

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
НАВЧАЛЬНО – НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № __ від _____ 20__ року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
З ЛІКАРЯМИ – ІНТЕРНАМИ ФАХУ «АКУШЕРСТВО І
ГІНЕКОЛОГІЯ»
ІІІ РОКУ НАВЧАННЯ**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Прееклампсія/еклампсія. Етіологія, класифікація, клініка, діагностика. (код курсу 10.2.1)
Курс	ІІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

I. Мета заняття

Гіпертензивні розлади при вагітності (пreeклампсія) залишаються однією з найактуальніших проблем сучасного акушерства, багато в чому визначаючи структуру материнської та перинатальної смертності. В Україні цю патологію називають також пізнім гестозом.

Частота вагітностей і пологів, ускладнених пізнім гестозом, в Україні коливається від 10 до 15%. Існує очевидна тенденція до збільшення частоти важких форм гестозів, що визначають структуру материнської та перинатальної смертності.

З часу затвердження принципів доказової медицини підходи до класифікації, діагностики, тактики ведення та лікування гіпертензивних розладів у вагітних, зокрема пreeклампсії, істотно переглянуто. Тому метою заняття є поглибити та закріпити знання інтернів з питань етіології, патогенезу, діагностики та тактики ведення вагітних з гестозами.

II. Об'єм повторної інформації

1. Визначення поняття «ранній гестоз».
2. Класифікацію ранніх гестозів.
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез ранніх гестозів.
4. Клініку ранніх гестозів.
5. Методи діагностики ранніх гестозів.
6. Диференціальну діагностику ранніх гестозів з екстрагенітальними хворобами.
7. Основні принципи і методи лікування ранніх гестозів.
8. Профілактику ускладнень та реабілітацію при ранніх гестозах.

III. Об'єм нової інформації

1. Термінологію, класифікацію пreeклампсії.
2. Етіологію, патогенез пreeклампсії.
3. Фактори ризику щодо виникнення пreeклампсії.
4. Клініку пreeклампсії різного ступеня тяжкості, включаючи HELLP-синдром.
5. Ускладнення пreeклампсії.
6. Методи діагностики пreeклампсії.
7. Методи оцінки ступеня тяжкості пreeклампсії.
8. Методи лікування різних форм пreeклампсії.
9. Акушерську тактику при різних ступенях тяжкості пreeклампсії.
10. Клініку, діагностику, лікування, акушерську тактику при еклампсії.
11. Методи профілактики пreeклампсії.

IV. Умови для проведення заняття

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

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Добірка ситуаційних задач.
3. Історії пологів..

V. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної з гестозом.		+	
2.	Оцінити результати УЗД при наявності у вагітної		+	

	гестозу.			
3.	Провести оцінку функціонального стану плода .		+	
4.	Визначити тактику ведення вагітності при наявності гестозу різного ступеню.		+	
5.	Визначити термін і тактику розродження при гестозах різних ступенів.		+	
6.	Визначити терміни проведення специфічної профілактики патології плода у вагітної з гестозом.		+	

VII. 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 термінологія, класифікація прееклампсії?
2. Яка етіологія, патогенез прееклампсії?
3. Які фактори ризику щодо виникнення прееклампсії?
4. Яка клініка прееклампсії різного ступеня тяжкості,?
5. Які ускладнення прееклампсії?
6. Які методи діагностики прееклампсії?
7. Які методи оцінки ступеня тяжкості прееклампсії?
8. Які методи лікування різних форм прееклампсії?
9. Яка акушерська тактика при різних ступенях тяжкості прееклампсії?
10. Яка клініка, діагностика, лікування, акушерська тактика прееклампсії?
11. Які методи профілактики прееклампсії?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Збирання анамнезу.
2. Скласти план індивідуального лікування вагітних з раннім гестозом.
3. Скласти план профілактики ускладнень та реабілітації при ранніх гестозах.
4. Визначити фактори ризику прееклампсії.
5. Визначати ступінь тяжкості прееклампсії.
6. Скласти план динамічного спостереження вагітних із групи ризику прееклампсії.
7. Визначити показання до госпіталізації вагітних з прееклампсією.
8. Скласти план профілактики ускладнень та реабілітації при пізніх гестозах.

Тестові завдання

1. На черговому огляді у терапевта жіночої консультації у вагітної К. в 30 тижнів вагітності, виникли судоми з короткочасною втратою свідомості. АТ 170/100 мм рт.ст., генералізовані набряки. В аналізі сечі тиждень тому визначався білок в сечі 3 г/л, гіалінові циліндри.

Який найбільш ймовірний діагноз?

А. Еклампсія.

В. Епілепсія.

С. Гіпертензія вагітних.

Д. Прееклампсія.

2. На прийомі в жіночій консультації вагітна 37 тижнів поскаржилася на різкий головний біль, погіршення зору, біль у ділянці сонячного сплетіння. Об'єктивно: артеріальний тиск 170/110 мм. рт. ст., набряки нижніх кінцівок.

Яку першу невідкладну допомогу слід надати у жіночій консультації?

А. Введення магнію сульфату 25% розчину - 20,0, сибазону 0,02 в/в, госпіталізація до акушерського стаціонару.

В. Введення анальгину 50% розчину - 2,0; госпіталізація до акушерського

стаціонару.

С. Введення лазіксу 40 мг в/в; госпіталізація до акушерського стаціонару.

Д. Ніяких лікувальних заходів не проводити.

3. Вагітна доставлена швидкою допомогою зі скаргами на сильний біль в ділянці шлунка, блювання, головний біль, мерехтіння мушок перед очима. Тиждень тому, у зв'язку з прееклампсією легкого ступеня, запропонована госпіталізація, але хвора відмовилась. Об'єктивно: шкіра бліда, набряки на гомілкях і ступнях, АТ - 160/90 - 160/100 мм рт.ст. Аналіз сечі: лейкоцити - 3-4 в п/з, циліндри гіалінові і зернисті - 4-5 в п/з, білок - 4 г/л, питома вага 1 Який найбільш вірогідний діагноз?

А. Прееклампсія середнього ступеня тяжкості.

В. Харчова інтоксикація.

С. Прееклампсія важкого ступеня.

Д. Гломерулонефрит.

Е. Гострий панкреатит.

4. У вагітної в терміні 37 тижнів вагітності спостерігаються генералізовані набряки, АТ - 170/120 мм рт.ст., протеїнурія 4 г/л. Гіпотрофія плода. Яка патологія зумовлює таку картину?

А. Прееклампсія середнього ступеня.

В. Гіпертонічна хвороба.

С. Прееклампсія легкого ступеня.

Д. Прееклампсія важкого ступеня.

Е. Еклампсія.

5. Вагітна 32 років доставлена каретою швидкої допомоги на ношах. Вагітність перша, строк 3-4 тижня. Захворіла кілька годин тому, скаргиться на біль в животі, слабкість, головний біль, нудоту, виснажливу печію, свербіння шкіри. При обстеженні підвищені АСТ, АЛТ.

Який попередній діагноз?

А. Дерматоз вагітних.

В. Гострий жировий гепатоз вагітних*

С. Прееклампсія.

Б. Хорея.

Ситуаційні задачі :

Задача 1 . Вагітна 16 років поступила до відділення в термін 7-8 тижнів вагітності із скаргами на блювання протягом доби (до 10-12 разів). При об'єктивному обстеженні: шкіра суха, пульс 110/120 уд/хв, АТ 90/60 мм ст., з рота пахне ацетоном, жінка виснажена, язик сухий, тахіпноє (до 30 дихальних рухів на хвилину), зменшення відділення сечі, температура 37,6°.

Запитання: Ваш діагноз? Яка тактика лікування?

Відповідь: Надмірне блювання вагітних з порушенням обміну речовин. Відновлення водного балансу, лікування метаболічного ацидозу, визначення тактики протягом 5-7 діб. При відсутності ефекту лікування - переривання вагітності.

Задача 2. Вагітність 37 тижнів. Генералізовані набряки, АТ 170/120 мм.рт.ст., протеїнурія 4 г/л. При ультразвуковому дослідженні ознаки плацентарної недостатності та гіпотрофії плода.

Запитання: Який діагноз, план обстеження та лікування?

Відповідь: Прееклампсія важкого ступеня, плацентарна недостатність, затримка розвитку плода. Показане переривання вагітності методом кесарського розтину.

Задача 3. Вагітна 28 років доставлена в акушерський стаціонар в коматозному стані. Вагітність перша, 34 тижні. Зі слів чоловіка у вагітної був приступ судом з наступною втраченою свідомістю. При огляді: свідомість відсутня, обличчя набрякле, ціанотичне. Значні набряки ніг і передньої черевної стінки. АТ 180/110 мм рт ст. Матка в нормотонусі. Положення плода поздовжнє, голівка рухома над входом в малий таз. Серцебиття плода глухе, 160 уд/хв..

Запитання: Який діагноз? Яка тактика ведення вагітності ?

Відповідь: Еклампсія. Провести розродження методом кесарського розтину.

Задача 4. Вагітна 23 років, строк вагітності 6-7 тижнів. Турбують нудота та блювота 4-7 разів на добу, виділення слини досягає 1,0 л за добу. Вага зменшилась на 3 кг.

Запитання: Який діагноз? Яка тактика лікування?

Відповідь: Помірне блювання вагітних із саливацією. Відновлення водного балансу, внутрішньом'язове введення атропіну по 0,5 мл 0,1% розчину 2 рази на добу, полоскання порожнини рота засобами, що мають в'язучі властивості.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

В Україні існує різна термінологія стосовно даної патології. До цього часу застосовують термін - пізні гестози, який можна вважати застарілим. Сучасними термінами є - прееклампсія, гіпертензивні розлади при вагітності.

Прееклампсія є симптомокомплексом поліорганної та полісистемної недостатності, що виникає під час вагітності. Прееклампсія не є самостійним захворюванням, це клінічний прояв неспроможності адаптаційних механізмів материнського організму адекватно забезпечити потреби плода, що розвивається. Реалізується ця неспроможність через різноманітний ступінь виразності перфузійно-дифузійної недостатності в системі мати — плацента — плід.

Класифікація прееклампсії МКХ-10: O13-O15

- Легка прееклампсія або гестаційна гіпертензія без значної протеїнурії.
- Прееклампсія середньої тяжкості.
- Тяжка прееклампсія.
- Прееклампсія не уточнена.
- Еклампсія:
 - ✓ Еклампсія під час вагітності.
 - ✓ Еклампсія під час пологів.
 - ✓ Еклампсія в післяпологовому періоді.
 - ✓ Еклампсія не уточнена за терміном.

Етіопатогенез прееклампсії

Серед причин прееклампсії, особливо тяжких форм, провідне місце займає екстрагенітальній патології, аутоімунним порушенням; ендокринним захворюванням.

Важлива роль у походженні прееклампсії належить:

- 1) недостатності спіральних артеріол матки, яка спричиняє порушення плацентарного кровообігу;
- 2) дисфункції ендотелію судин, пов'язаної з аутоімунним порушенням, викликаним вагітністю.

Зміни в органах, характерні для прееклампсії:

1. В серцево-судинній системі: генералізований вазоспазм, підвищення периферичного опору судин, гіповолемія.
2. Гематологічні зміни: активація тромбоцитів, що супроводжується коагулопатією споживання, зниження обсягу плазми, підвищення в'язкості крові, гемоконцентрація.
3. В нирках: протеїнурія, зниження швидкості клубочкової фільтрації, зниження екскреції сечової кислоти.

4. В печінці: перипортальні некрози, субкапсулярна гематома.
5. В ЦНС: набряк головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи.

Існує важка клінічна форма гестозу - HELLP-синдром (**H**emolysis-мікроангіопатична гемолітична анемія, **E**levation of **L**iver enzymes - підвищена концентрація ферментів печінки в плазмі крові, **L**ow **P**latelet count - зниження рівня тромбоцитів). Патолофізіологічні зміни при HELLP-синдромі відбуваються переважно в печінці. Сегментний вазоспазм призводить до порушення кровотоку в печінці і розтягнення глисонової капсули (болі у верхній ділянці живота). Гепатоцелюлярний некроз обумовлює підвищення трансаміназ.

Тромбоцитопенія і гемоліз виникають внаслідок пошкодження ендотелію в змінених судинах. Якщо це порочне коло, що складається з пошкодження ендотелію та внутрішньосудинної активації системи зсідання, не переривається, то протягом декількох годин розвивається ДВЗ-синдром із смертельною кровотечею.

Фактори ризику розвитку прееклампсії

1. Екстрагенітальна патологія: захворювання нирок, печінки, гіпертонічна хвороба, хронічні захворювання легенів та бронхів, вади серця, цукровий діабет, ожиріння та інші прояви ендокринопатії.
2. Акушерсько-гінекологічні фактори ризику:

- наявність гіпертонічних розладів у спадковому анамнезі;
- наявність прееклампсії при попередній вагітності;
- вік вагітної (менше 19, більше 30 років);
- багатоводдя, багатопліддя;
- анемія вагітної;
- ізосенсибілізація за Рп-фактором та АВО-системою;

3. Соціально-побутові чинники:

- шкідливі звички;
- професійні шкідливості;
- незбалансоване харчування.

Знання чинників ризику розвинення прееклампсії та їх виявлення дозволить своєчасно формувати групи ризику щодо виникнення прееклампсії.

Клінічні прояви прееклампсії

Класична тріада симптомів гестозу (набряки, протеїнурія, гіпертонія), описана у 1913 році німецьким акушером Цангемейстром. В теперішній час вважається, що помірні набряки не є значущими проявами прееклампсії.

Головний біль, порушення зору, біль в епігастрії та правому підребер'ї є додатковими клінічними проявами тяжких форм прееклампсії.

Діагностика прееклампсії

Діагноз прееклампсії є правомірним у термін більше 20 тижнів гестації за наявності АТ більше 140/90 мм рт. ст. або у разі підвищення діастолічного АТ на 15% від вихідного в I триместрі вагітності з наявністю протеїнурії (білок у добовій сечі більше 0,3 г/л) і генералізованих набряків (збільшення маси тіла вагітної більше 900,0 г за тиждень чи 3 кг за місяць).

Діагноз "прееклампсія" встановлюють за наявності гіпертензії у поєднанні з протеїнурією або генералізованими набряками або за наявності всіх трьох ознак.

На даний час розрізняють "чисті" і "поєднані" форми прееклампсії. Поєднаний гестоз розвивається на тлі екстрагенітальних захворювань. Для поєднаних форм пізніх гестозів ставлять діагноз гестозу залежно від проявів і ступеня тяжкості, а потім додають фразу "на тлі" якоїсь екстрагенітальної патології.

Як критерій тяжкості гіпертензії у вагітних, показання до початку антигіпертензивного лікування та оцінки його ефективності використовують тільки значення діастолічного АТ. Для визначення останнього слід враховувати V тон Короткова (а не IV, як раніше).

Діагноз	Діаст. АТ, мм рт.ст.	Протеїнурія, г/доб	Інші ознаки
Гестаційна гіпертензія або легка преєклампсія	90-99	<0,3	—
Преєклампсія середньої тяжкості	100-109	0,3-5,0	Набряки на обличчі, руках Інколи головний біль
Тяжка преєклампсія	>110	>5	Набряки генералізовані, значні Головний біль Порушення зору Біль в епігастрії або/та правому підребер'ї

Таблиця 3. Додаткові клініко-лабораторні критерії преєклампсії.

Ознаки	Легка преєклампсія	Преєклампсія середньої тяжкості	Тяжка преєклампсія
Сечова кислота, мкмоль/л	< 0,35	0,35-0,45	> 0,45
Сечовина, мкмоль/л	< 4,5	4,5-8,0	> 8
Креатинін, мкмоль/л	< 75	75-120	> 120 або олігурія
Тромбоцити $10^9/л$	> 150	80-150	< 80

З метою моніторингу стану вагітних з групи ризику щодо розвитку преєклампсії необхідно проводити скринінгові тести (контроль маси тіла, контроль АД, дослідження кількості тромбоцитів, дослідження сечі на вміст білка, бактеріоскопічне дослідження сечі) 1 раз на 3 тижні в першій половині вагітності і 1 раз на 2 тижні з 20 до 28 тижня та щотижнево після 28 тижня вагітності.

Показання до негайної госпіталізації

- діастолічний АТ > 110 мм рт. ст.;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл./год.);
- тромбоцитопенія (< $100 \cdot 10^9/л$).

Лікування преєклампсії

Надання допомоги залежить від стану вагітної, параметрів АТ та протеїнурії.

Легка преєклампсія

У разі відповідності стану вагітної критеріям легкої преєклампсії при терміні вагітності до 37 тижнів можливий нагляд в умовах жіночої консультації. Проводять навчання пацієнтки самостійному моніторингу основних показників розвитку преєклампсії: вимірювання АТ, контроль балансу рідини та набряків, реєстрація рухів плода.

Проводять *лабораторне обстеження*: загальний аналіз сечі, добова протеїнурія, креатинін та сечовина плазми крові, гемоглобін, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ, визначення стану плода (нестресовий тест за можливості). Медикаментозну терапію не призначають. Не обмежують вживання рідини та кухонної солі.

Показання для госпіталізації': поява хоча б однієї ознаки преєклампсії середньої тяжкості; порушення стану плода.

У разі стабільного стану жінки у межах критеріїв легкої преєклампсії тактика ведення вагітності вичікувальна. Пологи ведуть згідно акушерської ситуації.

Преєклампсія середньої тяжкості

Планова госпіталізація вагітної до стаціонару 2 рівня акредитації.

Первинне лабораторне обстеження: загальний аналіз крові, гематокрит, кількість тромбоцитів, коагулограма, АЛТ і АСТ, група крові та резус-фактор (у разі відсутності точних відомостей), загальний аналіз сечі, визначення добової протеїнурії, креатиніну, сечовини, сечової кислоти плазми, електроліти (натрій та калій), оцінка стану плода.

Охоронний режим - напівліжковий, обмеження фізичного та психічного навантаження.

Раціональне харчування: їжа з підвищеним вмістом білків, **без обмеження солі та води**, вживання продуктів, які не викликають спраги.

Комплекс вітамінів та мікроелементів для вагітної, за необхідності препарати заліза. При діастолічному АТ > 100 мм рт.ст. призначення гіпотензивних препаратів (метилдофа по 0,25-0,5 г 3-4 рази на добу, максимальна доза - 3 г на добу; за необхідності додають ніфедипін по 10 мг 2-3 рази на добу, максимальна добова доза -100 мг).

В термін вагітності до 34 тижнів призначають кортикостероїди для *профілактики респіраторного дистрес-синдрому* (РДС) - дексаметазон по 6 мг через 12 годин, чотири рази впродовж 2 діб.

Дослідження проводять із встановленою кратністю **динамічного спостереження показників**:

- контроль АТ - кожні 6 годин першої доби, надалі - двічі на добу;
- аускультация серцебиття плода кожні 8 годин;
- аналіз сечі - щодоби;
- добова протеїнурія - щодоби;
- гемоглобін, гематокрит, коагулограма, кількість тромбоцитів, АЛТ і АСТ, креатинін, сечовина - кожні три дні;
- щоденний моніторинг стану плода

При прогресуванні преєклампсії розпочинають підготовку до розродження:

Розродження.

Метод розродження у будь-який термін гестації визначається готовністю пологових шляхів та станом плода. За умов неефективності проведеної підготовки пологових шляхів простагландінами проводять операцію кесаревого розтину. Якщо шийка матки достатньо зріла, проводять родозбудження та пологи ведуть через природні пологові шляхи.

Перехід до ведення вагітної за алгоритмом тяжкої преєклампсії здійснюють у випадках наростання хоча б однієї з наступних ознак:

- діастолічний АТ >110 мм рт.ст.;
- головний біль;
- порушення зору;
- біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї;
- ознаки печінкової недостатності;
- олігурія (< 25 мл/год);
- тромбоцитопенія (< 100 10⁹/л);
- ознаки ДВЗ-синдрому;
- підвищення активності АЛТ та АСТ.

Профілактика

Ефективними методами профілактики преєклампсії, які мають доведену ефективність, є використання антиагрегантної терапії та вживання кальцію.

Результати рандомізованих контрольованих досліджень свідчать про те, що антиагрегантна терапія знижує ризик виникнення преєклампсії на 19%. [А] Крім того, у групі вагітних, які отримували антиагрегантну терапію спостерігалось достовірне зниження рівня неонатальної смертності на 16% та частоти народження дітей з малою масою тіла - на 8%. [А]

Таким чином, використання антиагрегантної терапії (низькі дози аспірину), має помірний ефект у попередженні преєклампсії та зниженні перинатальної смертності. Ця терапія може бути рекомендована жінкам з такими факторами ризику, як гіпертонічна хвороба та антифосфоліпідний синдром.

Більш виражений клінічний ефект у попередженні преєклампсії мають препарати кальцію. Вживання кальцію у дозі 1 г/добу, у порівнянні з плацебо, супроводжується достовірним зниженням ризику підвищеного артеріального тиску на 30%, преєклампсії - на 50%. [А] Найбільш ефект спостерігається у жінок, групи високого ризику, а також у жінок з низьким вживанням кальцію. У цих групах ризик преєклампсії знижується відповідно на 78% та 64%. [А] До того ж, у жінок, які вживали кальцій були достовірно знижені показники материнської смертності та тяжкої захворюваності (в середньому на 20%).

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Гуменюк Е.Г. Акушерство: физиология беременности: учебное пособие. - Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. - 170 с.
2. Дуда В.И. Физиологическое акушерство. - Минск: Высшая школа, 2000. - 447с.
3. Жилиев Н.И. Акушерство: фантомный курс. - К.: Книга-плюс, 2002.-239 с.
4. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
5. Запорожан В.М. Акушерська патологія: Атлас: Навч. посібник.-Одеса: ОДМУ, 2005.- 292 с.
6. Кулаков В.И. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии/В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 608 с.
7. Венцківськмі Б.М., Запорожан В.М., Сенчук А.Я. «Гестози вагітних»: навчальний посібник. К.: Аконт, 2002.
8. Э.К.Айламазян и соавт. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство. СПб.6 ООО «Издательство Н-Л», 2002.
9. Запорожан В.М. и соавторы Предупреждение трансмиссии ВИЧ от матери к ребёнку / Учебное пособие, Киев 2002.
10. Дуда В.И. Физиологическое акушерство. - Минск: Высшая школа, 2000. - 447с.
11. Жилиев Н.И. Акушерство: фантомный курс. - К.: Книга-плюс, 2002.- 239 с.
12. Зильбер А.П. и др. Преэклампсия и эклампсия: Клинико-физиологические основы и алгоритмы диагностики: Учебн. пособ. -Петрозаводск, 2005.- 508 с.
13. Запорожан В.М. Акушерська патологія: Атлас: Навч. посібник.-Одеса: ОДМУ, 2005.- 292 с.