

Міністерство охорони здоров'я України
Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»

«Затверджено»
на засіданні кафедри
акушерства та гінекології № 2

протокол № 1 від 28.08.2018р.

Завідувач кафедри, д.мед.н,
професор _____ В.К.Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ**

(для опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять)

<i>Навчальна дисципліна</i>	Акушерство та гінекологія
<i>Модуль №</i>	1
<i>Змістовий модуль №</i>	
<i>Тема заняття</i>	Фізіологія та патологія періоду новонароджених. Методи реанімації новонароджених
<i>Курс</i>	IV
<i>Факультет</i>	стоматологічний

Полтава

ФІЗІОЛОГІЯ ТА ПАТОЛОГІЯ ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНИХ. МЕТОДИ РЕАНІМАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ

I. Актуальність теми

Фізіологічний післяпологовий період 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.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен **знати**:

1. Що таке фізіологічний період новонароджених.
2. Стан шкіри, кісток та м'язової системи новонародженої дитини.
3. Стан системи кровообігу новонародженої дитини
4. Стан кровотворних органів новонародженої дитини.
5. Стан органів дихання новонародженої дитини.
6. Стан нирок і сечовивідних шляхів новонародженої дитини.
7. Стан органів травлення, печінки і жовчного міхура
8. Первинний туалет новонародженого
9. Характеристика недоношеного новонародженого
10. Тепловий ланцюжок
11. Первинний лікарський огляд новонародженого в пологовій залі
12. Етапи спільного перебування матері та новонародженого
13. Абсолютні протипоказання до спільного перебування матері та дитини
14. Ознаки правильного прикладання дитини до грудей
15. Критерії значної жовтяниці новонародженого
16. Критерії виписки новонародженого з пологового стаціонару
17. Методи реанімації новонароджених
18. Дії у разі неефективної реанімації
19. Критерії припинення реанімації

У результаті проведення заняття студент повинен **уміти**:

1. Оцінити стан новонародженої дитини
2. Оцінити стан недоношеної дитини
3. Провести первинний туалет новонародженого
4. Первинний лікарський огляд новонародженого в пологовій залі
5. Визначення необхідності реанімації у дитини, яка народилась
6. Провести реанімацію новонародженої дитини

III. Базові знання

Нормальна фізіологія	Фізіологія вагітності та пологів
Педіатрія	Оцінка стану плода (аускультация, КТГ, БПП).
Медицина невідкладних станів	Основи реаніматології Методи оцінки основних параметрів життєдіяльності

IV. Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Перинатологія	розділ медицини, який вивчає розвиток людини з 22 тижнів вагітності до 7 діб після народження.
Доношена	це дитина, яка народилась між 37-м та 42-м тижнями вагітності з

новонароджена дитина	довжиною тіла понад 46 см (у середньому 50–52 см) і масою тіла понад 2500 г (всередньому 3200–3500 г). Окружність голови (34–36 см) дещо більша, ніж окружність грудної клітки (32–34 см).
Пологові травми	це пошкодження плода, які виникають при проходженні його через пологові шляхи.

4.2. Теоретичні питання до заняття:

1. Що собою являє ранній неонатальний період ?
2. З чого складається первинний туалет новонародженого ?
3. Як оцінюється стан дитини за шкалою Апгар ?
4. Як проводиться гонопрофілактика новонародженим дітям ?
5. Туалет новонародженого у відділенні новонароджених.
6. Режим годування новонароджених.
7. Які є протипоказання до прикладання дітей до грудей в пологовому залі?
8. З чого складаються особливості догляду за недоношеною дитиною?
9. За якими критеріями проводиться визначення стану новонародженого за шкалою Апгар.
10. Опишіть методи реанімації новонароджених при наявності в навколоплідних водах частин меконію.
11. Опишіть методи реанімації новонароджених при відсутності в навколоплідних водах частин меконію.
12. Які реанімаційні дії проводяться при порушенні спонтанного дихання у новонароджених.
13. Які реанімаційні дії проводяться при порушенні серцевої діяльності новонародженим.

4.3. Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Оцінити стан новонародженої дитини
2. Оцінити стан недоношеної дитини
3. Провести первинний туалет новонародженого
4. Первинний лікарський огляд новонародженого в пологовій залі
5. Визначення необхідності реанімації у дитини, яка народилась
6. Провести реанімацію новонародженої дитини

V. Зміст навчального матеріалу

Новонародженою називають дитину протягом перших 4 тижнів її життя. В цей період проходить адаптація організму дитини до позаутробного існування. Під час періоду новонародженості відпадає пуповина та загоюється пупкова ранка, зникає родова пухлина.

В перші 3-4 доби життя вага новонародженої дитини фізіологічно знижується на 6-8% від початкової, що зумовлено посиленням випаровування рідини через шкіру, відходженням меконію, пристосуванням кишково-шлункового тракту до травлення їжі. З 4-5 доби маса тіла дитини постійно підвищується і відновлюється на 9-10 добу до первинної, що свідчить про пристосування новонародженого до позаутробного існування. Для новонародженого характерна недосконалість багатьох органів та систем. Його тканини ніжні, багаті водою, клітинними елементами та судинами, тому легко подразнюються та пошкоджуються.

Шкіра у немовляти тонка та ніжна, містить велику кількість судин, що створюють її гіперемію (еритема новонароджених). М'язові та еластичні елементи виражені слабо. Сальні залози функціонують добре, потові залози розвинуті слабо, тому видільна функція шкіри незначна.

М'язова система немовлят розвинута недостатньо. Її стан залежить від функції центральної нервової системи: внаслідок незрілості кори великого мозку у новонароджених переважає збудливість підкоркових утворень, що викликає характерну флексорну гіпертонію м'язів.

Кістки немовлят м'які та еластичні, оскільки в кістковій тканині міститься мало солей. Червоний кістковий мозок знаходиться у всіх кістках (в тому числі і в трубчастих). Шви між

кістками черепа широкі, щілиноподібні. Хребетний стовп не має вигинів та майже в цілому складається з хрящової тканини.

Грудна клітка має форму зсиченого конусу, міжреберні проміжки вузькі, ребра розташовані майже горизонтально.

Кровообіг Плацентарний кровообіг плода різко перетворюється в кровообіг, аналогічний кровообігу дорослої людини. З першим криком дитини та початком функціонування дихальної системи включається мале коло кровообігу. Суттєво змінюється система великого кола: спустошуються пуповинні судини, зупиняється протік крові в аранцієвій протоці, що з'єднує пупкову та нижню порожнисту вени, зникає з'єднання між передсердями, спустошується артеріальна (боталова) протока.

Кровотворення проходить в червоному кістковому мозку, печінці, селезінці. В крові новонародженого гемоглобіну та еритроцитів міститься більше, ніж у дорослої людини. Цим компенсується гіпоксемія, яка виникає в родах. Вміст гемоглобіну складає від 180 до 230 г/л, кольоровий показник вище одиниці. У багатьох новонароджених в перші дві доби відмічається гіперлейкоцитоз $20 \cdot 10^9$ /л, лейкоцитоз поступово знижується до 10-12 днів життя і становить $10-12 \cdot 10^9$ /л.

Швидкість осідання еритроцитів у новонароджених сповільнена і не перевищує 2 мм/год. Кров новонародженого багатша солями кальцію, ніж материнська, в сироватці міститься більше альбумінів та γ -глобулінів, а вміст цукру знижений до 0,44 г/л.

Серце новонародженого має ряд особливостей. Воно округлої форми, передсердя мають більший об'єм відносно шлуночків. У середньому частота серцевих скорочень складає 140 ударів за хвилину, хоча в першу добу може знижуватись до 110 ударів за хвилину. Тривалість систоли шлуночків (0,24с) дещо більша, ніж діастоли (0,21с). Не дивлячись на те, що ударний об'єм крові порівняно невеликий (3-4мл), кровообіг у новонародженої дитини досить інтенсивний і великий хвилинний об'єм забезпечується високою частотою серцевих скорочень.

Дихання Легені починають функціонувати тільки з моменту народження. Легені новонародженого добре васкуляризовані, бідні на еластичну тканину. Верхні дихальні шляхи розвинуті недостатньо, їх просвіти вузькі, слизова оболонка багата кровоносними судинами.

У новонароджених дітей ребра характеризуються малим вигином і майже горизонтальним розташуванням, відмічається відносна слабкість міжреберних м'язів. Верхні ребра з плечовим поясом у них розміщені високо. Ці особливості визначають переважання діафрагмального типу дихання у новонароджених дітей (з незначною участю міжреберних м'язів).

На момент народження формування дихального центру ще не завершено, проте він забезпечує ритмічну зміну вдиху і видиху, так званого дихального циклу. У новонароджених дітей збудливість дихального центру низька. Дихання часте і поверхневе, частота його значно коливається (40-50 за хвилину під час сну та 50-60 за хвилину під час бадьорості). Висока частота дихання зберігає адекватну вентиляцію легень. На кінець неонатального періоду об'єм дихання у доношених дітей складає в середньому 30мл, а хвилинний об'єм дихання – 650-700мл.

Система травлення новонародженого розвинута недостатньо. Будова порожнини рота пристосована до акту смоктання. Слинні залози розвинуті добре, але в перші дні після народження слини виділяється мало. Довжина стравоходу у немовляти 10-12 см, слабо розвинутий м'язовий шар, тому їжа легко повертається в порожнину рота. Шлунок займає горизонтальне положення, слизова оболонка шлунку добре васкуляризована, ніжна, м'язовий шар розвинутий недостатньо, особливо у ділянці кардіального відділу, в результаті цього часто відмічається зльовування їжі.

Функція залоз травної системи починається ще в період внутрішньоутробного життя. У новонароджених залози слизової оболонки шлунку виділяють птіалін, пепсин, сичужний фермент, соляну кислоту, але їх активність недостатня. У цьому віці оптимальний рН складає 1,8-3,6.

Печінка синтезує глікоген та виробляє жовч.

Підшлункова залоза виділяє панкреатичний сік, що містить ліпазу, амілазу, трипсин.

Кишки мають слизову оболонку, що добре кровопостачається, залози кишок та м'язовий шар розвинуті недостатньо. У процес травлення включається кишковий сік, який містить ентерогіназу, лужну кислоту фосфатазу. Шлунково-кишковий тракт новонароджених до першого їх прикладання до грудей практично стерильний. У подальшому відбувається відповідне заселення

дистальних відділів кишечника мікрофлорою. Особливості колонізації залежать від характеру вигодовування (материнське молоко чи його замітники). Під час грудного вигодовування характерна інтерстиціальна колонізація переважно біфідобактеріями, при штучному – різними штамами кишкової палички. Бактерії кишечника посилюють гідроліз білків, зброджують вуглеводи, емульгують ліпіди, а також приймають участь у продукції деяких вітамінів.

Сечовидільна система Ембріогенез нирок включає три стадії: пронефрос – розташовується позабрюшинно на дорсалатеральній поверхні тіла; мезонефрос – відбувається утворення каналців і вивідного протоку; метонефрос (постійна нирка) – безпосередній розвиток нирки, тобто її “дозрівання”.

Нирки у ембріона починають функціонувати на 9 тижні внутрішньоутробного існування. Утворена сеча виводиться в навколоплідну рідину. Оскільки основним видільним органом під час внутрішньоутробного періоду є плацента, то діти з агенезією нирок народжуються живими і гинуть після перерізання пуповини внаслідок ниркової недостатності.

У новонароджених у порівнянні з дорослими майже наполовину звужений просвіт каналців, вони значно коротші, розміри клубочків зменшені. Це призводить до зниження реабсорбції і фільтрації. Сечоводи мають багато вигинів, їх діаметр 0,3-0,4см. У сечового міхура недостатньо розвинуті м'язовий і еластичний шари, його місткість становить 30мл. Уретра у дівчаток більш широка ніж у хлопчиків, її довжина в середньому 1-2см, у хлопчиків – 5-6см. Це необхідно враховувати при катетеризації і цистоскопії.

Обмін речовин Суттєвою фізіологічною особливістю новонародженого є інтенсивність обмінних процесів в його організмі при відносній функціональній незрілості органів та тканин. Процеси асиміляції у новонародженого переважають над процесами дисиміляції. Значно підвищується водно-сольовий обмін, що викликається великою втратою рідини в зв'язку з підвищеною респірацією води та високим рівнем обмінних процесів. В результаті різко збільшується потреба новонародженого у воді (до 150 мл/кг на добу).

Температура тіла немовляти відразу після народження на 0,5-0,7°C вища, ніж у матері. Надалі характерні коливання температури тіла.

Нервова система У новонародженого борозни та звивини в корі великого мозку сформовані, але недосконалі. Внаслідок недосконалості кори головного мозку переважає збудливість підкоркових утворень. В результаті незакінченого розвитку центральної нервової системи дитина народжується тільки з невеликим комплексом безумовних рефлексів, серед яких основними є смоктальний, ковтальний, захисний та хапальний. Рухи немовляти хаотичні, некоординовані, мають атетозоподібний характер. У новонародженого є ряд рефлексів, не характерних для дітей більш старшого віку та дорослих. Це рефлеksi Бабінського (згинання великого пальця стопи при подразненні підошви), Робінсона (тонічний рефлекс рук), Моро (рефлекс обхоплення), хоботковий рефлекс та інші.

Скоро після народження на основі безумовних рефлексів утворюються натуральні умовні рефлеksi, які є результатом ускладнення функції нервової системи. Самі ранні умовні рефлеksi виникають на базі харчових безумовних рефлексів до кінця першого місяця життя дитини.

Ендокринна система Розвиток залоз внутрішньої секреції тісно пов'язаний з функцією ендокринної системи матері. Безумовним є вплив материнських гормонів на організм новонародженого, що пояснює набухання та секрецію молочних залоз в перші дні після народження, появу кров'янистих виділень з матки у новонароджених дівчаток. Достатньо розвинутий гіпофіз, кожна його доля добре функціонує. Відносно велика вилочкова залоза.

Недоношені новонароджені До недоношених новонароджених відносять дітей, які народилися до кінця 37 тижня вагітності, та мають масу тіла менше 2500г і зріст менше 47см. Антропометричні показники внаслідок їх значного індивідуального коливання можуть бути віднесені до умовних критеріїв, тому слід враховувати і ознаки функціональної зрілості плоду. Недоношені діти мають відносно велику голівку з перевагою мозкового черепа, відкриті черепні шви, малий і бокові джерельця, низьке розташування пупкового кільця, шкіра їх зморшкувата, вкрита пушковим волоссям, підшкірножирова клітковина розвинута слабо, кістки черепа податливі в результаті недостатньої мінералізації, вушні раковини м'які. У хлопчиків яєчка не спущені в мошонку. У дівчаток великі статеві губи не покривають малі.

Умовно виділяють 4 ступеня недоношеності по масі тіла:

I – 2001-2500г; II – 1501-2000г; III – 1001-1500г; IV – менше 1000г.

Для нервової системи недоношених дітей характерна слабкість і швидке згасання фізіологічних рефлексів, у т.ч. смоктального і ковтального, уповільнена реакція на подразнення. Незрілість кори обумовлює перевагу підкоркової діяльності: рухи хаотичні, можуть відмічатись тремор, клонус підшов. Внаслідок незрілості терморегуляційних механізмів недоношені діти легко переохолоджуються і перегріваються тому необхідно підтримувати температурний режим.

Система органів дихання у недоношених дітей також не зріла. Верхні дихальні шляхи вузькі, діафрагма розташована відносно високо, ребра розміщені перпендикулярно до грудини, грудина впадає. Дихання поверхневе, ослаблене, нерегулярне з періодичним апное.

Серцево-судинна система недоношених дітей в порівнянні з іншими функціональними системами є відносно зрілою, так як закладається на ранніх стадіях онтогенезу. Не дивлячись на це, пульс дуже лабільний, слабкого наповнення, частота 120-160 ударів за хвилину. Тони серця приглушені. Артеріальний тиск: систолічний – 50-80 мм рт.ст..

Шлунково-кишковий тракт недоношених дітей характеризується незрілістю всіх відділів, малим об'ємом і більш вертикальним розміщенням шлунку. Слизова оболонка тонка, ніжна, добре васкуляризована. Протеолітична активність шлункового соку низька, вироблення панкреатичних, кишкових ферментів недостатня, що ускладнює процеси травлення і всмоктування, сприяє розвитку метеоризму і дисбактеріозу.

Ниркова регуляція кислотно-лужного стану і електролітного складу у недоношених дітей непостійна, водно-сольовий обмін лабільний, що проявляється, як схильністю до появи набряків, так і до швидкого зневоднення при патологічних станах або неадекватному догляді. Сеча слабо концентрована, частота сечовиділення звичайно більша, ніж у доношених дітей.

Процеси метаболічної адаптації у недоношених дітей сповільнені, у віці 4-5 діб у них частіше спостерігається метаболічний ацидоз у плазмі крові в поєднанні з компенсаторним зсувом в бік алкалозу в середині клітини. На 2-3 тижні позаклітинний ацидоз компенсується. Частіше відмічається гіпоглікемія, гіпоксемія, гіпербілірубінемія.

ДОГЛЯД ЗА НОВОНАРОДЖЕНОЮ ДИТИНОЮ

Після закінчення пульсації пуповини, але не пізніше 1 хв. після народження дитини акушерка, замінивши стерильні рукавички, перетискає та перетинає пуповину, за умови задовільного стану дитини (за результатами первинної оцінки стану новонародженого) перекладає дитину на груди матері. Акушерка здійснює медичне спостереження за станом новонародженого протягом перебування дитини у пологовій залі. При порушенні стану новонародженого інформує про це лікаря-педіатра-неонатолога, а за його відсутності - лікаря-акушера-гінеколога. За появи пошукового і смоктального рефлексу (дитина піднімає голову, відкриває широко рот, шукає груди матері) акушерка допомагає здійснити перше раннє прикладання дитини до грудей матері.

Через 30 хв. після народження дитини акушерка електронним термометром вимірює новонародженому температуру тіла в аксиллярній ділянці та записує результати термометрії у карті розвитку новонародженого (ф. 097/о).

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 0,5% еритроміцинової або 1% тетрациклінової мазі відповідно до інструкції застосування одноразово.

Контакт "шкіра до шкіри" проводиться не менше 2 годин у пологовій залі.

Після завершення контакту "шкіра до шкіри" акушерка перекладає дитину на зігрітий сповивальний стіл, здійснює обробку та клемування пуповини (див. розділ 8), вимірювання зросту, обводу голови та грудної клітини, зважування.

Лікар-педіатр-неонатолог, а за його відсутності - лікар-акушер-гінеколог, перед переведенням дитини та матері в палату спільного перебування здійснює первинний лікарський огляд новонародженого за схемою і записує дані огляду в карту розвитку новонародженого.

Акушерка (медична сестра) одягає дитині чисті повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки, рукавички. Дозволяється використовувати чистий домашній одяг.

Дитина з матір'ю вкривається ковдрою і переводиться в палату спільного перебування з дотриманням умов теплового ланцюжка.

Тепловий ланцюжок Найважливішою умовою дотримання теплового ланцюжка є забезпечення температури у пологовій залі (операційній) не нижче ніж 25 град. С. Ці заходи впроваджуються під час пологів та в перші дні після народження дитини з метою зменшення втрат тепла у всіх новонароджених. Невиконання хоча б одного з цих заходів розриває тепловий ланцюжок та ставить новонароджену дитину під загрозу переохолодження. Межами нормальної температури тіла новонародженого слід вважати 36,5 град. С - 37,5 град. С при вимірюванні в аксілярній ділянці. Недотримання теплового ланцюжка підвищує ризик розвитку у новонародженого гіпоглікемії, метаболічного ацидозу, інфекції, дихальних розладів, уражень центральної нервової системи (крововиливи, судоми).

Десять кроків теплового ланцюжка

- 1) Тепла пологова кімната (операційна). Приміщення повинно бути чистим та теплим, без протягів з відчинених вікон, дверей та кондиціонерів (вентиляторів). Оптимальною (безпечною) для матері та дитини вважається температура навколишнього середовища 25 град. С - 28 град. Все необхідне для зігрівання дитини (пелюшки, шапочка, шкарпетки, сорочечки, повзунки, ковдра) треба підготувати і підігріти завчасно.
- 2) Негайне обсушування дитини. Відразу після народження (до перетинання пуповини) акушерка повинна обсушити тіло та голову дитини стерильними сухими, попередньо підігрітими пелюшками. Викласти дитину на живіт матері і закінчити обсушування. Вологі пелюшки треба відкласти, одягнути на дитину чисті шапочку і шкарпетки та накрити чистою сухою попередньо підігрітою пелюшкою.
- 3) Контакт "шкіра до шкіри". Контакт "шкіра до шкіри" запобігає втратам тепла та сприяє колонізації організму дитини флорою матері. На грудях матері дитина накривається чистою попередньо підігрітою пелюшкою та спільною з матір'ю ковдрою і знаходиться там до переведення в палату спільного перебування не менше 2 годин. З метою контролю дотримання заходів теплового ланцюжка перше вимірювання температури тіла новонародженого здійснюється через 30 хвилин після народження в аксілярній ділянці електронним термометром.
- 4) Грудне вигодовування треба починати як можна раніше протягом першої години після народження, коли дитина проявляє ознаки готовності до початку годування та знаходиться з матір'ю в контакт "шкіра до шкіри". Не треба примушувати дитину розпочинати перше годування, якщо вона не проявляє цих ознак.
- 5) Відкласти зважування та купання. Купання та зважування новонародженого відразу після народження приводить до втрат тепла (21), тому ці процедури треба відкласти. Кров, меконій частково видаляються зі шкіри новонародженого при обсушуванні після пологів. Залишки родової змазки не видаляються у дитини. Перше купання доцільно здійснювати вдома. Зважування та антропометрію дитини необхідно проводити після здійснення контакту "шкіра до шкіри" перед переведенням в палату спільного перебування.
- 6) Правильно одягнути та загорнути дитину. Туге сповивання шкідливе для новонародженого, тому що зменшує ефективність підтримання тепла дитиною, обмежує рухи дитини, обмежує дихальні рухи. У зв'язку з цим дитину необхідно одягнути в чисті теплі повзунки, сорочечку, шапочку, шкарпетки та накрити теплою ковдрою.
- 7) Цілодобове спільне перебування матері та дитини. За умови відсутності протипоказань новонароджена дитина повинна цілодобово перебувати разом з матір'ю в одному приміщенні. Спільне перебування матері та дитини забезпечує годування на вимогу, профілактику гіпотермії та профілактику внутрішньолікарняної інфекції.
- 8) Транспортування в теплих умовах. Якщо дитину треба транспортувати в інше відділення (палату), медичні працівники зобов'язані забезпечити підтримку та контроль температури тіла для запобігання виникненню гіпотермії. В палату спільного перебування новонароджений повинен транспортуватися разом з матір'ю. При народженні дитини шляхом кесаревого розтину новонароджений транспортується в куветі або в дитячому ліжечку, вкритий теплою ковдрою.

9) Реанімація в теплих умовах. Новонароджена дитина з асфіксією не може виробляти достатню кількість тепла, в зв'язку з чим підвищується ризик виникнення гіпотермії. Тому важливо забезпечити проведення реанімаційних заходів у теплих умовах.

10) Підвищення рівня підготовки та знань. Всі медичні працівники повинні мати відповідну підготовку та навички з принципів дотримання теплового ланцюжка. Члени сім'ї інформуються медичними працівниками щодо важливості підтримання нормальної температури тіла дитини.

Первинний лікарський огляд новонародженого в пологовій залі

1) Колір шкіри. Відображає успішність кардіореспіраторної адаптації. У здорових новонароджених дітей вся шкіра рожева (еритема новонароджених). Під час крику шкіра може набувати легкого ціанотичного забарвлення. Шкіра еластична, може бути вкрита родовою змазкою. Доношені новонароджені мають задовільний тургор м'яких тканин, у дітей, які народжені при перенесеній вагітності, шкіра суха та може злущуватися, що не потребує лікування. Необхідно звернути увагу на наявність milia, монголоїдних плям, токсичної еритеми, які не потребують лікування.

Поява жовтяниці в першу добу є патологічною. Звертають увагу на наявність набряків, пальпують лімфовузли. Перевіряється симптом білої плями: у здорової дитини після натискання на м'які тканини пляма зникає через 3 сек. Утримання плями понад 3 сек. свідчить про порушення мікроциркуляції.

2) Голова та череп: форма голови може бути брахіцефалічна, доліхоцефалічна. Обвід голови 32-38 см у доношених.

За умови наявності родової пухлини або кефалогематоми необхідно відмітити розміри з зазначенням меж, консистенцію.

Визначаються розміри та стан великого тім'ячка та малого тім'ячка (за наявності). Оцінюється стан черепних швів: сагітальний шов може бути відкритий і ширина його не більше 3 мм. Інші шви черепа пальпуються на межі з'єднання кісток.

3) Обличчя: загальний вигляд визначається відповідно до положенням очей, носа, рота, визначають ознаки дизморфії.

4) Ротова порожнина: оцінюють колір слизової (рожева), симетричність кутів рота, цілісність піднебіння та верхньої губи.

5) Очі: звертають увагу на наявність чи відсутність аномалій розвитку та крововиливів у склери, колір склер, симетричність і розміри зіниць, можливі прояви кон'юнктивіту тощо.

6) Зовнішні органи слуху: під час проведення огляду вух оглядають зовнішній слуховий прохід, форму та положення вушних раковин. Зміна форми і розташування вушних раковин спостерігається при багатьох дизморфічних синдромах.

7) Ніс: звертають увагу на форму носа.

8) Шия: при огляді звертають увагу на наявність або відсутність кривоший.

9) Грудна клітка: в нормі циліндричної форми. Нижня апертура розвернута, положення ребер симетричне і наближається до горизонтального.

10) Легені: звертається увага на відсутність чи наявність втягнень яремної ямки, міжреберних проміжків, мечеподібного відростка при диханні. Під час аускультатії над легенями вислуховується симетричне пуерильне дихання.

11) Серце: проводиться аускультатія серця дитини, характер тонів, наявність додаткових шумів.

12) Живіт: округлої форми, приймає участь в акті дихання, м'який, доступний глибокій пальпації. Пальпаторно визначають нижню границю печінки та селезінки. В нормі печінка може виступати на 1,0-2,0 см з-під краю реберної дуги. Край селезінки не пальпується, або може пальпуватися під реберною дугою.

13) Статеві органи та анус: статеві органи мають бути чітко сформованими за жіночим або чоловічим типом. У хлопчиків наявність фімозу є фізіологічним. Яєчка у доношених новонароджених пальпуються в калитці. У доношених дівчаток великі статеві губи прикривають малі. Визначають наявність анусу.

14) Пахова ділянка: пульс на стегновій артерії пальпується та перевіряється на симетричність. Зменшення наповнення пульсу може свідчити про коарктацію аорти а збільшення про відкритую артеріальну протоку.

15) Кінцівки, хребет, суглоби: звертають увагу на форму кінцівок, можливу клишоногість, кількість пальців з обох сторін на руках та ногах. Перевіряють відсутність вивиху та дисплазії стегон в кульшових суглобах: при розведенні в кульшових суглобах - розведення повне, симптом "кляцання" відсутній. При огляді спини звертають увагу на можливу наявність спино-мозкової грижі, дермальних синусів.

16) Неврологічне обстеження: визначається м'язовий тонус - поза дитини флексорна, при вентральному підвішуванні голова на одній лінії з тулубом; перевіряються фізіологічні рефлекси: пошуковий, смоктальний, долонно-ротовий (Бабкіна), хапальний рук, Моро. Пошуковий, смоктальний та ковтальний рефлекси оцінюють під час годування грудьми.

17) Здоровим доношеним новонародженим, у яких маса тіла знаходиться між 10-м та 90-м перцентиллями, визначити гестаційний вік за допомогою постнатальних методів немає потреби. Показанням до визначення гестаційного віку на підставі огляду є мала маса тіла та невідповідність фізичного розвитку гестаційному віку, визначеному лікарем-акушером-гінекологом.

Спільним перебуванням матері та новонародженого слід вважати спільне перебування матері та її дитини в одній кімнаті протягом 24 годин на добу з моменту народження до моменту виписки з стаціонару. Спільне перебування включає в себе такі етапи:

- 1) контакт "шкіра до шкіри" в пологовій залі;
- 2) спільне транспортування дитини із матір'ю в палату спільного перебування;
- 3) виключно грудне вигодовування на вимогу дитини;
- 4) догляд матері за своєю дитиною із залученням членів родини;
- 5) обґрунтована мінімізація втручань з боку медичного персоналу;
- 6) усі призначення та маніпуляції (вакцинація, обстеження на ФКУ та гіпотиреоз тощо) виконуються в палаті спільного перебування в присутності та за дотримання вимоги поінформованої згоди матері. Температура тіла дитини вимірюється 2 рази на добу. Медична сестра протягом першої доби навчає термометрії матір, і далі мати сама вимірює температуру тіла дитини. Догляд за шкірою і підмивання новонародженого під теплою проточною водою здійснює протягом першої доби медична сестра, навчає матір, яка в подальшому робить це самостійно.

Абсолютні протипоказання до спільного перебування матері та дитини

- 1) відкрита форма туберкульозу;
- 2) гострі психічні захворювання матері.

Прикладання дитини до грудей матері Ознаки правильного прикладання дитини до грудей:

- 1) Підборіддя дитини торкається до груді.
- 2) Рот дитини широко відкритий.
- 3) Нижня губа дитини вивернута назовні.
- 4) Дитина більше захоплює нижню частину ареоли.

Критерії значної жовтяниці новонародженого:

Вік дитини (години)	Локалізація жовтяниці	Висновок
До 24	Будь-яка	Значна жовтяниця
24-48	Кінцівки	
> 48	Стопи, кисті	

Недостатнє забезпечення калоріями і (або) дегідратація, пов'язані з недостатнім споживанням грудного молока, можуть спричинити розвиток важкої гіпербілірубінемії, тому збільшення частоти годувань грудьми запобігає цьому. Мати дитини повинна знати про необхідність годувати дитину грудним молоком в перші дні життя щонайменше 10-12 разів (С). У разі наявності жовтяниці лікарський огляд повинен включати оцінку стану дитини після народження; адекватності об'єму молока, що споживається; кількості сечовипускань і випорожнень; наявності і важкості жовтяниці. Приблизно 5-10% немовлят на грудному вигодовуванні до 3 дня життя втрачають > 10% маси тіла при народженні, що вказує на необхідність динамічного спостереження за їх станом. Крім відсутності втрати маси тіла понад 10%, ознакою адекватного грудного вигодовування також вважаються 4-6 сечовипускань (повністю мокрі 4-6 підгузників за добу) і 3-4 дефекації за добу, починаючи з 4-го дня життя дитини. Напування новонароджених водою або глюкозою не запобігає розвитку гіпербілірубінемії і не знижує рівень білірубіну сироватки (В). Під час виписки батьки дитини повинні бути проінформовані лікарем-педіатром-

неонатологом про причини і необхідність спостереження за появою (динамікою) неонатальної жовтяниці (Т).

Виписка новонародженого з пологового стаціонару. Новонароджена дитина може бути виписана з пологового стаціонару на третю добу життя, якщо загальний стан дитини, рівень підготовки та інформування матері з питань догляду та контролю за станом дитини відповідають наступним критеріям:

- 1) пуповинний залишок або ранка повинні бути сухими та чистими, без ознак запалення;
- 2) дитина підтримує температуру свого тіла в межах 36,5 град. С - 37,5 град. С;
- 3) дитина має добрий смоктальний рефлекс;
- 4) проведена вакцинація проти туберкульозу та гепатиту В, обстеження на фенілкетонурию та вроджений гіпотиреоз;
- 5) дитина має задовільний стан;
- 6) мати або члени сім'ї мають достатні навички догляду за дитиною;
- 7) мати проінформована про попередження синдрому раптової смерті;
- 8) мати проінформована про загрозливі стани дитини, при яких негайно треба звертатися за медичною допомогою: - дитина погано смокче груди, - судоми, - порушення дихання (часте або утруднене), - гіпо- або гіпертермія, - пупкова ранка почервоніла або почала нагноюватися, - гіпотонія або підвищена збудливість дитини, - блювота або діарея.
- 9) В день виписки проведено зважування дитини та огляд педіатра-неонатолога, поінформовано лікувально-профілактичний заклад за місцем проживання дитини про виписку з пологового стаціонару.
- 10) Виписка із карти новонародженого (ф. 097/о) заповнена правильно, містить необхідний обсяг інформації та рекомендації для забезпечення спадкоємності при здійсненні медичного догляду за здоровим новонародженим медичними працівниками лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання дитини.

14.2. У перші дві доби після виписки додому всі новонароджені оглядаються вдома лікарем-педіатром дільничним (лікарем загальної практики - сімейним лікарем) з метою оцінки їх стану, в т. ч. і наявності жовтяниці. Час проведення такого огляду визначається тривалістю госпіталізації в пологовому будинку. У випадку виписки дитини на 3-тю добу життя такий огляд рекомендується провести до досягнення немовлям віку 120 год. (5 днів) (С).

МЕТОДИ РЕАНІМАЦІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Від своєчасності та якості проведення реанімаційних заходів в пологовому залі значною мірою залежить результат ранньої постнатальної адаптації новонародженої дитини. Це впливає не лише на виживання немовлят у перші дні життя, але й на їхній подальший розвиток і показники здоров'я в наступні вікові періоди. Відповідно до даних ВООЗ приблизно 5-10 % усіх новонароджених потребують принаймні часткової медичної допомоги в пологовому залі, а близько 1 % - повної реанімації, що додатково включає інтубацію трахеї, непрямий масаж серця або введення ліків. За результатами ретроспективного аналізу приблизно у 50 % дітей, які потребували реанімаційної допомоги після народження, були відсутні будь-які чинники ризику в анамнезі, які вказували би на можливу потребу дитини в реанімації після народження. Тому, кожний медичний працівник пологового залу, повинен володіти навичками початкової реанімації, а пологові зали мають бути забезпечені необхідними реанімаційним обладнанням і матеріалами, готовими до використання під час кожних пологів.

Реанімаційну допомогу надають дітям, народженим живими (згідно з критеріями живонародженості), з урахуванням їх життєздатності.

1. Визначення необхідності реанімації у дитини, яка народилась

Негайно після народження кожної дитини найважливіше швидко визначити, чи вона потребує реанімаційної допомоги..

- Відразу після народження дитини акушерка приймає її у теплі пелюшки, визначає та оголошує час народження, викладає на живіт матері і починає швидко обсушувати, звертаючи увагу на наявність крику. Обсушування у цей момент відіграє роль початкової тактильної стимуляції.
- Якщо дитина не кричить, перевіряють наявність самостійного дихання, ознакою якого будуть помітні регулярні рухи грудної клітки. Частота і глибина дихальних рухів в нормі зростають

через декілька секунд після народження і/або тактильної стимуляції. Нормальна частота дихання новонародженого – 30-60 за 1 хвилину.

- Одночасно оцінюють м'язовий тонус дитини, звертаючи увагу на положення кінцівок і наявність самовільних рухів. Відсутність м'язового тону вказує на високу ймовірність наявності розладів самостійного дихання.

2. У разі відсутності самостійного дихання або наявності судорожних дихальних рухів (дихання типу «гаспінг») з частотою менше 30 за 1 хвилину слід негайно:

1. перетиснути і перерізати пуповину;
2. інформувати матір, що дитина має проблеми зі встановленням самостійного дихання і їй буде надано допомогу;
3. загорнути немовля у суху пелюшку, залишаючи відкритими обличчя і передню поверхню грудної клітки;
4. перенести немовля на реанімаційний стіл або іншу відповідну теплу і суху поверхню;
5. здійснити початкові кроки допомоги

У певній послідовності вони передбачають:

Забезпечення правильного положення дитини на реанімаційній поверхні під джерелом променевого тепла

звільнення дихальних шляхів шляхом відсмоктування:

Відсмоктування провести спочатку з рота, потім – з носа: використовувати для видалення секрету і слизу одноразову гумову грушу; у разі відсутності одноразових гумових груш для відсмоктування слід використовувати лише стерильні одноразові катетери;

- під час відсмоктування не вводити катетер або грушу надто енергійно або глибоко (не глибше 3 см від рівня губ у доношеного новонародженого і 2 см у передчасно народженої дитини);

- відсмоктувати короткочасно, обережно, поволі видаляючи катетер або грушу назовні; під час агресивного відсмоктування можлива стимуляція задньої стінки глотки, що може викликати вагусну реакцію (важку брадикардію або апное), а також затримку самостійного дихання. Якщо під час відсмоктування у новонародженого з'явилась брадикардія, потрібно припинити маніпуляцію і знову оцінити ЧСС

- тривалість відсмоктування не повинна перевищувати 5 секунд.

У випадку значного накопичення секрету, крові, слизу доцільно під час відсмоктування повернути голову дитини на бік або повторити процедуру.

У разі використання відсмоктувача негативний тиск не повинен перевищувати 100 мм рт. ст. (13,3 кПа або 136 см водн. ст.).

В разі, коли мало місце вилиття міконіальних навколоплідних вод, уникаючи тактильної стимуляції, якомога скоріше під контролем прямої ларингоскопії відсмоктати вміст нижньої глотки, після чого інтубувати трахею і провести відсмоктування з неї.

Після відсмоктування слизу провести

- заключне висушування новонародженого і
- повторне забезпечення правильного положення голови.

Усі зазначені вище заходи (визначення потреби реанімації і початкові кроки допомоги) треба виконати приблизно за 30 секунд

6. повторно оцінити стан дитини для вирішення питання щодо необхідності подальшої допомоги новонародженому під час реанімації. Оцінка ґрунтується на одночасній оцінці трьох клінічних ознак:

- 1) наявності й адекватності самостійного дихання;
- 2) частоти серцевих скорочень (ЧСС);
- 3) кольору шкіри і слизових оболонок.

Після кожних 30 секунд надання реанімаційної допомоги новонародженій дитині потрібно:

- 1) оцінити зазначені вище життєво важливі ознаки;

- 2) використовуючи загальний алгоритм реанімації (Додаток) вирішити, що робити далі;
 - 3) виконати відповідну дію;
 - 4) знову оцінити 3 життєво важливі ознаки; вирішити, яке втручання необхідне в цей момент, і діяти;
 - 5) продовжувати цикл „оцінка-вирішення-дія” до повного закінчення реанімації.
- **У разі відсутності/неадекватності самостійного дихання або за наявності ЧСС < 100 за 1 хвилину розпочати ШВЛ реанімаційним мішком і маскою.**
Коли при народженні дитини мала місце міконіальна аспірація, то при наявності таких ознак (відсутності/неадекватності самостійного дихання або за наявності ЧСС < 100 за 1 хвилину) слід повторно інтубувати трахею і розпочати ШВЛ реанімаційним мішком через інтубаційну трубку
 - **За наявності центрального ціанозу, незважаючи на адекватне самостійне дихання і ЧСС > 100 за 1 хвилину, призначити кисневу терапію.**

після 30 секунд вентиляції мішком і маскою:

Якщо ЧСС \geq 100 за 1 хвилину і наявне адекватне самостійне дихання:

- поступово припиняти ШВЛ, зменшуючи її тиск і частоту;
- оцінити наявність центрального ціанозу та інших дихальних розладів під час самостійного дихання: втягнення податливих ділянок грудної клітки, тахіпноє > 60 за 1 хвилину або стогін на видиху;
- за відсутності центрального ціанозу та інших дихальних розладів після припинення ШВЛ слід викласти дитину на грудну клітку матері, забезпечивши контакт шкіра-до-шкіри, накрити теплою пелюшкою і ковдрою і забезпечити спостереження:

кожні 15 хвилин оцінювати адекватність самостійного дихання, ЧСС і наявність центрального ціанозу;

кожні 30 хвилин контролювати температуру тіла;

заохочувати матір і допомогти їй розпочати грудне вигодовування;

не залишати дитину без медичного нагляду.

Якщо ЧСС \geq 100 за 1 хвилину і відсутнє або неадекватне самостійне дихання:

- продовжити ШВЛ протягом наступних 30 секунд і
- передбачити потребу інтубувати трахею.

Якщо ЧСС \geq 100 за 1 хвилину, наявне адекватне самостійне дихання, однак після припинення ШВЛ з'явився центральний ціаноз або інші дихальні розлади: втягнення податливих ділянок грудної клітки, тахіпноє > 60 за 1 хвилину, стогін на видиху:

- призначити вільний потік кисню;
- перевести дитину у відділення інтенсивної терапії (неонатального догляду і лікування);
- у недоношеної дитини передбачити необхідність застосувати самостійне дихання під постійним позитивним тиском [С].

Якщо ЧСС < 100, але \geq 60 за 1 хвилину незалежно від характеру дихання:

- продовжувати ШВЛ;
- передбачити потребу вентиляції з використанням 100 % кисню, якщо вентиляцію проводили кімнатним повітрям;
- передбачити потребу інтубувати трахею.

Якщо ЧСС < 60 за 1 хвилину:

- негайно розпочати непрямий масаж серця з частотою 90 компресій за хвилину;
- продовжувати ШВЛ 100 % киснем з частотою 30 за 1 хвилину паралельно з непрямим масажем серця;
- передбачити потребу інтубації трахеї.

Якщо ЧСС < 60 за 1 хвилину після 30 секунд непрямого масажу серця і ШВЛ:

- інтубувати трахею (якщо це попередньо не було зроблено) і ввести 0,01% розчин адреналіну ендотрахеально.
- Якщо з будь-яких причин інтубація трахеї неможлива - якомога скоріше катетеризувати вену пуповини і ввести адреналін внутрішньовенно;
- продовжувати ШВЛ 100 % киснем з частотою 30 за 1 хвилину паралельно з непрямим масажем серця;
- у разі збереження брадикардії (ЧСС < 60 за 1 хвилину) через 30 секунд після введення адреналіну ендотрахеально катетеризувати вену пуповини (якщо це попередньо не було зроблено). За наявності показань ввести адреналін внутрішньовенно через 3 хвилини після першого введення;
- передбачити потребу використати 0,9% розчин натрію хлориду і 4,2% розчин натрію гідрокарбонату;

Під час проведення ШВЛ перевіряти ЧСС і наявність самостійного дихання кожні 30 секунд, поки ЧСС не перевищить 100 за 1 хвилину і не встановиться адекватне самостійне дихання.

Дії у разі неефективної реанімації

Якщо стан дитини не поліпшується, незважаючи на проведення своєчасних і ефективних вентиляції 100 % киснем, непрямому масажу серця, а також правильне введення медикаментів, слід ще раз перевірити правильність виконання основних реанімаційних процедур і подумати про інші можливі причини незадовільної реакції немовляти на реанімацію, такі як аномалії дихальних шляхів, пневмоторакс, діафрагмальна грижа або природжена хвороба серця

Припинення реанімації

- Реанімацію новонародженого можна припинити, якщо, незважаючи на своєчасне, правильне і повне виконання всіх її заходів, у дитини відсутня серцева діяльність протягом щонайменше 10 хвилин (*Міжнародні рекомендації з реанімації новонароджених, 2005*).
- Наявні дані підтримують висновок про те, що реанімація новонародженого після 10 хвилин повної асистолії, звичайно, закінчується смертю дитини або її виживанням з важкою інвалідністю.
- Відсутність самостійного дихання щойно народженої дитини довше 30 хвилин збільшує ризик її смерті або важкої інвалідності відносно стандартного ризику в загальній популяції новонароджених майже в 7 разів, однак, лише до 9,3 %. Тому цю ознаку не можна вважати надійним критерієм, що вказує на необхідність припинення реанімації.
- Відображення реанімації в карті розвитку новонародженого має включати опис усіх проведених втручань із зазначенням ефективності та часу їхнього виконання.

VI. Матеріали для самоконтролю:

A. Контрольні запитання:

1. Що собою являє ранній неонатальний період ?
2. З чого складається первинний туалет новонародженого ?
3. Як оцінюється стан дитини за шкалою Апгар ?
4. Як проводиться гонопрофілактика новонародженим дітям ?
5. Туалет новонародженого у відділенні новонароджених.
6. Режим годування новонароджених.
7. Які є протипоказання до прикладання дітей до грудей в пологовому залі?
8. З чого складаються особливості догляду за недоношеною дитиною?
9. За якими критеріями проводиться визначення стану новонародженого за шкалою Апгар.
10. Опишіть методи реанімації новонароджених при наявності в навколоплідних водах частин меконію.
11. Опишіть методи реанімації новонароджених при відсутності в навколоплідних водах частин меконію.
12. Які реанімаційні дії проводяться при порушенні спонтанного дихання у новонароджених.
13. Які реанімаційні дії проводяться при порушенні серцевої діяльності новонародженим.

В. Задачі для самоконтролю:

1. Дитина народилася від третіх фізіологічних пологів на 38 тижні вагітності масою 3700 г, зростом 52 см. За якими показниками проводять оцінювання за шкалою Апгар?
A – серцебиття, дихання, колір шкіри, м'язовий тонус, рефлекси;
B – дихання, колір шкіри, наявність крику, вага, рефлекси;
C – вага, зріст, серцебиття, дихання, рефлекси;
D – серцебиття, дихання, колір шкіри, м'язовий тонус, вага;
E – вага, серцебиття, наявність крику, колір шкіри, м'язовий тонус.
2. Після народження дитина викладена на живіт матері, через 5 хв проведена оцінка стану дитини за шкалою Апгар: серцебиття – 140 уд./хв, дихання ритмічне – 40 за 1 хв, незначний ціаноз шкіри, крик голосний, рухи активні, рефлекси виражені. На скільки балів можна оцінити стан дитини?
A – 6 балів;
B – 7 балів;
C – 8 балів;
D – 9 балів;
E – 10 балів.
3. Породілля, яка перенесла кесарів розтин у зв'язку з ускладненою міопією високого ступеня, просить рекомендувати оптимальний режим грудного вигодовування. Що ви їй порекомендуєте?
A – годування за потребою дитини;
B – годування 3 рази на день;
C – годування 4 рази на день;
D – годування 6 разів на день;
E – годування 7 разів на день.
4. Дитина народилася від 2;х фізіологічних пологів на 39 тижні вагітності масою 3300 г, зростом 50 см з оцінкою за шкалою Апгар 8–9 балів. На третю добу під час огляду активна, голосно кричить, добре смокче груди, у матері виділяється достатня кількість молозива. При зважуванні вага становить 3140 г. Як розцінити зменшення ваги дитини?
A – неправильне зважування при народженні;
B – неправильне зважування на третю добу;
C – фізіологічна втрата ваги;
D – патологічна втрата ваги;
E – інтоксикація внаслідок запального процесу.
5. У новонародженій дівчинки на 4 добу спостерігається набухання молочних залоз із виділенням секрету, набухання вульви, кров'янисті виділення зі статевих шляхів. Яка найбільш вірогідна причина даного стану?
A – припинення переходу естрогенів матері до плода;
B – прийом матер'ю гормонів під час вагітності;
C – підвищення рівня тиреотропного гормону в новонародженій;
D – гранульозоклітинна пухлина;
E – тестикулярна фемінізація.

VII. Рекомендована література:

Базова

1. Айламазян Э.К. Акушерство / Айламазян Э. К. – Санкт-Петербург.: СпецЛит, 2003. – 528с.
2. Акушерство / [Грищенко В.І., Щербина М.О., Венцківський Б. М., Потапова Л. В., Лазуренко В.В. та інші] за ред. В. І. Грищенка, М. О. Щербини - К.: Медицина, 2009. – 410 с.
3. Акушерство та гінекологія / [А.М.Громова, В.К.Ліхачов, Л.М.Добровольська, А.П.Голубев та ін.] за ред. А.М. Громової, В.К. Ліхачова – П.: Полтава, 2000. – 600с.
4. Акушерство / [Ліхачов В.К., Добровольська Л.М., Ляховська Т.Ю. Удовицька Н.О., Макаров О.Г., Тарановська О.О]. – Полтава : Дивосвіт, 2015. – 336 с.
5. Акушерсько-гінекологічний практикум / [Ліхачов В.К., Добровольська Л.М., Семенюк Л.М., Яремчук Л.В.]. – П. : Дивосвіт, 2014. - 212 с.

6. Акушерство / [Савельева Г.М., Кулаков В.И., Стрижаков А.Н. и др.]; под ред. Г.М. Савельевой. — Москва : Медицина, 2000. — 816 с: ил. (Учеб. лит. Для студентов медицинских вузов)
7. Акушерство. Национальное руководство [Айламазян Э.К., Кулаков В. И., Радзинский В.Е., Савельева Г. М.] – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1200с.
8. Дуда В. И. Акушерство: /В. И. Дуда. – М.: РИПО, 2013. – 576 с.
9. Запорожан В. М. Акушерство і гінекологія. Т.1 /Запорожан В.М., Цегельський М. Р., Рожковська Н.М. – Одеса : Одес.держ.мед.ун-т, 2005. – 472с.
10. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. Руководство для врачей / В.К. Лихачев – Москва: МИА, 2010.-720 с.
11. Лихачев В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом / Лихачев В.К. – М.: Медицинское информац. агентство, 2014.- 497 с.
12. Степанківська Г.К., Акушерство / Степанківська Г. К., Михайленко А.Т. – К.: Здоров'я, 2012. - 920с.

Допоміжна

1. Абрамченко В. В. Фармакотерапия преждевременных родов: Руководство для врачей / В.В. Абрамченко. – Санкт-Петербург.: ЭЛБИ-СПб, 2006. – 446 с.
2. Абрамченко В. В. Фармакотерапия гестоза: Руководство для врачей / В.В. Абрамченко. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 477 с.
3. Акушерство. Клинические лекции [Макаров О. В., Озолия Л. А., Керчелаева С. Б. и др.] под ред. О. В. Макарова – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 640с.
4. Акушерский фантом (пособие для студентов по фантомному курсу акушерства) / [Иванов А. А., Ланковиц А. В.] под ред. И. Ф. Жордания – Москва : МЕДГИЗ, 1952. – 168с.
5. Ефективний антенатальний догляд. Навчальний посібник. / [Арбузова С.Б., Бенедичук Ю.В.Грищенко О. В. та ін..] – К. 2012. – 508с.
6. Коктилова Е. Н. Неотложные состояния в акушерстве: учебное пособие / Коктилова Е. Н., Каткова Н. Ю. – Н.Новгород: НГМА, 2007.
7. Лихачев В. К. Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных / Лихачев В. К. – Полтава : Соломия, 2002. - 256с.
8. Лихачев В. К. Поздний гестоз. Диагностика нарушений, влияние на течение беременности, патогенетическое лечение / Лихачев В. К. – П.: Соломия, 2000. - 104с.
9. Малиновский М.С. Оперативное акушерство / Малиновский М.С. – Москва : Медицина, 1974. – 416с.
10. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. / Назарова І. Б. – К.: Медицина, 2006. – 102 с.
11. Стрижаков А.М. Потеря беременности / Стрижаков А. М. – М.: МИА, 2007. - 224с.
12. Цинзерлинг В. А. Перинатальные инфекции / Цинзерлинг В. А., Мельникова В. Ф. – СПб.: Элби-СПб, 2002. – 352с.

Електронні посилання

http://www.umsa.edu.ua/kafhome/akushginecology2/kaf_akushginecology2_download.html

<http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>

<http://www.medvedev.ua/>

<https://www.facebook.com/drmohamed.sabry1>

<https://www.facebook.com/sabryuptodate/>

<http://femina-health.org.ua/>

http://medspecial.ru/for_doctors/

<https://www.facebook.com/mehjabeen55/posts/>

<http://g-academy.ru/obzor-statti>

<http://philologist.livejournal.com/8753023.html>

<https://www.facebook.com/questionsobgyn/>

<https://www.facebook.com/HEALTH24TM/>

Методичні вказівки до заняття підготувала асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 Шиманська Я. В.

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № __ від «__» _____ 20__ року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.