

“Затверджено“
на методичній нараді кафедри
акушерства, гінекології та планування
сім’ї
медичного інституту СумДУ
протокол № _____
від “ _____ “ _____ 2021р.

Методична розробка
самостійної роботи студента з дисципліни «Акушерство»

Тема: Ранні гестози. Гіпертензивні розлади при вагітності. Прееклампсія. Еклампсія.

Кількість годин – 3.

Мета: знати визначення поняття «ранній гестоз», класифікацію ранніх гестозів, сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів, клініку ранніх гестозів, методи діагностики ранніх гестозів. диференціальну діагностику ранніх гестозів з екстрегенітальними хворобами, основні принципи і методи лікування ранніх гестозів, профілактику ускладнень та реабілітацію при ранніх гестозах, термінологію, класифікацію прееклампсії, етіологію, патогенез прееклампсії, фактори ризику щодо виникнення прееклампсії, клініку прееклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром, ускладнення прееклампсії, методи діагностики прееклампсії, методи оцінки ступеня тяжкості прееклампсії, методи лікування різних форм прееклампсії, акушерську тактику при різних ступенях тяжкості прееклампсії, клініку, діагностику, лікування, акушерську тактику при еклампсії, методи профілактики прееклампсії.

Студент має: оцінювати фактори ризику прееклампсії, проводити діагностику пізніх гестозів, визначати ступінь тяжкості прееклампсії, розробляти оптимальний план динамічного спостереження вагітних із групи ризику прееклампсії, призначати лікування вагітним з пізніми гестозами різного ступеня тяжкості, включаючи еклампсію, складати план розродження вагітної з пізнім гестозом, проводити профілактику розвитку прееклампсії, проводити медичну реабілітацію жінок, які перенесли прееклампсію.

Організація 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;

I. Тестування: 20 тестів.

II. Основні питання:

1. Яке визначення поняття «ранній гестоз»?

2. Яка класифікація ранніх гестозів?
3. Які сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів ?
4. Яка клініка блювання вагітних?
5. Які методи обстеження показані при блюванні вагітних?
6. Які принципи і методи лікування блювання вагітних різного ступеня тяжкості?
7. Які клініка, обстеження та лікування при слинотечі у вагітних?
8. Які клініка, обстеження та лікування дерматозів вагітних?
9. Які клініка, обстеження та лікування холестатичного гепатозу вагітних?
10. Які клініка, обстеження та лікування гострого жирового гепатозу вагітних?
11. Які клініка, обстеження та лікування хорей вагітних?
12. Яка диференціальна діагностика різних форм ранніх гестозів з екстрегенітальними захворюваннями?
13. Яка профілактика ранніх гестозів?
14. Яка сучасна термінологія, визначення поняття «пreekлампсія»?
15. Яка класифікація пreekлампсії?
16. Як основні теорії етіології, патогенезу пре еклампсії?
17. Які фактори ризику щодо виникнення пreekлампсії?
18. Яка клініка пreekлампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром?
19. Які методи діагностики пreekлампсії?
20. Які методи оцінки ступеня тяжкості пreekлампсії?
21. Яка тактика лікаря і методи лікування легкої пreekлампсії?
22. Яка тактика лікаря і методи лікування пreekлампсії середньої тяжкості?
23. Яка тактика лікаря і методи лікування тяжкої пreekлампсії?
24. Яка тактика лікаря і методи лікування пreekлампсії в післяпологовому періоді?
25. Яка клініка і діагностика еклампсії?
26. Яка перша допомога при розвитку приступу еклампсії?
27. Яка акушерська тактика і лікування еклампсії?
28. Яке спостереження за породіллями, що перенесли пreekлампсію/еклампсію після виписування із стаціонару?
29. Які методи профілактики пreekлампсії?

III. Практичні навички:

1. Надавати допомогу при ранніх гестозах.
2. Вміти визначити клінічну форму блювоти вагітних та її тяжкість.
3. Вміти призначити план обстеження та лікування блювоти вагітних.
4. Надавати невідкладну допомогу при тяжких формах пreekлампсії та еклампсії.
5. Вміти визначити клінічну форму пreekлампсії та її тяжкість.
6. Вміти призначити план обстеження при пreekлампсії.
7. Призначити магnezіальну терапію при еклампсії

IV. Вирішення ситуаційних задач.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржить на головний біль, порушення зору, загальмованість. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в порожнині малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?
А. Операція накладання акушерських щипців

- В.** Динамічне спостереження за вагітною та плодом
 - С.** Плороруйнівна операція
 - Д.** Консервативне проведення пологів з епізіотомією
 - Е.** Стимуляція пологової діяльності
2. Першовагітна 23-х років з терміном 37-38 тижнів. Стан важкий. Вдома відбувся напад еклампсії. Об'єктивно: АТ- 180/100 мм рт.ст., Рs- 98/хв, генералізовані набряки, свідомість затьмарена. Визначити тактику ведення вагітної:
- А.** Термінове розродження шляхом кесарева розтину на тлі інтенсивної терапії
 - В.** Пролонгація вагітності на тлі інтенсивної терапії
 - С.** Інтенсивна терапія протягом 2-3-х днів з наступним пологорозрешенням
 - Д.** Накладання акушерських щипців
 - Е.** Рання амніотомія
3. У вагітної З., 29 років на прийомному покої з'явилися нудота, блювання, миготіння "мушок" перед очима. АТ на обох руках 170/100 мм.рт.ст., визначаються генералізовані набряки. Встановити правильний діагноз.
- А.** **Прееклампсія важкого ступеня**
 - В.** Еклампсія
 - С.** Відшарування сітківки ока
 - Д.** Загроза крововиливу в мозок
 - Е.** Прееклампсія легкого ступеня
4. Першовагітну госпіталізовано зі скаргами на головні болі. Жіночу консультацію не відвідувала. Встановлено термін вагітності 35-36 тижнів. АТ-180/120 мм рт.ст. праворуч, 140/90 мм рт.ст. ліворуч, набряки нижніх і верхніх кінцівок. У сечі: білок 3,97 г/л, гіалінові та зернисті циліндри. Який найбільш імовірний діагноз?
- А.** **Прееклампсія тяжкого ступеня**
 - В.** HELLP-синдром
 - С.** Прееклампсія середнього ступеня
 - Д.** Прееклампсія легкого ступеня
 - Е.** Поєднаний НПП-гестоз
5. Вагітна з терміном гестації 7 тижнів госпіталізована до пологового будинку у важкому стані зі скаргами на блювання до 20 разів на добу, слабкість, запаморочення, відразу до їжі. За вагітність маса зменшилася на 10 кг. Рs- 105/хв., ритмічний, АТ- 90/60 мм рт.ст., температура тіла 37, 9° С . У крові: Нb- 154 г/л, у сечі ацетон (++++). Комплексна терапія, що проводиться, неефективна. Яка акушерська тактика?
- А.** **Переривання вагітності**
 - В.** Продовжити консервативну терапію гестозу
 - С.** Застосувати у лікуванні хворої плазмаферез
 - Д.** Перевести хвору у гастроентерологічне відділення
 - Е.** Продовжити лікування протягом 1 тижня, потім вирішити питання про можливість пролонгування вагітності
6. Першовагітна поступила до пологового будинку зі скаргами на головний біль, біль в епігастральній ділянці, сонливість, набряки на ногах. АТ - 180/120 мм рт.ст. ОЖ-90 см, ВДМ - 38 см, положення плода повздовжнє, головне передлежання, серцебиття плоду - 130 уд/хв, ритмічне. В сечі білок 3,3 г/л. Який діагноз найбільш імовірний?
- А.** **Прееклампсія тяжкого ступеня**
 - В.** Прееклампсія легкого ступеня

- C. Екламсія
- D. Гіпертонічний криз
- E. набряки вагітних

7. Жінка 28-ми років пред'являє скарги на нудоту, блювання до 10 разів впродовж доби. Відзначає зниження маси тіла, сухість шкіри. Серцебиття до 100/хв. Температура тіла 37,2°C. Знижений діурез. Після проведення ультразвукового дослідження була виявлена вагітність у терміні 5-6 тижнів. Який найбільш імовірний діагноз?

A. Блювання вагітних середнього ступеня

B. Блювання вагітних легкого ступеня

C. Преeklampсія 1 ступеня

D. Передчасне переривання вагітності

E. Харчове отруєння

8. Роділля 28-ми років при надходженні до пологового будинку скаржиться на головний біль, порушення зору, загальмованість. Об'єктивно: АТ- 200/110 мм рт.ст., виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Серцебиття плоду ясне, ритмічне - 190/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду в площині виходу малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?

A. Операція накладання акушерських щипців

B. Кесарський розтин

C. Плорурійнівна операція

D. Консервативне проведення пологів з епізіотомією

E. Стимуляція пологової діяльності

9. 26-річна вагітна жінка доставлена до відділення невідкладної терапії на 36-му тижні вагітності зі скаргами на інтенсивний головний біль у лобній ділянці. При фізикальному обстеженні: артеріальний тиск - 170/90 мм рт.ст., пульс - 85/хв., частота дихання - 15/хв., температура - 36,9°C, набряки кінцівок. Серцебиття плоду - 159/хв. Під час огляду у жінки розвивається напад генералізованих тоніко-клонічних судом. Який препарат лікар має ввести першочергово?

A. Магнію сульфат

B. Діазепам

C. Фенітоїн

D. Ламотриджин

E. Натрію вальпроат

10. Вагітність 40 тижнів, АТ - 180/120 мм рт.ст. Пологова діяльність відсутня. набряки нижніх кінцівок, одутлість обличчя, головний біль, порушення зору, вдома був напад судом. Розпочата терапія - без ефекту. Яка подальша тактика ведення вагітної?

A. Кесарський розтин

B. Розпочати інфузійну терапію

C. Розпочати седативну терапію

- D. Провести стимуляцію пологової діяльності
- E. Нагляд в умовах відділення інтенсивної терапії

11. Жінка 27-ми років на 8-му тижні вагітності скаржиться лікарю, що за останні 8 днів вона відмічає тривалу нудоту та блювання майже після усіх прийомів їжі. За останній тиждень пацієнтка втратила 3 кг ваги. Зараз при рості 160 см жінка важить 46 кг. Пульс - 100/хв., артеріальний тиск - 90/50 мм рт.ст. При огляді відмічаються сухість слизових оболонок, зниження тургору шкіри та астенична статура. Гінекологічний огляд виявив розмір матки, що відповідає 8-му тижню вагітності, без патологічних змін. На УЗД виявлена вагітність одним плодом. Концентрація гемоглобіну - 150 г/л. У загальному аналізі сечі виявлені кетонові тіла (+++). Що із перерахованого є найбільш доречним наступним кроком у веденні пацієнтки?

- A. Внутрішньовенна інфузійна терапія та призначення антиеметиків
- B. Внутрішньовенне введення (3-адрено- блокаторів та парентеральне харчування
- C. Пероральний прийом антиеметиків та антихолінергічних препаратів
- D. Ендоскопічне дослідження та промивання шлунка
- E. Постільний режим та часте годування малими порціями

12. Роділля 18 років поступила в пологове відділення на початку II періоду пологів зі скаргами на сильний головний біль, погіршення зору, болі у епігастрії. Через 3 хвилини стався напад судом з втратою свідомості. Дані обстеження: Загальний стан тяжкий. Шкіра блідо-сірувата, набряки верхніх та нижніх кінцівок, передньої черевної стінки, обличчя. Ат – 180/130 мм рт ст., 150/110 мм рт ст., серцеві тони при аускультатії послаблені, ритмічні. Положення плода поздовжне, передлежить голівка плоду. Серцебиття плоду вислуховується 176 уд. за хв., глухе. Повне відкриття шийки матки. Плідний міхур відсутній. Голівка у площині виходу малого таза. Мис не досягається. Екзостозів не має. Тактика?

- A. Закінчити пологи шляхом накладання акушерських щипців
- B. Зробити кесарський розтин
- C. Призначити стимуляцію пологової діяльності
- D. Плродоруйнівна операція
- E. Зробити перінеотомію, вакуум-екстракцію плоду

13. Машиною швидкої допомоги в пологовий будинок у важкому стані доставлена вагітна 42 років. Термін вагітності 37 тижнів. Об'єктивно: свідомість відсутня. АТ на обох руках 180/110 мм.рт.ст., Ps 110 уд/хв, генералізовані набряки, білок в сечі 5 г/л. При вагінальному огляді структурних змін шийки матки не виявлено. Визначити тактику ведення пологів.

- A. Кесарський розтин
- B. Ведення пологів через природні пологові шляхи
- C. Плродоруйнівна операція
- D. Накладання порожнинних акушерських лещат
- E. Провести операцію вакуумекстракції плоду

14. Вагітна М., скаржиться на головний біль, мерехтіння “мушок” перед очима. Вагітність 32 тижні. Набряки генералізовані. АТ – 190/110 мм.рт.ст. При кип'ятінні

сечі - значний осад. Згідно заключення УЗД плід відповідає 29 тижням. Який діагноз у вагітної?

- A. **Прееклампсія важкого ступеня**
- B. Прееклампсія легкого ступеня
- C. Гіпертонічна хвороба
- D. Еклампсія
- E. Переклампсія середнього ступеня

15. Першовагітна М., з'явилась в жіночу консультацію в 37 тижнів вагітності. Скарг немає. За останні 2 тижня набрала 2 кг ваги. Визначаються набряки ніг. АТ – 120/70 мм.рт.ст. Білок в сечі – 0.8г/л. Встановлено діагноз – прееклампсія легкого ступеня. Яка лікувальна тактика.

- A. **Стаціонарне лікування**
- B. Амбулаторне лікування
- C. Термінове розродження
- D. Кесарський розтин
- E. Пролонгування вагітності\

16. Роділля, 24 років, поступила в пологовий будинок через 4 години від початку родової діяльності зі скаргами на головний біль, нечіткий зір. АТ – 180/100 мм.рт.ст., значні набряки на ногах. Положення плода повздовжне, головне передлежання. Серцебиття плоду 130 уд/хв. Під час внутрішнього акушерського дослідження стався приступ судом з втратою свідомості. Яке ускладнення виникло в пологах?

- A. **Еклампсія.**
- B. Передеклампсія легкого ступеню
- C. Передеклампсія середнього ступеню..
- D. Гіпертонічний криз.
- E. Епілепсія.

17. Вагітна, 25 років доставлена в пологовий будинок . Зі слів родичів, удома було три напади судом. На епілепсію не хворіла. Об'єктивно: вагітна непритомна. АТ на правій і на лівій руці 190/120 мм рт.ст., на нижніх та верхніх кінцівках набряки. Термін вагітності 35 тижнів. Діагноз?

- A. **Еклампсія.**
- B. Епілепсія.
- C. Діабетична кома.
- D. Гостра ниркова недостатність.
- E. Печінкова кома.

18. Вагітна в терміні 35 тижнів, стан тяжкий. Скаржиться на головний біль, порушення зору, миготіння “мушок” перед очима. При огляді: загальний набряк, АТ -180/120. Раптово з'явилися фібрилярні посмикування м'язів обличчя, тонічні судоми. Дихання припинилося. Через 1 хвилину дихання поновилося. З рота значна кількість піни. Амнезія. У клінічному аналізі сечі: білок 7 г/л. Діагноз ?

- A. **Еклампсія**
- B. Черепно-мозкова травма
- C. Гіпертонічний криз
- D. Передеклампсія тяжкого ступеню
- E. Епілепсія

19. Вагітна, 35 років, в терміні 35 тижнів, скаржиться на головний біль. АТ 160/100. Аналіз сечі в нормі. набряків немає. З 16 років відмічає підвищення артеріального тиску. Діагноз?
- A. Гіпертонічна хвороба**
 - B. Преєклампсія легкого ступеню**
 - C. Преєклампсія середнього ступеню**
 - D. Епілепсія**
 - E. Астено-невротичний синдром**
20. Вагітна 25 років привезена до пологового будинку в тяжкому стані. Срок вагітності 34 тижні. Хвора скаржиться на головний біль, порушення зору, нудоту. Із анамнезу відомо, що раніше жінка нічим не хворіла. При огляді визначаються набряки ніг, АТ - 170/130 мм рт.ст. на обох руках. Раптом у вагітної з'явилися фібрилярні посмикування м'язів обличчя, тонічні та клонічні судоми, дихання припинилося. Через 1,5 хв. відновилося дихання, з рота з'явилася піна, забарвлена кров'ю. Вагітна про напад не пам'ятає. У клінічному аналізі сечі: білок 3,5 г/л. Який найбільш імовірний діагноз?
- A. Еклампсія**
 - B. Епілепсія**
 - C. набряк головного мозку**
 - D. Крововилив у мозок**
 - E. Виразка шлунку**
21. Перші пологи. Пологова діяльність розпочалась 5 годин тому. За цей час при достатньо енергійній терапії було 4 напади еклампсії наростаючої сили. Хвора без свідомості, найменше подразнення викликає напад. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, зів матки пропускає 1 палець, плодовий міхур цілий, високо над входом у малий таз визначається рухома голівка. Яка найбільш правильна тактика лікаря?
- A. Зробити кесарський розтин**
 - B. Підсилити пологову діяльність**
 - C. Дати наркоз і продовжити консервативну терапію.**
 - D. Накласти на голівку плоду щипці за Уілт-Івановим**
 - E. Зробити амніотомію.**
22. Першовагітна, строк вагітності - 34 тижні, поступила в стаціонар зі скаргами на головний біль та погіршення зору . АТ- 170/120мм рт.ст. набряки передньої черевної стінки, обличчя. В сечі білок – 0,12 г/л. Протягом тижня інтенсивного лікування стан вагітної погіршився. Заключення окуліста: відшарування сітківки, що розпочалося. Пологової діяльності немає. Який шлях термінового розродження показаний вагітній?
- A. Кесарський розтин**
 - B. Амніотомія**
 - C. Накладання акушерських щипців**
 - D. Родрзбудження по Барацу**
 - E. Пологозбудження на цілому плідному міхурі**
23. Жінка в 36 тиж. вагітності скаржиться на головний біль, нудоту, блювоту, біль в правому підребір'ї. Об'єктивно: блідість шкіриних покривів, жовтяниця слизових оболонок, АТ- 160/100 мм рт.ст. на обох руках, набряки нижніх кінцівок та передньої черевної стінки, крововиливи в місцях ін'єкцій. Пальпаторно визначається різкий біль в епігастральній ділянці та збільшення печінки. Показники крові: збільшення АЛТ, АСТ, тромбоцитопенія, гемоглобін 85 г/л, гіпербілірубінемія. Яке ускладнення виникло у вагітної?
- A. HELP синдром.**

- В. Екламптичний статус.
- С. Синдром дисемінованого внутрішньо-судинного згор_тання крові.
- Д. Розрив печінки.
- Е. Еклампсія.

Ситуаційні задачі:

1. У гінекологічний стаціонар поступила першовагітна при терміні гестації 7-8 тижнів зі скаргами на постійну нудоту, блювоту до 15 разів на добу, відсутність апетиту, зниження маси тіла, підвищення температури до 37,5⁰С. Об'єктивно: іктеричність склер і шкірних покривів, гіпотонія, тахікардія до 120 уд/хв., запах ацетону з роту, діурез понижений, в аналізах крові - гіпербілірубінемія, в аналізах сечі - ацетонурія, циліндрурія. Проведена впродовж 4 діб терапія не привела до поліпшення стану хворої.

Поставте діагноз.

Яка найбільш раціональна тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність I, 7-8 тижнів. Блювота вагітних важкого ступеня.

Тактика ведення - переривання вагітності.

2. У ЖК звернулася повторновагітна при терміні гестації 10-11 тижнів зі скаргами на слабкість, постійну нудоту, блювоту 7-8 разів протягом доби, зниження маси тіла.

Поставте діагноз. Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність II, 10-11 тижнів. Блювота вагітних середнього ступеня тяжкості. Тактика ведення – госпіталізація в стаціонар, призначення комплексної медикаментозної терапії (інфузії, протиблювотні, седативні, антигістамінні, ферментні препарати, гепатопротектори, вітаміни).

3. Першовагітна при терміні гестації 38-39 тижнів поступила зі скаргами на слабкість, сонливість, головний біль, мигтіння «мушок» перед очима, періодичний біль в епігастральній ділянці, набряки на ногах. АТ – 170/115 мм рт. ст. Положення плоду подовжнє, головне передлежання, серцебиття плоду 90-100 уд/хв., приглушено. У сечі білок – 5,3 г/л.

Поставте діагноз. Яка тактика ведення пацієнтки?

Правильна відповідь: Вагітність I, 38-39 тижнів, подовжнє положення, головне передлежання. Тяжка прееклампсія. Дистрес плоду.

4. Першовагітна 28 років поступила в пологовий будинок з пологовою діяльністю. Перейми по 45-50 секунд через 1,5-2 хвилини, помірної сили. Породілля пред'являє скарги на головний біль. АТ – 160/105 мм рт. ст. Виражені набряки нижніх кінцівок. У сечі білок – 3,3 г/л. Серцебиття плоду до 180-185 уд/хв. При внутрішньому акушерському дослідженні: відкриття шийки матки повне, плодовий міхур відсутній. Головка плоду в площині виходу з малого тазу.

Яка тактика ведення пацієнтки? Яке ускладнення вагітності і пологів має місце в даному клінічному випадку?

Правильна відповідь: Тактика ведення – накладення вихідних акушерських щипців, лікування пізнього гестозу. Преєклампсія середнього ступеня тяжкості. Дистрес плоду.

5. Повторновагітна 32 років перебуває на обліку в жіночій консультації. Дані анамнезу: з перенесених захворювань відзначає кір, рідкісні ГРВІ. У віці 11 років двостороння пневмонія. Менструації з 14 років, через 28 днів, по 4 дня, безболісні. Статеве життя з 20 років. Перша вагітність наступила через 2 роки після початку статевого життя і закінчилася штучним абортom при терміні вагітності 10 тижнів. Дана вагітність друга. На диспансерному обліку перебуває з терміну вагітності 8 тижнів. Відвідує жіночу консультацію регулярно. Термін гестації по менструального анамнезу на момент звернення 35-36 тижнів. Протягом останнього тижня з'явилися набряки на ногах, АТ 150/90 мм.рт.ст, стан задовільний. Матка в нормальному тонусі, ВДМ складає 35 см вище лона, ОЖ - 94 см. Передлежить голівка плода, пальпується над входом в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне 134 уд / хв., вислуховується праворуч від пупка. Аналіз сечі - білок 0,033 г/л. Діагноз. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

Правильна відповідь: Вагітність II, 35 - 36 тижнів. Положення плода поздовжнє, передлежання головне, позиція II, передній вид. Легка преєклампсія.

Додаткові методи обстеження: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АлАТ, АсАТ.

Рекомендована література:

1. Акушерство і гінекологія : підручник: у 2-х кн. Кн.1 Акушерство : Акушерство / Б. М. Венцківський, М. О. Щербина, В. І. Грищенко [та ін.] ; – 4-те вид., випр. – К. : Медицина, 2020. – 424 с.
2. Акушерство і гінекологія : підручник: у 2-х кн. Кн.2 Гінекологія / В. Б. М. Венцківський, М. О. Щербина, В. І. Грищенко [та ін.] ; – 3-те вид., випр. – К. : Медицина, 2020. – 376 с.
3. Практикум з акушерства / І.І. Бачинська – К. : «Медицина», 2021. – 104 с.
4. Практикум з фантомного акушерства / П. Явірський, В. Шатило, Т. Явірська – К. : «Медицина», 2017– 144 с.
5. Практикум з гінекології / А.М. Вавілова – К. : «Медицина», 2019. – 96 с.
6. Клінічне акушерство і гінекологія / А. Браян, Магован, Філіп Оуден, Ендрю Томсон; науковий редактор перекладу М. Щербина - К. : «Медицина», 2021. – 512 с.
7. Oxford Textbook of Obstetrics and Gynecology / Sabaratnam Arulkumaran, Wiliam Ledger, Lynette Denny, Stergios Doumouchtsis – Oxford University Press, 2020, 928 p.

Автор:

ас. Н. П. Сухоставець