду відповідає стан породіллі?

3 доба.

5. Загальний стан породіллі задовільний. Скарг немає. Температура 36,7°C, АТ 120/70 мм.рт. ст. Молочні залози в стадії помірного нагрубання, тріщин на сосках немає, живіт м'який, безболісний. Матка тверда, безболісна, дно її розташовано на середині між пупком і верхнім краєм лона. Лохії серозно-кров'яністі, помірні, жовтого кольору. Стул і сечовипускання в нормі. Якій добі післяпологового періоду відповідає стан породіллі та інволюція матки?

4 доба.

6. Після завершення II періоду пологів, народження і відокремлення дитини, лікар обрав тактику активного ведення III періоду пологів. Одночасно з сильним скороченням матки запропонував жінці потужитися та приступив до тракції за пуповину та контракції матки від лона. Яке порушення активної тактики ведення III періоду пологів допустив лікар?

Протягом першої хвилини треба було ввести утеротонік.

7. При огляді породіллі на сьому добу після пологів цервікальний канал вільно пропускає 1 поперечник пальця: матка збільшена до 12-13 тижнів вагітності. Чи можна

виписувати породіллю додому?

Ні.

8. Лікар обрав очікувальну тактику ведення III періоду пологів. Пуповина була перетиснута та перетнута на 1 хвилині після народження дитини. Протягом 35 хвилин не має ознак відшарування плаценти та зовнішньої кровотечі. Лікар вирішив вести окситоцину 10 ОД в/м. Яке порушення очікувальної тактики ведення III періоду пологів допустив лікар?

Якщо при очікувальній тактиці ведення III періоду пологів протягом 30 хвилин немає відшарування плаценти та кровотечі, лікар повинен виконати ручне відокремлення плаценти та її видалення.

9. Лікар обрав очікувальну тактику ведення III періоду пологів. Пуповина була перетиснута та перетнута на 1 хвилині після народження дитини. Протягом 12 хвилин спостерігають відсутність просування пуповини за межі вульварного кільця, пуповина не пульсує, зовнішня кровотеча відсутня, тіло матки кулястої форми незначно випинає на 4-6 см вище лона. Показники гемодинаміки в нормальних межах, стан породіллі задовільний. Що робити в зазначених обставинах?

Очікувальна тактика (до 30 хв).

10. Жінка 33 років, 40 тижнів гестації, поступила до пологового будинку із розривом плодових оболонок, що відбувся через годину після початку регулярних перейм. В анамнезі 2 медичні аборти. I та II періоди пологів пройшли без особливостей, тривали 18 годин. Тактика ведення очікувальна через незгоду жінки на активне ведення. Через 30 хв після народження дитини плацента не відділилась, при натисканні на дно матки кінець пуповидного залишку подовжується і не втягується після припинення тиску. Загальний стан породіллі задовільний. Пульс 88 уд. за хв, АТ – 120/80 мм рт. ст. Сформулюйте діагноз. Про яку ознаку відділення плаценти йдеться? Тактика лікаря?

Вагітність III, пологи I, термінові, на 40 тижні гестації. III період пологів.

Защемлення посліду? Перевірено ознаку Чукалова-Кюстнера. Тактика: перейти до способів видалення плаценти, що відділилась (бажано Абуладзе).

11. Жінка 30 років, 39 тижнів гестації, поступила до пологового будинку із розривом плодових оболонок. Через 3 години почалися регулярні перейми. В анамнезі 3 медичні аборти. I та II періоди пологів пройшли без особливостей, тривали 17 годин. Тактика ведення очікувальна через незгоду жінки на активне ведення. Через 30 хв після народження дитини плацента не відділилась, зажим, накладений на пуповину, опустився на 10 см. Загальний стан породіллі задовільний. Пульс 73 уд. за хв, АТ – 125/70 мм рт. ст. Сформулюйте діагноз. Про яку ознаку відділення плаценти йдеться? Тактика лікаря?

Вагітність IV, пологи I, термінові, на 39 тижні гестації. ПРПО. III період пологів.

Защемлення посліду? Перевірено ознаку Альфельда. Тактика: перейти до способів видалення плаценти, що відділилась (бажано Абуладзе).

12. Народилась жива доношена дівчинка: рожева шкіра із синюшними кінцівками, активно рухається, голосно кричить, серцебиття 152 уд/хв., при тактильній стимуляції крик посилюється.

Яка оцінка новонародженого за шкалою Апгар?

9 балів.

13. Народився живий, доношений хлопчик. Оцінка новонародженого за шкалою Апгар 8 балів. Проведено первинний туалет новонародженого. Дитина зважена через 2 години після народження. Перебуває на столику для новонароджених із підігрівом. Через 2 години після пологів дитина разом з матір'ю переводиться в палату спільного перебування, загорнута у пелюшку та ковдру. Які кроки "теплого ланцюжка" були порушені?

- Контакт "шкіра-до-шкіри", раннє прикладання до грудей.

14. Роділля відмовилась від активного ведення III періоду пологів. Після перетискання та перетинання пуповини протягом першої хвилини після народження дитини, було введено 10 ОД окситоцину в/м. Протягом 10 хвилин ознак відшарування плаценти немає. Яке порушення очікувальної тактики ведення III періоду пологів допустив лікар?

При очікувальній тактиці ведення III періоду пологів утеротоники не вводяться.

15. Лікар обрав активну тактику ведення III періоду пологів, згоду отримано. Пуповина була перетиснута та перетнута на 1 хвилині після народження дитини. Через 12 хвилин з'явилися ознаки відшарування плаценти. Лікар спостерігав, але протягом наступних 20 хвилин народження плаценти не відбулося. Яке порушення тактики ведення III періоду пологів допустив лікар?

Після введення окситоцину із першим сильним скороченням матки необхідно було приступити до тракції-контракції.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ:

1. Перша година після I термінових нормальних пологів. Скарг породілля не пред'являє. Пульс 84 уд. за хв, АТ 110/70 мм.рт.ст, температура 36,8°C. Живіт м'який, безболісний. Матка щільна, дно матки на рівні пупка. Виділення кров'яністі, у помірній кількості. У якому періоді знаходиться породілля?

А. Послідовний.

В. Пізній післяпологовий.

С. Ранній післяпологовий.

Д. Післяпологова інволюція.

Е. Післяпологової субінволюції.

2. Третя доба після I термінових нормальних пологів. Дитина на спільному перебуванні, природному вигодовуванні. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Температура 36,4°C, пульс 80 уд. за хв. АТ 110/70 мм.рт. ст. Молочні залози м'які, безболісні. Лактація помірна, відтік молока не утруднений. Матка щільна, дно матки на 3 п/п нижче за пупок. Лохії кров'яно-серозні, у помірній кількості. Оцініть динаміку зворотного розвитку матки.

- A. Субінволюція.
- B. Фізіологічна інволюція.
- C. Лохіометра.
- D. Гематометра.
- E. Патологічна інволюція.

3. Коли припиняється виділення лохій?

- A. До 6-8 тижня після пологів.
- B. На 10 добу після пологів.
- C. На 1 добу після пологів.
- D. В кінці 10 тижня після пологів.
- E. На 5 добу після пологів.

4. Під час огляду породіллі 32 років акушер-гінеколог визначає характер післяпологових виділень з матки. Вкажіть характер лохій у перші 3 доби післяпологового періоду.

- A. Слизові.
- B. Серозні.
- C. Кров'янисто-серозні.
- D. Кров'янисті.
- E. Серозно-кров'янисті.

5. Після завершення фізіологічних пологів та перебування у пологовому залі породілля була транспортована у післяпологове відділення. Скільки породілля перебуває у пологовому залі при ранньому післяпологовому періоді?

- A. 3 години.
- B. 6 годин.
- C. 48 годин.
- D. 24 години.
- E. 2 години.

6. Породілля 25 років, 7 доба після пологів, загальний стан задовільний, скарг немає.

Температура тіла 36,6°C, пульс 76 уд/хв. Молочні залози м'які, соски цілі, безболісні. Матка щільна, безболісна, дно її визначається над лоном. Лохії серозно-слизові, мізерні. Фізіологічні випорожнення в нормі. Який гормон, що виділяє гіпофіз, стимулює скорочення матки:

- А. Прогестерон.
- В. Фолікулін.
- С. Окситоцин.
- Д. Лютеїнізуючий.
- Е. Пролактин.

7. Породілля 30-ти років вагою 69 кг знаходиться у ранньому післяпологовому періоді. Лікар акушер-гінеколог стежить за крововтратою. Який об'єм крововтрати буде фізіологічним у даному випадку?

- А. 250 мл.
- В. 550 мл.
- С. 500 мл.
- Д. 400 мл.
- Е. 450 мл.

8. Породілля 31-го року знаходиться у індивідуальній пологовій залі. Через 2 години після пологів визначається наступні дані: стан жінки задовільний, матка щільна, лохії кров'янисті, помірні. Тактика акушера-гінеколога:

- А. Транспортувати породілля в гінекологічний стаціонар.
- В. Транспортувати в післяпологове відділення.
- С. Залишити породілля в пологовій залі з наступним спостереженням.
- Д. Виписати породілля зі стаціонару.
- Е. Ввести породіллі утеротонічні засоби.

9. Через 9 годин після нормальних пологів у породіллі спостерігається температура 37,7°C. Скарги на слабкість, переймоподібні болі внизу живота, які посилюються при годуванні новонародженого. При обстеженні помірно нагрубання молочних залоз, соски без патології. Матка тверда, чутлива при дослідженні, дно на рівні пупка. Лохії з домішкою крові у помірній кількості. Який попередній діагноз:

- А. Лактостаз.
- В. Залишки частин посліду у порожнині матки.
- С. Пізній післяпологовий період, перша доба.
- Д. Ранній післяпологовий період.
- Е. Субінволюція матки.

10. Яким методом визначають ступінь інволюції матки після пологів у породіллі?
- А. Вагінальним.
 - В. Перкусії.
 - С. Огляд в дзеркалах.
 - Д. Пальпації.
 - Е. Бімануальним.
11. Які з чинників НЕ впливають прямо на повноцінність лактації:
- А. Особиста гігієна матері.
 - В. Спорожнення молочної залози після годування шляхом зціджування.
 - С. Раціональне харчування матері.
 - Д. Раннє прикладання дитини до грудей.
 - Е. Часте годування дитини.
12. Вибрана очікувальна тактика ведення III періоду пологів. Через 5 хвилин після народження плоду у роділлі матка відхилилася вправо і дно матки визначається на 3 см над пупком. Із вагіни спостерігаються помірні кров'яні виділення. Яка ознака відокремлення плаценти спостерігається?
- А. Клейна.
 - В. Кюстнера-Чукалова.
 - С. Альфельда.
 - Д. Довженка.
 - Е. Шредера.
13. При активному веденні III періоду пологів, масаж матки через передню черевну стінку проводять:
- А. Негайно після народження дитини.
 - В. Негайно після народження посліду і кожні 15 хвилин протягом перших 2 год.
 - С. Негайно після введення утеротоніків.
 - Д. Негайно після народження посліду і кожні 30 хвилин протягом перших 2 год.
 - Е. Через 5 хвилин після народження посліду.
14. При очікувальній тактиці ведення III періоду пологів через 15 хвилин з'явилися ознаки відокремлення плаценти, але при натуженні послід не народився. В зв'язку з чим, після випорожнення сечового міхура передня черевна стінка взята обома руками у складку, жінці запропоновано потужитися. Послід при цьому легко народився. Який метод виділення посліду застосовано?
- А. Креде-Лазаревич
 - В. Чукалова-Кюстнера

- С. Абуладзе
- Д. Клейна
- Е. Альфельда

15. Дані функціонального стану дитини при народженні: серцебиття ясне, 136 уд. за хв, дихання самостійне, але без першого крику; шкіра обличчя та тіла рожева, кінцівок – синя; рухи активні; при роздратуванні підощ дитина відсмикнула ніжку, з'явилася гримаса на обличчі і почала голосно кричати. Оцініть стан новонародженого за шкалою Апгар.

- А. 6 балів.
- В. 5 балів.
- С. 10 балів.
- Д. 8 балів.
- Е. 9 балів.

Відповіді:

- 1. С
- 2. В
- 3. А
- 4. D
- 5. Е
- 6. С
- 7. А
- 8. В
- 9. С
- 10. D
- 11. А
- 12. Е
- 13. В
- 14. С
- 15. D

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА:

Використана література.

Основна:

1. Гінекологія: підручник (за ред. Б.М.Венцківського, Г.К.Степанківської, В.П.Лакатоша).- К.: ВСВ Медицина, 2012.- 648 с.

2. Акушерство і гінекологія (у 2-х книгах): підручник (за ред. Грищенко В.І., Щербини М.О.)// Книга І Акушерство.-К.: Медицина, 2011.- 422 с.; Книга ІІ Гінекологія. - К.Медицина, 2011.- 375 с.

Допоміжна:

1. Акушерство: підручник (за редакцією В.І. Грищенка, проф. М.О.Щербини. – К.: Медицина, 2009. – 408 с.
Методична
1. Мілерян В.Є. Методичні основи підготовки та проведення занять у вищих медичних навчальних закладах / К., 2007.- 120 с.