

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І 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 циклу
тематичного удосконалення
«Невідкладні стани в акушерстві і гінекології»

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Клініка діагностики, невідкладна допомога. (Код курсу 2.2.2)
Курс	Тематичне удосконалення
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 годин.

I. Мета заняття

Акушерські кровотечі все ще залишаються однією з головних причин материнської захворюваності та смертності в усьому світі. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) в рамках завдання знизити материнську смертність на три чверті до 2015 року, вважає профілактику акушерських кровотеч та боротьбу з ними пріоритетним напрямком діяльності.

Щорічно за даними ВООЗ (2008 р.) акушерські кровотечі (АК) виникають у 14 млн. жінок, з них 128 тис. вмирають від цього ускладнення в перші 4 години після пологів, що становить 1,7 на 1000 пологів.

У структурі причин материнської смертності акушерські кровотечі займають одне з перших місць, а їх частота коливається від 2,5 до 8% по відношенню до загальної кількості пологів, при цьому 2-4%, пов'язані з атонією матки в послідовому та ранньому післяпологовому періодах, а до 1% - з передчасним відшаруванням плаценти та передлежанням плаценти.

В Україні за останні 20 років частота масивних акушерських кровотеч (МАК) залишається високою. Впродовж останніх 5 років вони стійко займають друге місце в структурі причин материнської смертності. Причиною смерті вагітних, роділь та породіль є не будь-яка кровотеча, а масивна крововтрата, що супроводжується тяжким геморагічним шоком. Разом з тим, смерть від масивної акушерської кровотечі є результатом несвоєчасної та неадекватної медичної допомоги або взагалі її відсутності. Якісна організація медичної допомоги, підготовка медичних працівників, впровадження новітніх технологій, прогнозування, профілактики та лікування акушерських кровотеч, що ґрунтуються на даних доказової медицини та відмова від застарілих та неефективних практик дають можливість попередити масивну крововтрату і зберегти життя та репродуктивне здоров'я жінки.

II. Об'єм повторної інформації

1. Будова внутрішніх і зовнішніх статевих органів жінки
2. Будова та топографія тазового дна.
3. Кровообіг жіночих статевих органів.
4. Венозні сплетіння органів малого таза.
5. Топографія органів черевної порожнини і малого таза.
6. Правила асептики і антисептики.
7. Методика ушивання ран.
8. Методи загального обстеження.
9. Параметри нормального гомеостазу.
10. Клінічний перебіг та ведення фізіологічних пологів. Знеболення під час пологів.

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття «акушерські кровотечі».

2. Класифікація кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечах.
4. Передчасне відшарування плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
5. Диференціальна діагностика передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
6. Невідкладна допомога вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
7. Лікування в акушерському стаціонарі при кровотечах у II половині вагітності та під час пологів.

IV. ПЛАН ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

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

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних, пологове відділення, операційна.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
3. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі», 81 сторінка.
4. Наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу МОЗ від 31.12.2004 року, № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».
5. Добірка ситуаційних задач.
6. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.
7. Інструментарій та муляж матки для відпрацювання практичних навичок з хірургічного гемостазу.

V. Перелік практичних навичок інтернів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		озна й	опан.	овол.
1.	Оцінити фактори ризику акушерських кровотеч.		+	
2.	Прогнозувати ризик акушерських кровотеч.		+	
3.	Оцінити особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечениях, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.		+	
4.	Визначити діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечениях.		+	
5.	Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.		+	
6.	Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонарі.		+	
7.	Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечениях у II половині вагітності та під час пологів.		+	

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. Визначення поняття «акушерські кровотечі».
2. Класифікація кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечениях.
4. Передчасне відшарування плаценти: етіологія, клініка, діагностика, лікування.
5. Диференціальна діагностика передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
6. Невідкладна допомога вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонарі.
7. Лікування в акушерському стаціонарі при кровотечениях у II половині вагітності та під час пологів.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Знати класифікацію кровотеч, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
2. Оцінити особливості клінічної симптоматики, характер перебігу, частота ускладнень при кровотечениях, які виникають у II половині вагітності та під час пологів.
3. Визначити діагностичні можливості додаткових методів дослідження (лабораторних, інструментальних) при кровотечениях.
4. Провести диференціальну діагностику передчасного відшарування нормально розміщеної плаценти та передлежання плаценти.
5. Надати невідкладну допомогу вагітним з даною патологією до госпіталізації в акушерський стаціонар.
6. Скласти план лікування в акушерському стаціонарі при кровотечениях у II половині вагітності та під час пологів.

Тестові завдання

1. При якому виді передлежання плаценти розродження проводиться тільки шляхом кесарського розтину:
А. Центральному
В. Крайовому
С. Боковому
D. Низькому розташування
E. В жодному з перерахованих.
2. Де потрібно проводити піхвове дослідження у вагітної з підозрою на передлежання плаценти:
А. У пологовій залі
В. У розгорнутій операційній
С. В приймальному відділенні пологового будинку
D. В передпологовій палаті
E. В оглядовій кімнаті.
3. Роділля 29 років доставлена до пологового будинку з вагітністю 39-40 тижнів з приводу кровотечі з піхви та гострого болю у животі, які з'явилися годину тому. АТ - 180/100 мм рт.ст. Серцебиття плода не прослуховується. При піхвовому обстеженні: кров'янисті виділення зі згортками крові. Шийка згладжена, розкриття повне. Плідний міхур цілий, постійно напружений, передлежить голівка – великим сегментом до входу у малий таз; плацентарна тканина не визначається. Яке ускладнення виникло в пологах?
А. Повне передлежання плаценти
В. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти
С. Розрив шийки матки
D. Розрив варикозного вузла у піхві
E. Розрив тіла матки.

4. До пологового відділення надійшла повторно вагітна з приводу значних кров'янистих виділень з піхви. Під час огляду в дзеркалах: стінки піхви та шийка матки без патологічних змін. Під час піхвового обстеження: шийка вкорочена, маткове вічко відкрите до 3 см, вище внутрішнього вічка пальпується губчаста тканина, поряд з нею визначаються оболонки. Про яку патологію ідеться?

A. Часткове передлежання плаценти

B. Передчасне відшарування нормально розміщеної плаценти

C. Повне передлежання плаценти

D. Розрив крайового синуса

E. Емболія навколоплідними водами

5. Вагітна 28 років, термін вагітності 39-40 тижнів, доставлена машиною швидкої допомоги в пологовий будинок зі скаргами на значні кров'яністі виділення з піхви, які з'явилися в вечірній час на фоні загального спокою. Зі слів крововтрата 250-300 мл. Об'єктивно: шкірні покриви і слизові бліді. АТ 90/60 мм рт.ст., пульс 98 уд/хв, ритмічний, нитковидний. Родова діяльність відсутня. Матка в нормотонусі. Положення плода поперечне, серцебиття глухе, 98 уд/хв, ритмічне, над лоном вислуховується шум плацентарних судин. При піхвовому дослідженні: шийка матки довжиною 2 см, цервікальний канал пропускає 1 поперечний палець, на всьому протязі визначається губчата тканина. Який метод розродження доцільно вибрати?

A. Кесарів розтин

B. Амніотомія

C. Поворот плода на ніжку

D. Очікувальна тактика

E. Ведення пологів через природні статеві шляхи.

Ситуаційні задачі :

Задача 1.

П'ята доношена вагітність, другі пологи. В анамнезі 3 аборти. Вагітність протікала без ускладнень. З початком родової діяльності з'явилась кровотеча. Матка з чіткими контурами, положення плода повздовжнє, голівка притиснута до входу в малий таз. Серцебиття плода ясне, ритмічне, 140 уд/хв. При внутрішньому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття 4 см. За вічком визначаються оболонки і м'яка тканина, що виступає за край вічка. Голівка плода відштовхується від входу в малий таз. Після дослідження кровотеча посилилась, загальна крововтрата складає 300мл. Діагноз? Що робити?

Задача 2.

Роділля 37 років, вагітність I, 40 тижнів доставлена в клініку зі скаргами на біль в животі, короткочасну втрату свідомості. АТ – 80/60 мм рт.ст., пульс 126/хв, слабкого наповнення. Шкіра і слизові бліді. Матка напружена, відмічається випинання в правій її половині, ближче до дна матки. При пальпації болюча. Серцебиття плода 160/хв, глухе. Із зовнішніх статевих

органів виділяється кров в незначній кількості. Родова діяльність помірна, води не виливались. При піхвовому дослідженні розкриття шийки матки 5-6 см. Тканина плаценти не пальпується. Проведена амніотомія – виливиль навколоплідні води яскраво забарвлені кров'ю. Діагноз? Що робити?

Правильні відповіді:

1. Вагітність п'ята, 40 тижнів. Пологи II. Положення плода продольне, передлежання головне. Перший період пологів. Передлежання плаценти. Кровотеча.

Тактика: корпоральний кесарів розтин.

2. Вагітність I, 40 тижнів. Пологи I, вчасні положення плода продольне, головне. Перший період пологів. Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Першороділля старшого віку.

Тактика: Кесарів розтин у нижньому сегменті матки.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Допологова кровотеча (ДК) – це кровотеча, що виникає з 22 тиж., протягом вагітності й до народження дитини. ДК становить 2-5% від загальної кількості вагітностей і займає одне з перших місць серед причин МС і ПС в усьому світі. Народження більше 1/5 глибоко недоношених дітей пов'язано з ДК. Асоціація ДК з церебральним паралічем може бути пояснена передчасним народженням.

Причини ДК включають:

- передлежання плаценти (ПП) (20%, 1 на 200 вагітностей),
- передчасне відшарування нормально розташованої плаценти (ПВНПП) (40%, 1 на 100 вагітностей),
- кровотечі з вульви, піхви, або шийки матки) (до 5%).

В разі, коли джерело кровотечі встановити неможливо, стан визначається як «неуточнена ДК» (35%). Причиною допологової кровотечі може бути розрив матки!

Враховуючи світовий досвід, величина кровотрати в разі ДК визначається як:

Кровомазання – плями крові на білизні та гігієнічних прокладках

Мала кровотеча – кровотрата оцінена до 250 мл, яка зупинилась

Велика кровотеча – крововтрата оцінена від 250 до 1000 мл, яка зупинилась, при відсутності ознак геморагічного шоку

Масивна кровотеча – крововтрата більше ніж 1000 мл та/ або ознаки геморагічного шоку

Повторна ДК або рецидив кровотечі – термін застосовується, якщо епізод ДК відбувся більше ніж один раз.

Ризик виникнення АК оцінюють:

1. В амбулаторних умовах (жіноча консультація)
 - при постановці на облік по вагітності;
 - при оформленні відпустки по вагітності та пологах;
 - за 2-3 тижні до передбачуваного терміну пологів.
2. Під час госпіталізації в акушерський стаціонар.
3. У разі виникнення ускладнень в допологовому періоді або під час пологів.

В антенатальному періоді:

- підтвердження групи крові та резус-фактору у всіх жінок при постановці на облік,
- своєчасне виявлення та лікування анемії під час вагітності (якщо рівень гемоглобіну нижче 110 г/л, препарати заліза призначаються в дозі 200 мг/добу до досягнення рівня 110 г/л, після цього – 3 місяці – 100 мг/добу),
- оцінка виявлених факторів ризику та прийняття рішення відносно місця та часу розродження.

• В терміні вагітності 37-38 тижнів: уточнення наявних факторів ризику,

визначення ступеню ризику, за показаннями – дообстеження; визначення місця розродження та плану розродження (сумісно зі спеціалістами акушерського стаціонару).

В пологах:

Передбачити перелік заходів щодо профілактики та лікування можливої патологічної крововтрати, забезпечити наявність необхідних медикаментів, інфузійних препаратів, банку крові.

Рациональне ведення пологів: відмова від необгрунтованого родозбудження, партнерські пологи, ведення пологів за партограмою, відмова від необгрунтованого призначення окситоцину, своєчасна та адекватна терапія аномалій пологової діяльності, знеболювання за показаннями, заборона застосування методу Кристелера в II періоді пологів.

В разі наявності факторів ризику ППК - ведення II та III періодів пологів «з катетером у вені» (G16-18). Активне ведення III періоду пологів (АВТІІІ), (згідно протоколу: наказ МОЗ України від 03.11.2008 № 624 «**Нормальні пологи**»). Дотримання техніки надання ручної допомоги під час пологів, техніки проведення акушерських операцій. Використання сучасного шовного матеріалу. Бережне відношення до тканин.

Прийняття свідомого та інформованого рішення:

Необхідно усвідомлювати, що пацієнтки не завжди розуміють надану їм інформацію у повній мірі, а також не можуть адекватно оцінити свій стан та прийняти самостійне рішення щодо необхідних втручань. Тому в екстрених випадках, при масивних акушерських кровотечах та геморагічному шоці, неефективності консервативного лікування та органозберігаючих методів хірургічного гемостазу - рішення щодо видалення репродуктивного органу (гістеректомія) приймається черговою бригадою спеціалістів – не менше 3-ох (акушери-гінекологи, анестезіолог) за узгодженням питання з відповідальним черговим адміністратором родопомічного закладу (по телефону), які керуються положеннями даного протоколу.

Медичні працівники зобов'язані забезпечити збереження інформації щодо проведених оперативних втручань, їх обсягу, прогнозу відносно подальшої репродуктивної функції та не допускати її розголосу іншим особам (родичам, чоловіку) без згоди пацієнтки.

Медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків стало відомо про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя громадянина, не мають права розголошувати ці відомості, крім передбачених законодавчими актами випадків (ст. 40 Закону України "Основи законодавства України про охорону здоров'я» (2801-12)). Не підлягають розголошенню відомості, що стосуються лікарської таємниці, крім випадків, передбачених Законом (ст. 46 Закону України "Про інформацію" (2657-12)). Інформування жінки щодо ускладнень вагітності та пологів, що спричинили патологічну кровотечу, здійснених заходів по її зупиненню та відновленню ОЦК, проведених оперативних втручань слід проводити тоді, коли жінка може адекватно сприймати інформацію. Час, коли жінка переживає сильний стрес і занепокоєння, коли проводиться медичне втручання або вона відчуває біль, не є ідеальним моментом для обговорення вищевказаного. Головними моментами консультування – є забезпечення психологічної підтримки жінки, уміння консультанта заспокоїти пацієнтку, вселити оптимізм відносно подальшого особистого, інтимного життя, репродуктивного здоров'я. Після проведеного консультування у жінки не повинно залишитись будь-яких сумнівів або запитань щодо отриманої інформації.

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти – це відшарування плаценти розташованої поза нижнім сегментом матки під час вагітності або у I – II періодах пологів.

Класифікація:

1. Повне відшарування (відшарування всієї плаценти).
2. Часткове відшарування:
 - крайове
 - центральне

Клініко-діагностичні критерії передчасного відшарування нормально розташованої плаценти:

Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти може бути у вагітних у разі наступної патології:

- гестози;
- захворювання нирок;
- ізоімунний конфлікт між матір'ю та плодом;
- перерозтягнення матки (багатоводдя, багатоплідність, великий плід);
- захворювання судинної системи;
- цукровий діабет;
- захворювання сполучної тканини;
- запальні процеси матки, плаценти;
- аномалії розвитку або пухлини матки (підслизові, інтрамуральні міоми).

Безпосередньою причиною може бути:

фізична травма;

- психічна травма;
- раптове зменшення об'єму навколоплодових вод;
- абсолютно чи відносно коротка пуповина;
- патологія скоротливої діяльності матки.

Діагностика:

1. *Оцінка стану вагітної, який буде залежати від величини відшарування, об'єму крововтрати, появи симптомів геморагічного шоку або ДВЗ-синдрому.*

2. *Зовнішнє акушерського обстеження:*

- гіпертонус матки;
- матка збільшена у розмірах, може бути деформована з локальним випячуванням, якщо плацента розташована по передній стінці;
- болючість при пальпації;
- утруднення або неможливість пальпації та аускультатії серцебиття плода;
- поява симптомів дистресу плода або його загибель.

3. *Внутрішнє акушерське дослідження:*

- напруженість плодного міхура;
- при вилитті навколоплодових вод – можливе їх забарвлення кров'ю;
- кровотеча різної інтенсивності із матки.

4. *УЗ-дослідження (ехо-негативне вогнище між маткою та плацентою), але цей метод не може бути абсолютним діагностичним критерієм так, як гіпоехогенна зона може візуалізуватись у пацієток і без відшарування.*

У разі відсутності зовнішньої кровотечі діагноз передчасного відшарування плаценти базується на підвищеному тонусі матки, локальній болючості, погіршенні стану плода. Кров із ретроплацентарної гематоми просочує стінку матки і формує матку Кувелера (матково-плацентарна

апоплексія), яка втрачає здатність скорочуватись, що веде до розвитку кровотеч з масивною крововтратою за рахунок коагулопатії та гіпотонії.

Лікування:

Необґрунтовано запізніле розродження призводить до загибелі плода, розвитку матки Кувелера, масивної крововтрати, геморагічного шоку та ДВЗ- синдрому, втрати репродуктивної функції жінки.

1. У разі прогресуючого передчасного відшарування плаценти під час вагітності, або у першому періоді пологів, при появі симптомів геморагічного шоку, ДВЗ-синдрому, ознак дистресу плода, незалежно від терміну вагітності – термінове розродження шляхом кесаревого розтину. При наявності ознак матки Кувелера – екстирпація матки без придатків.

2. Відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

3. У разі непрогресуючого відшарування плаценти можливе динамічне спостереження при недоношеній вагітності до 34 тижнів (проведення терапії для дозрівання легень плода), у закладах, де є цілодобове чергування кваліфікованих лікарів акушер-гінекологів, анестезіологів, неонатологів. Проводиться моніторне спостереження за станом вагітної та плода, КТГ, УЗД в динаміці.

Особливості кесаревого розтину:

- передуюча операції амніотомія (якщо є умови);
- обов'язкова ревізія стінок матки (особливо зовнішня поверхня) з метою виключення матково-плацентарної апоплексії;
- у разі діагностування матки Кувелера - екстирпація матки без придатків;
- при невеликій площі апоплексії - 2-3 вогнища малого діаметру 1-2 см, або одне – до 3 см), та здатності матки до скорочення, відсутності кровотечі та ознак ДВЗ-синдрому, при необхідності зберігти дітородну функцію (перші пологи, мертвий плод), **консіліумом вирішується питання про збереження матки.** Хірурги спостерігають деякий час (10-20 хв.) при відкритій черевній порожнини за станом матки та при відсутності кровотечі дренують черевну порожнину для контролю гемостазу. Така тактика, у виняткових випадках, допускається лише у закладах, в яких наявне цілодобове чергування лікарів акушер-гінеколога, анестезіолога.
- у ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.

Тактика при відшаруванні плаценти наприкінці I або у II періодах

- негайна амніотомія, якщо навколоплодовий міхур цілий;
- при головному передлежанні плода - накладання акушерських щипців;
- при тазовому передлежанні - екстракція плода за тазовий кінець;

- при поперечному положенні другого з двійні плода виконується акушерський поворот з екстракцією плода за ніжку. У деяких випадках більш надійним буде кесарський розтин;

- ручне відділення плаценти та видалення посліду;

- скорочуючі засоби - в/в 10 ОД окситоцину, при відсутності ефекту 800 мкг мізопростолу (ректально);

- ретельне динамічне спостереження у післяпологовому періоді;

- відновлення величини крововтрати, лікування геморагічного шоку та ДВЗ-синдрому.

• Пацієнтка залишається під наглядом чергової бригади (бригади термінального центру) в операційній протягом наступних 6 годин. • У ранньому післяопераційному періоді – ретельне спостереження за станом породіллі.

VIII. Основна література для опрацювання

1. Акушерство і гінекологія / Громова А.М., Лихачов В.К. Добровольська Л.М. та ін. – Полтава: Дивосвіт, 2000. – 608 с.
2. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями. М.:МИА, 2007.
3. Практическое акушерство с неотложными состояниями.Руководство для врачей/В.К.Лихачев/- Медицинское информационное агентство Москва, 2010.
4. 9. Лихачов В.К.Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.:Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
5. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. — Київ: Тріумф, 2010. —232 с.
6. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні»
7. Наказ МОЗ України про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги № 205 від 24.03. 2014 «Акушерські кровотечі»,81 сторінка.
8. Наказ МОЗ України від 03.11.02008 № 624 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 15 грудня 2003 року № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»,наказу МОЗ від 31.12.2004 року, № 676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас.кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.

5.01.2017

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; доповнення та зміни внесені
„_____” _____201__р.**