

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № 10 від 10 січня 2017 року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ  
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>Акушерські щипці та вакуум – екстракція плода</b> (код курсу 4.2.2.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

ПОЛТАВА

## I. Мета заняття

Використання акушерських щипців є основною операцією розродження через природні пологові шляхи. Враховуючи, що ця тема тісно пов'язана з багатьма іншими (слабкістю пологової діяльності, гіпоксією плода, кровотечами, екстрагенітальною патологією при вагітності, пізніми гестозами вагітних та ін.), вивчення її необхідно для студентів, що оволодівають акушерством.

## II. Об'єм повторної інформації

1. Анатомічна будова жіночого таза та голівки новонародженого.
2. Розміри таза, площини таза, провідна вісь таза.
3. Поняття про сегменти голівки.
4. Визначення висоти стояння голівки.
5. Методи обстеження вагітних та роділь.
6. Біомеханізм пологів при передньому виді потиличного передлежання.
7. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів. Знеболення під час пологів

## III. Об'єм нової інформації

1. Будову щипців
2. Показання до операції накладання акушерських щипців
3. Протипоказання до проведення згаданої операції.
4. Умови для виконання цієї операції
5. Методи знеболювання при даній операції
6. Правила накладання акушерських щипців
7. Техніка та етапи виконання операції.
8. Ускладнення для матері та плода при даній операції

## IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

## V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната
2. Пологовий блок.

## Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Клінічний протокол з акушерської допомоги (Наказ МОЗ України № 977 від 27.12.2011 )
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів
5. Інструментарій для виконання операції

## V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Визначити показання, протипоказання та умови до операції накладання акушерських щипців		+	
2.	Виконати на фантомі операцію вихідних акушерських щипців.		+	
3.	Виконати на фантомі операцію порожнинних акушерських щипців		+	

## VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою ( опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-інтерна.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

### *Питання*

1. Яка будова щипців?
2. Які показання до операції накладання акушерських щипців?
3. Які протипоказання до проведення даної операції?
4. Які умови для виконання цієї операції?
5. Які методи знеболювання при даній операції?
6. Які правила накладання акушерських щипців?
7. Яка техніка та етапи виконання операції?
8. Які ускладнення для матері та плода при даній операції?

### *Завдання для самостійної роботи по темі заняття*

1. Визначити показання, протипоказання та умови до операції накладання акушерських щипців
2. Виконати на фантомі операцію вихідних акушерських щипців.
3. Виконати на фантомі операцію порожнинних акушерських щипців

### *Тестові завдання*

1. Роділля К., 26 років, знаходиться в пологах 18 годин: потуги з'явилися годину тому – по 30 сек. через 3-4 хвилини. Серцебиття плода аритмічне, до 100 уд. за хв. При піхвовому дослідженні визначено, що голівка знаходиться у вузькій частині порожнини малого тазу. Ваша подальша акушерська тактика?

- A. Виконати перінеотомію
- B. Кардіомоніторне спостереження та антигіпоксична терапія
- C. Пологи вести умовно консервативно, роділлі ввести атропін в/в
- D. Акушерські лещата \*
- E. Кесарський розтин

2. Роділля 22 роки, пологи перші, термінові. Перейми почалися 12 год. тому. При поступленні перейми кожних 5 хв. по 40 сек., скарги на головний біль та погіршення зору (сітка перед очима). АТ 160/100 мм рт.ст., положення плоду повздовжнє, голівка великим сегментом у вході в малий таз. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 136 уд./хв. Через 4 год. після поступлення почалися потуги, відійшли води. Раптово у роділлі виникли судоми з короткочасною втратою свідомості. Піхвинно: голівка на тазовому дні, стріловидний шов в прямому розмірі. Ваша тактика?

- A. Накладання вихідних акушерських щипців. \*
- B. Кесарський розтин в ургентному порядку.
- C. Плороруйнівна операція
- D. Епізіотомія
- E. Накладання порожнинних акушерських щипців

3. В зв'язку з вторинною слабкістю пологової діяльності та наростаючою гіпоксією плода в II періоді пологів накладали вихідні акушерські щипці. Ранній післяпологовий період у такої жінки триває:

- A. 4 години \*
- B. 30 хвилин
- C. 2 години
- D. 7 днів
- E. 41 день

4. Впершенароджуюча, пологи тривають 16 годин. Води вилилися 2 години тому. Головне передлежання, серцебиття плоду 168 уд./хв., ритмічне. Розкриття шийки матки повне, голівка перебуває у виході з малого тазу. Стрілоподібний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко у лона. Визначити тактику лікаря

- A. Накласти вихідні акушерські щипці \*
- B. Кесарський розтин
- C. Накласти порожнинні акушерські щипці
- D. Медикаментозний сон
- E. Призначити родопідсилення

5. У першородячої у II періоді пологів, який триває одну годину, потути через 5 хвилин, тривають 30 секунд. Розміри тазу 25-28-31-21 см, маса плода 3600 г. Піхвинно: відкриття шийки матки повне, плідного міхура немає, голівка плоду на тазовому дні, сагітальний шов в прямому розмірі площини виходу, мале тім'ячко біля лона. Серцебиття плоду 100 уд./хв. Тактика лікаря?

- A. Накласти вихідні акушерські щипці\*
- B. Провести кесарів розтин
- C. Введення пологопідсилюючої суміші
- D. Призначити антигіпоксичну терапію
- E. Зробити плороруйнівну операцію

#### Ситуаційні задачі :

1. Треті термінові пологи. Пологова діяльність активна. Голівка плоду опустилася у порожнину малого тазу після бурного відходження вод. Через 5 хв. різко уповільнилося серцебиття плоду, з'явилася аритмія. Відкриття шийки матки повне. Тактика? (Порожнинні акушерські щипці)

2. Першоороділля 26 років доставлена у II періоді своєчасних пологів. На диспансерному нагляді не перебувала. Голівка плоду у вузькій частині порожнини малого тазу. Стан плода задовільний. Почалися дрібні фібрилярні посіпування повік, що поширилися на обличчя та верхні кінцівки. Яка тактика ведення пологів? (Акушерські щипці)

3. Вагітна з хірургічно корегованою тетрадою Фало поступила до пологового будинку у потужному періоді. Відкриття маткового зіву повне, голівка в площині виходу з порожнини малого тазу. Серцебиття 148 уд. за хв. Тактика лікаря? (Виключення потужного періоду накладанням вихідних акушерських щипців)

4. Роділля О. 27 років. Вагітність II, 37-38 тижнів, пологи II, II період пологів. Почався приступ еклампсії. При вагінальному обстеженні: голівка плода заповнює всю

крижову западину, стріло- видний шов у прямому розмірі, мале тім'ячко звернене до лобка. Які тактика ведення пологів? (Накладання акушерських щипців )

5. Роділля 28 років при надходженні до пологового будинку скаржить на головний біль, порушення зору, заторможеність. Артеріальний тиск 200/110 мм.рт.ст. Виражені набряки ніг, передньої черевної стінки. Голова плоду у порожнині малого тазу. Серцебиття плоду ясне, ритмічне 190 уд/хв. При внутрішньому дослідженні: відкриття шийки матки повне, головка плоду у порожнині малого тазу. Яка подальша тактика ведення пологів?  
( Операція накладення акушерських щипців)

## **VII. Методичні матеріали до практичного заняття Будова щипців**

Сотні запропонованих моделей щипців можна поділити за належністю до певного типу на чотири категорії.

1. Французькі щипці (Левре), відповідно до напрямку французького акушерства, яке дивилося на щипці як на інструмент, що не тільки витягає, а й стискає й зменшує розміри голівки, збудовані згідно з цією вимогою. Французькі щипці великі, грубі, замок їх нерухомий, закріплюється гвинтом.
2. Англійські щипці (Сімпсон) на відміну від французьких легкі і мають зовсім вільний замок.
3. Німецькі щипці (Негеле) являють перехідну форму між французькими й англійськими. Їх замок напіврухомий, вони середнього розміру, грубіші від англійських, але легші за французькі.
4. Російські щипці (Лазаревич, Гумілевський) позбавлені тазової кривини і, крім того, мають рухомий замок і бранші, які перетинаються.

Треба зазначити, що більшість акушерів користуються англійськими щипцями, причому найпоширенішою моделлю щипців у нас можна вважати модель щипців Сімпсона в модифікації Феноменова.

Щипці Сімпсона, як і французькі щипці, складаються з двох гілок, які перетинаються в середній частині. Одна з гілок називається правою, друга – лівою. Кожна гілка складається з 3 частин: верхньої, яка вводиться в матку і захоплює голівку, це - ложка щипців, яка являє пластину, що повторює форму згину голівки і має велике віконце, облямоване ребрами; середньої частини – замкової, яка перетинаються, і нижньої частини – рукоятки.

Ложки щипців мають дві кривини: головну, яка будучи прикладена до голівки плода, повторює кривину її форми і відповідає її розміру, і тазову, яка відповідає формі коліна пологового каналу.

Середня частина – замок – відрізняється у різних типів щипців своєю рухомістю й способом фіксації.

В англійських щипцях ліва гілка має в місці замка тільки виїмку, в яку входить цілком вільно середня частина правої гілки, що немає ніяких особливих пристосувань, у французьких щипцях ліва гілка має в ділянці замка шпеник із гвинтовим нарізом, а права гілка містить на відповідному місці отвір, який насаджується при замиканні щипців на шпеник лівої гілки і ще фіксується спеціальним гвинтом.

Отже, ложки англійських щипців, навіть накладені вже на голівку, мають певну рухомість у замку, тоді як французькі, фіксовані гвинтом, стають у замку зовсім нерухомими.

Німецькі щипці буквально є проміжною формою, бо вони хоч і мають у замку виїмку в правій гільці і шпеник у лівій, але виїмка тільки насувається на шпеник, і рухомість ложок обмежується в одному напрямі.

Рукоятки обох гілок щипців усіх моделей зроблені так, що в складеному вигляді вони являють одну спільну ручку, зручну для захоплення навіть однією рукою.

В англійських і німецьких щипців на ручці замка розміщуються виступи для опори рук. Але ложки їх сходяться біля замка під гострим кутом, тоді як в англійських щипцях гільки ложок сходяться не під кутом, а утворюють згин, який дає при захопленні рукояток змогу помістити в цьому згині складені гачкоподібно один і навіть два пальці.

#### **Умови для накладання щипців**

1. Вічко повинно бути повністю відкрите.
2. Плідний міхур розірваний, оболонки плода відтягнуті за голівку. Якщо цього немає, треба розірвати міхур і випустити води.
3. Таз повинен мати нормальні розміри, якщо ж він вузький, голівка повинна вже пройти через вузьке місце.
4. Голівка повинна бути за розмірами не надмірно велика, але і не надмірно мала, а така, щоб щипці могли її належно обхопити.
5. Нарешті, голівка по змозі повинна бути готовою до накладання щипців, тобто повинна своїм великим розміром стояти вже в порожнині таза.

виконання у разі виникнення ускладнень, які вимагають негайного закінчення пологів.

**Показання** Показаннями для накладання щипців є всі ті ускладнення, які вимагають негайного закінчення пологів.

#### **Показання з боку матері:**

1. Тяжкі форми пізніх гестозів (пreeклампсія, еклампсія в пологах).
2. Екстрагенітальна патологія, яка потребує виключення (укорочення) потуг.
3. Ендометрит у пологах.
4. Первинна чи вторинна слабкість родової діяльності.
5. Гострі інфекційні захворювання матері (пневмонія, гепатит, вірусні інфекції верхніх дихальних шляхів).
6. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти, якщо є умови для закінчення пологів через природні пологові шляхи (голівка плода у порожнині чи у площині виходу з тазу).

**Показання з боку плода** – дістрес плода.

#### **Противоказання для застосування акушерських щипців:**

1. Мертвий плід.
2. Гідроцефалія плода.
3. Розгинальні вставлення (лобне, лицеве).
4. Неповне розкриття шийки матки.
5. Наявність цілого плідного міхура.
6. Невизначене положення передлеглої голівки та її високе стояння.

Операція накладання акушерських щипців проводиться з обов'язковим застосуванням знеболення (інгаляційний або внутрішньовенний наркоз), що необхідно також для розслаблення м'яких тканин.

*Техніка операції накладання вихідних акушерських щипців* складається із наступних моментів:

- Введення ложок.
- Замикання щипців.
- Пробна тракція.
- Виведення голівки.

Зняття щипців.

Щипці зроблені так, що головна їх кривизна адаптована до боків голівки плода. Біпаріетальний діаметр головки плода відповідає найбільшій відстані між ложками щипців. Ложки слід накладати біпаріетально, паралельно довгій осі голівки, тобто її великому косому розміру ( *diameter mentooccipitalis*).

#### *1. Введення ложок*

Перед операцією перевіряють відповідність ложок щипців. Складають їх. Після цього лівою рукою розводять статеву щілину і по лівій поверхні піхви вводять чотири пальці правої руки так, щоб верхівка ложки лежала в борозні між пальцями введеної в піхву руки, чепіга була направлена до протилежного пахового згину. Лівою рукою беруть чепігу лівої ложки щипців як перо для писання, підтримуючи знизу нижнє ребро великим пальцем правої руки. При введенні ложки щипців в статеву щілину великим пальцем правої руки підштовхують нижнє ребро ложки. Ложка повинна ковзнути між II і III пальцями правої руки. Головна кривизна ложки щипців повинна бути добре притиснута до голівки плода, не травмуючи край шийки матки. Праву ложку вводять в праву половину таза правою рукою. При правильному накладанні ложки щипців повинні бути розташовані в двох діаметрально супротивних точках, чепіги наближаються до середньої лінії і лягають на промежину. Віконцям ложок відповідають області вух, а гачки розміщені в сирого поперечному розмірі.

#### *2. Замикання щипців*

Кожну чепігу щипців захоплюють однойменною рукою. Захопивши чепіги, акушер кладе великий палець по всій передній поверхні чепіги так, щоб кінець його припадав на боковий гачок, а зовнішнє підвищення долоні (*eminentia thenar*) лежало на передньому кінці чепіги. Зводячи чепіги, щипці замикають. Для замикання щипців необхідною умовою є симетричне розташування обох чепіг. Такого розташування можливо досягнути лише в тому випадку, коли внутрішні гладкі поверхні чепіг стоять паралельно одна одній, а бокові гачки розташовані по одній прямій лінії. При недотриманні цих умов замикання щипців буде неможливим.

#### *3. Пробна тракція*

Після замикання щипців приступають до пробної тракції. На чепігу щипців акушер кладе праву руку зверху на бокові гачки. Ліва рука повинна лежати на правій, а вказівний палець її притиснутий до голівки плода в області провідної точки. Тепер права рука проводить обережно першу тракцію. За тракцією повинні прямувати щипці, ліва рука і голівка плода. Якщо при тракції відстань між вказівним пальцем лівої руки і провідною точкою почне збільшуватись, це буде вказувати на порушення блока, а щипці в кінці кінців зісковзнуть.

#### *4. Витягання голівки щипцями*

Власне тракція – передостанній акт операції. Тракції повинні проводити голівку в тих самих напрямках, в яких вона проходила б родові шляхи при самостійних пологах. Робити їх слід плавно, не ривками, з поступовим збільшенням прикладеної сили.

Важливо дотримуватися періодичності тракцій: виконувати їх слід тільки під час скорочення матки, а в міжпотужний період тільки підтримують бранші щипців руками з легким захватом в замку.

При виконанні тракцій виділяють три позиції:

I позиція – виконується акушером сидячи. Руки тримають щипці таким чином: ліва охоплює чепіги знизу, а права лежить поверх них, причому середній палець знадиться в щілині між ложками, а зігнуті 2 і 3 пальці – на гачках Буша. Виконують тракції горизонтально і вниз, коли голівка плоду не підійде до промежини і не почне її вигинати.

II позиція – при врізуванні голівки виконують тракції в напрямку на себе, підводячи потилицю під лобковий симфіз. Рухи цієї позиції також виконують сидячи при тому ж розміщенні рук, але на щипцях тепер повинна лежати ліва рука, а права охоплює їх з низу. В цей період можливе проведення епізіотомії.

III позиція – лікар встає, змінює положення рук (бере щипці всією кистю однієї руки, або за Цов'яновим, так щоб зігнуті 2 і 3 пальці обох рук охоплювали чепіги в шахматному порядку на рівні гачків Буша, 4 і 5 – вище них, а великі пальці впирались в передню частину чепіг знизу). Тракції здійснюються дугоподібно круто вгору.

#### *5. Зняття щипців*

Коли потиличні бугри виведені, можна зняти щипці і вивести голівку ручним прийомом. Щипці знімають у порядку, зворотному їх накладанню, тобто спочатку праву, а потім ліву ложку руками, паралельними протилежному пахові. Далі слід звільнити голівку руками, як при звичайних пологах.

В тому разі, коли в процесі накладання щипців була проведена епізіотомія, бранші знімають до прорізування голівки. Після проведення операції обов'язково слід здійснювати ручне обстеження матки в зв'язку з високим ризиком виникнення розривів.

*Техніка накладання порожнинних щипців* подібна, хоча і має ряд особливостей. Порожнинні щипці накладаються на голівку, яка стоїть у вузькій площині порожнини малого таза. Сагітальний шов голівки плода знаходиться у правому, або лівому косому розмірі порожнини таза. Щипці накладаються у косому розмірі таза, протилежному тому, в якому стоїть голівка плода. При I позиції, коли стрілоподібний шов відповідає правому косому розміру, щипці розміщують в лівому. Ліва ложка при цьому залишається позаду, а права проводиться вперед ("блукаюча"). При II позиції плоду – навпаки, щипці накладаються в правому косому розмірі і "блукаючою" ложкою є ліва.

При тракціях завершується внутрішній поворот головки на 45°. Напрямок тракцій три цьому донизу, а потім, при прорізуванні голівки, на себе і вгору. Цю операцію повинен виконувати висококваліфікований фахівець.

#### *Ускладнення при операції накладання акушерських щипців*

1. Introitus vaginae іноді може бути дуже вузьким, що не дозволяє ввести пальці контрольної руки. В таких випадках ще до початку операції необхідно розширити вхід до піхви піхвово-промежинним розтином.

2. Іноді труднощі при введенні ложок можуть бути викликані значною конфігурацією голівки і невідповідністю головної кривизни ложок до сферичної окружності голівки.

3. В деяких випадках можуть виникати труднощі при замиканні щипців. Це буває, коли ложки лежать не в одній площині. В такому разі виправлення їх положення здійснюється тією ложкою, що знаходиться нижче, щоб щипці не виявилися накладеними надто низько.

4. Щипці можуть зісковзнути або прямо вперед (вертикальне зісковзування), або донизу (горизонтальне зісковзування). Необхідно терміново зняти щипці і накласти їх знову.

5. Іноді виникають труднощі при витяганні голівки плода через щільність піхви.

#### *Ускладнення при накладанні акушерських щипців*

1. Пошкодження родових шляхів матері:

- розрив промежини, стінок піхви, шийки матки;
- розходження лобкового сполучення;
- утворення піхвово-міхурової, піхвово-прямокишкової норниць;
- ураження периферичних нервів.

2. Пошкодження плода:

- травмування м'яких тканин плода;
- скальповані рани голівки плода;
- ураження лицьового нерва;
- пошкодження кісток: від здавлювання до переломів включно;
- стиснення мозку;
- крововилив в черепну порожнину.



## Вакуум-екстракція плоду

Цей метод застосовується у випадку, коли треба швидко закінчити пологи, а кесарський розтин небажаний або протипоказаний і для накладання щипців немає умов.

Вакуум-екстрактор складається з вакуум-апарату (в ньому створюється негативний тиск) і чашок, що накладаються на голівку плода. Принцип дії – утворенні вакуумметричного тиску між внутрішньою поверхнею чашечки і голівкою плода. При цьому виникає сила зчеплення, яка дозволяє робити тракції, потрібні для витягання плода.

*Показання до проведення вакуум-екстракції плода:*

- тривала слабкість родових сил;
- початок гіпоксії плода;
- випадання пуповини (після її вправлення);
- часткове відокремлення плаценти;
- кровотеча з крайового синусу плаценти.

*Протипоказаннями служать такі стани:*

- розгинальне передлежання плода;
- передчасні пологи в терміні менше ніж 35 тижнів вагітності;
- невідповідність між розмірами голівки плода і таза жінки;
- захворювання, при яких небажані потуги (вади серця, тяжкі форми гестозу та ін.);
- водянка голівки плода;
- аномалії вставлення голівки;
- передчасне відшарування плаценти;

*Умови:*

- живий плід;
- відсутність плодового міхура;
- повне розкриття шийки матки;
- відповідність розмірів голівки плода тазу жінки;
- потиличне передлежання плоду.

*Техніка операції.* Чашку накладають на внутрішню поверхню пальців правої руки, розкривають вхід у піхву пальцями лівої руки. Чашечку вводять боковою поверхнею в прямий розмір, перевертають у поперечний і отвір притуляють до голівки плода. Тім'ячко є кращим місцем (тут шкірні покриви міцно прилягають до окістя). Створюють від'ємний тиск 500-550 мм рт.ст. Контролюють правильність накладання чашечки до голівки (треба виключити можливість защеплення стінок піхви). Тракції виконують синхронно з потугами по осі, перпендикулярній до площини отвіру чашечки. Сила тракції не повина перевищувати 10-15кг (сила зігнутої в локтьовому суглобі руки акушера).

Вакуум-екстрактор застосовують рідко через негативний вплив цього втручання на послідуєчий нервово-психічний розвиток дитини.

### VIII. Основна література для опрацювання

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Ліхачов В.К., Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 512 с.
3. Наказ МОЗ України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги». Клінічний протокол з акушерської допомоги «Пологовий травматизм»
4. Наказ МОЗ України № 624 від 03. 11. 2008. Про внесення змін до наказів МОЗ України № 582 та № 676. – Київ, 2008. – 44 с.
5. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов / В поддержку Инициативы „Безопасное материнство”. Стратегия ВОЗ по обеспечению

- безопасной беременности / Редактор русского издания Могилевкина И.А. – Женева, 2002. – 303 с.
6. Сенчук А.Я., Венцковский Б.М., Вдовиченко Ю.П. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / Под ред. А.Я Сенчука. – Киев, 2006. – 362 с.
  7. . Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007
  8. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва,2010.
  9. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
  10. Жилиев Н.И. Оперативное акушерство / Н.И. Жилиев, Н.Н. Жилиев. — Киев: Гидромакс, 2004. — 468 с.
  11. Лебедев В.И. Самоповороты плода и пособие при неправильных положениях// 3 турботою про жінку.— 2010 .— №8 (20). – С.35-37.
  12. Сенчук А.Я., Венцковский Б.М., Вдовиченко Ю.П. Руководство по практическим навыкам в гинекологии, акушерстве и неонатологии / Под ред. проф. А.Я. Сенчука. — Киев: Гидромакс, 2006. — 368 с.

**Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н доцент кафедри акушерства і гінекології № 2 Добровольська Л. М.**

**17.10.2016**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_\_р.**