

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения,
медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: Токсикозы беременных. Прерывание беременности и роды вне стационара.

Выполнила: ординатор кафедры
мобилизационной подготовки
здравоохранения, медицины катастроф
и скорой помощи с курсом ПО
Ивкина Ксения Викторовна

Проверил(а):

Красноярск
2023

Содержание

1. Понятие токсикоз беременных	3
2. Ранние токсикозы беременных.....	3
3. Поздние токсикозы беременных	6
4. Осложнения	10
5. Лечебно-тактические мероприятия для работников СМП	11
6. Акушерское пособие в родах.....	12
Список используемой литературы	17

Понятие токсикоз беременных

Под термином токсикозы беременности понимается все патологическое состояние, которые возникают только во время беременности приводят к осложнениям беременности и со стороны матери и со стороны плода, чаще всего прекращаются после беременности (лишь иногда переходят в экстрагенитальную патологию).

Различают ранние и поздние токсикозы беременных. Раньше считалось что плодное яйцо является источником экзотоксином, отсюда название токсикоз.

Современные теории развития токсикоза: ранний и поздний токсикоз рассматриваются как срыв адаптации женского организма - невозможность женского организма ответить адекватно на развивающуюся беременность. Чаще всего токсикозы первой и второй половины беременности будут у женщин с отягощенным анамнезом, хотя ярких проявлений соматической патологии может и не быть, а беременность будет является тем провоцирующим фактором который приводит к срыву адаптации и проявит себя осложнениями во время беременности.

Ранние токсикозы беременных

Встречаются у 60-50% всех беременных женщин, но требуют коррекции только у 10%.

Ранние токсикозы беременных проявляются диспептическими нарушениями в виде рвоты, слюнотечения; редковстречающиеся формы - дерматоз беременных, бронхиальная астма беременных, гепатоз беременных (вплоть до жирового гепатоза беременных).

Наиболее часто встречающаяся форма гипертонической болезни: рвота, и в зависимости от частоты рвоты, степени ухудшения состояния и лабораторных показателей различают:

1. легкая степень;
2. умеренная степень;
3. тяжелая рвота;

Патогенез. Рвота беременных приводит к дегидратации, изменению состояния обмена веществ, электролитного баланса, что сказывается на состоянии беременной и плода. Определенную роль в развитии рвоты играет дисбаланс гормонального фона: при этом может быть недостаточность

эстрогенов, пики хорионического гонадотропина совпадают с рвотой, имеет место снижение секреции кортикостероидов и повышение активности парасимпатической нервной системы. Придается огромное значение иммунологическому конфликту между матерью и плодом. И наиболее часто рвота беременных будет встречаться у женщины с заболеваниями ЖКТ.

Рвота приводит к дегидратации и потере электролитов. Обезвоживание приводит к снижению функции почек: снижается скорость клубочковой фильтрации, уменьшается суточный диурез. В плазме крови увеличивается концентрация калия и натрия так как уменьшается объем внеклеточной жидкости. В результате голодания развивается гипопроотеинемия. Основным источником питания становятся жиры, расходуемый в организме гликоген усиливает распад жиров, что ведет к накоплению кетоновых тел, повышается скорость липолиза, свободные жирные кислоты образуются больше чем достаточно (может быть утилизировано периферическими тканями). Свободные жирные кислоты превращаются в печени в кетоновые тела, и может развиться тяжелая гиперлипемия вплоть до жировой инфильтрации печени. Кетацидоз сам по себе является причиной рвоты, что усугубляет существующую рвоту, а соответственно ухудшает дегидратацию и нарушение электролитного баланса. Истощение резервов жидкости: внутриклеточной и внеклеточной - в результате развивается гипоксия тканей и органов, может повышаться концентрация мочевины, увеличивается гематокрит (из-за дегидратации) в несоответствии с количеством эритроцитов и гемоглобина. Высокие цифры гематокрит и гемоглобина свидетельствуют о тяжелых степенях раннего токсикоза беременных. В результате этих процессов развивается метаболический ацидоз в сочетании с гипокалиемией. Для того чтобы определить степень тяжести рвоты беременных необходимо проводить исследования:

- 1.клинический анализ крови: повышение гематокрита, гемоглобина, эритроцитов, увеличение СОЭ;
- 2.Биохимический анализ крови: содержание общего белка и белок по фракциям, фибриноген, показатели тромбоцитов, ферменты печени;
- 3.Анализ мочи: увеличение удельного веса, величина суточного диуреза, мочевины, креатинина для того чтобы выявить степень вовлечения в процесс почек;

4. При всех этих механизмах патогенеза развитие раннего токсикоза беременных нарушает ЭКГ, которая также показывает степень нарушения электролитного баланса, ЭЭГ;

5. Строгий подсчет частоты рвоты в сутки с сопоставлением с суточным диурезом;

6. Оценка общего состояния: жалобы, пульс, сухость кожи и т.д.

Лечение легкой степени рвоты можно не проводить. Лечение требует тяжелая форма и умеренная рвота у женщин с риском развития перехода в тяжелую степень.

Регуляция деятельности ЦНС: дроперидол - нейролептик с выраженным противорвотным действием (внутривенно, внутримышечно 1 мл 0.25% раствора Droperidol). При внутривенном введении эффект очень быстрый, при внутримышечном введении эффект наступает через 3-4 часа. Аминазин сейчас используют реже, так как он оказывает отрицательное действие на печень. Настои трав, таблетированные препараты реланиума (40-50 мг, или Relanium 0.5% 2 мл), нозепам (10 мг).

Борьба с дегидратацией. При тяжелой рвоте инфузионная терапия не менее 1.5-3 л с сопоставлением с диурезом: солевые растворы (кристаллоиды), белки и препараты плазмы, 10-20% глюкоза, витамины группы В и С. При тяжелой рвоте преднизолон (гидрокортизон), эстрогены.

Антигистаминные препараты: димедрол (Sol. Dimedroli 1% 1ml), пипольфен (0.025 таблетки), супрастин (2% 1 мл, в таблетках по 0.025), дипразин (2.5% 1 мл в ампулах).

При наличии метаболического ацидоза - гидрокарбонат натрия 200 мл. Могут быть использованы - ацесоль, ортосоль, хлосоль, калия, натрия аспаргинат. Очень редко используют препараты брома. Реже используют полиглюкин, реополиглюкин -гиперонкотические препараты при высоких цифрах гематокрита не рекомендуются.

Тяжелая рвота требует неотложной помощи. Показанием для прерывания беременности будут являться:

1. тяжелое общее состояние;

2. неэффективность лечения в ближайшие 6-12 часов;

3.развитие острой желтой дистрофии печени;

4.развитие ОПН.

Так как ранние токсикозы беременности чаще всего развиваются в 6-12 недель беременности, то способ прерывания беременности - искусственный аборт.

3. Поздние токсикозы беременности

Термин поздний токсикоз беременности не верен, не современен. В настоящее время его называют ОРН -гестозом (ОПГ-гестоз): сокращение от О (oedema), Р (proteinuria), Н (hypertension). ОПГ (отеки, протеинурия, гипертензия) - эти симптомы появляются раньше чем во второй половине беременности. Автором этой триады симптомов является немецкий акушер Цантгеймстер.

Лабораторными исследованиями подтверждено, что ОРН симптомы появляются в 1 и в начале 2 половины. Было установлено уменьшение объема циркулирующей плазмы уже во второй половине беременности. Повышение АД предшествует повышению гематокрита. Тромбоцитопения как симптом очень тяжелого гестоза появляется до симптомов ОРН. При доплерографии можно выявить нарушение кровотока в маточно-плацентарном круге кровообращения. Нарушение реологических свойств крови (повышение вязкости) может быть выявлено с 20 недель, а клиника может появиться после 32-36 недель. Применение доплерометрии может выявить нарушение кровообращения с 16 недели беременности: синдром задержки развития плода как симптом ОРН - гестоза. Можно предсказать гипотонию в 64%.

Снижение синтеза простагличина наблюдается с 20 недели беременности у женщин у которых разовьется гестоз. Женщины с угрозой развития токсикоза имеют более высокое среднее давление.

Среднее АД равно сист. АД + 2дистол.АД/ 3.

Наиболее низкие цифры эстриола в моче дают информацию о риске развития ОРН-гестоза.

Группы риска по развитию ОРН-гестоза:

1.Женщины с заболеваниями почек.

2. Женщины с заболеваниями сердечно-сосудистой системы - гипертоническая болезнь, вегетососудистая дистония, пороки сердца.

3. Женщины с эндокринопатиями и прежде всего ожирением и сахарным диабетом.

Претоксикоз.

Характеризуется состоянием беременной женщины предшествующим гестозу, хотя не обязательно претоксикоз разворачивается в токсикоз.

Диагностика претоксикоза.

Группа риска по развитию гестоза: тщательное диспансерное наблюдение, чем для женщин не имеющих соматической патологии.

Выявление:

1. патологическая прибавка веса после 20 недели беременности при отсутствии видимых отеков.

2. Повышение диастолического давления более 90 мм.рт.ст, снижение пульсового давления до 30 и меньше.

3. Асимметрия АД на двух руках. Асимметрия более 10 мм.рт.ст, функциональные пробы измерения АД: проба с поворотом - повернуть женщину на левый бок, на правый и если после этого изменение АД более чем на 20 мм.рт.ст то значит эта женщина войдет в группу риска.

4. Снижение суточного диуреза до 900 мл/сутки и менее. При этом определяется уменьшение удельного веса мочи.

5. Небольшая протеинурия.

6. Более высокие цифры среднего АД. Норма среднего АД 90-100 мм.рт.ст, если более 105 то это патология.

7. Лабораторные показатели (гемоглобин, гематокрит).

Для лечения нужно соблюдать:

1. Диету;

2. Режим;

3. Провести психопрофилактическую подготовку;

4. Прием витаминов и микроэлементов.

Диета с ограничением солей натрия и с умеренным ограничением жидкости (1000 - 1200 мл в сутки). В настоящее время разгрузочные дни не назначаются. Должна быть обязательно отрегулирована двигательная активность и хороший сон. Обязателен прием седативных средств.

Беременность и роды всегда являются стрессом, поэтому показаны беседы с беременной женщиной, физические упражнения, плавание, рефлексотерапия). Прием антиагрегантов для улучшения маточно-плацентарного кровообращения (трентал таблетки по 0.1, курантил таблетки по 0.025, компламин). Кислородотерапия с эклетроаналгезией для регуляции корковой нейродинамики, сосудистого тонуса. Витамины для улучшения метаболизма в тканях: гиндевит, витамин Е, метионин, глутаминовая кислота, витамин С, рибофлавин, никотиновая кислота. Для снижения проницаемости сосудистой стенки - аскорутин, галаскорбин, глюконат кальция. При патологической прибавке веса: мочегонные чаи, оротат калия, спазмолитики (дибазол, папаверин), антигистаминные средства. Препараты аспирина 60 мг/сутки начиная с 13 недели беременности у женщин из группы риска по развитию гестоза. Применение в таких дозах основано на том что аспирин способствует выделению простагландин (естественного вазодилатора и антиагреганта). Преобладание простагландина над тромбоксаном есть профилактика спазма сосудов. У женщин с артериальной гипертензией имеет место повышение содержания кальция в клетках, что ведет к вазоконстрикции, а в плазме концентрация кальция уменьшается. Поэтому прием 2 г соли кальция в сутки начиная с 20 недель беременности широко применяется в США. Можно применять рыбий жир который содержит большое количество витаминов и кальция.

ОРН-Гестоз. Патогенез гестоза.

Частота гестоза остается высокой - 8-12% от всех беременных. Гестоз рассматривается в настоящее время как синдром дезадаптации и развивается прежде всего у женщин имеющих соматическую патологию: явную или проявляющуюся на фоне беременности.

Гестозы чаще всего развиваются у первобеременных женщин не прошедших программу беременности, поэтому самые тяжелые осложнения связанные с гестозом (летальность в том числе) развиваются в большей мере у них. У повторнородящих гестозы также развиваются но они уже носят характер не чистых гестозов, а сочетанных поскольку перенесенный первый гестоз

оставляет свою реакцию в организме и может уже дальше проявляться гипертонической болезнью, хроническим пиелонефритом.

Особенности современного течения: длительное течение, на фоне стертой картины, у 15% отсутствие эффекта от лечения, волнообразное течение.

Этиологическим фактором является плодное яйцо. Вылечить гестоз нельзя без прерывания беременности - или кесарева сечения, или родов через естественные родовые пути, родовозбуждения.

Основные моменты патогенеза гестоза:

1. генерализованный спазм сосудов. К этому спазму приводят: нарушение гипоталамических центров регуляции сосудистого тонуса что чаще всего имеет место у женщин с неустойчивой нервной системой, вегето-сосудистой дистонией, страдающих гипертонической болезнью.
2. Гиповолемия развивается в результате высокой проницаемости сосудистой стенки, которая в принципе является нормой беременности - она нужна для лучшего обменного процесса между матерью и плодом. Но когда проницаемость становится патологией, то жидкость устремляется в ткани из сосудистого русла.
- 3.Повышенная гидрофильность тканей беременной.
4. Нарушение водно-солевого обмена в сторону повышения натрия в тканях в результате нарушения натриево-калиевого насоса.
5. Гипопротеинемия.

Таким образом развивающуюся гипертензию во время гестоза надо рассматривать как компенсаторную реакцию, и она является клинической манифестацией гестоза (морфологические изменения уже давно идут). Гиповолемия развивается постепенно и поэтому когда мы уже имеем гипертензию это уже яркая демонстрация гестоза.

Генерализованный спазм приводит к гипоксии, и гипоксическим состояниям которые касаются всех органов и тканей: гипоксия почек, мозга, печени, плода. Нарушаются все виды обмена - белок в организме всегда расходуется на рост плода, а в условиях гипоксии гипопротеинемия усугубляется и поэтому ребенок развивающийся в условиях гипоксии и гипопротеинемии

будет гипотрофичным (гипотрофия плода считается признаком тяжелого гестоза).

Отеки:

Развитию отеков способствует:

1. гипопроотеинемия;
2. высокая гидрофильность тканей;
3. нарушение водно-солевого обмена;
4. высокая проницаемость.

Протеинурия (гиалиновые цилиндры) возникают за счет: высокой проницаемости клубочков, снижения концентрационной способности почек, гипоксии почек.

Для беременности вообще свойственно повышение секреции АДГ, оксикортикостероидов и альдостерона. При гестозах еще более выражено выделение АДГ и альдостерона и это усугубляет развитие отеков.

Гипоксия почек, спазм почечных сосудов приводит к дополнительному выбросу ренина и повышению соответственно АД. Гиповолемия способствует нарушению реологических свойств крови в сосудах происходит феномен sludge эритроцитов, нарушается капиллярный кровоток (страдает микроциркуляция). В тканях может появляться мелкоточечные и обширные кровоизлияния. При этом стандартные пробы на свертываемость могут не показать отклонений, но более углубленное исследование коагулограммы и прежде всего продуктов деградации фибриногена будет являться очень важным скрининговым тестом для определения тяжести гестоза.

Тромбоцитопения (может появляться уже с 20 недели) является очень важным прогностическим тестом в отношении течения гестоза. Таким образом вся развивающаяся патогенетическая цепочка может приводить к клиническим проявлениям: печеночная недостаточность, ОПН, клиника миокардиодистрофии, нарушение маточно-плацентарного кровообращения.

4. Осложнения

токсикоз беременность осложнение патологический

Осложнения (самые тяжелые проявления):

1. эклампсия;

- 2.кровоизлияние в мозг;
- 3.преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты;
- 4.ОПН и печеночная недостаточность;
- 5.отек мозга;
- 6.гипотрофия плода;
- 7.отслойка сетчатки.

Диагноз ставят на основе лабораторных данных, клинических проявлений, а также по этим критериям судят о тяжести гестоза.

Лечебно-тактические мероприятия для работников СМП:

1. Решить вопрос о возможности транспортировки роженицы в родильный дом.
2. Оценить данные общего и акушерского анамнеза: количество беременностей и родов в анамнезе, их течение, наличие осложнений.
3. Определить течение настоящей беременности: угроза прерывания беременности, общая прибавка в весе, динамика артериального давления, изменения в анализах крови (по данным обменной карты).
4. Проанализировать данные общего объективного исследования.
5. Оценить период родов: начало схваток, их регулярность, продолжительность, интенсивность, болезненность. Провести 4 приема наружного исследования и определить высоту стояния дна матки, положение и позицию плода, характер предлежащей части и ее отношение к плоскости входа в малый таз (подвижна над входом в таз, фиксирована малым сегментом, большим сегментом во входе в таз, в полости малого таза, на тазовом дне). Произвести аускультацию плода.

6. Оценить характер выделений: наличие кровянистых выделений, подтекание околоплодных вод, наличие в них мекония.

7. При необходимости произвести влагалищное исследование.

8. Поставить диагноз родов:

о первые или повторные;

о срочные, преждевременные или запоздалые;

о период родов -- раскрытия, изгнания, последовый;

о характер излития околоплодных вод -- преждевременное, раннее, своевременное;

о осложнения беременности и родов;

о особенности акушерско-гинекологического анамнеза;

о сопутствующая экстрагенитальная патология.

9. При наличии условий и возможностей транспортировки -- госпитализация в акушерский стационар.

Акушерское пособие в родах

Прием родов заключается в оказании акушерского пособия.

При головном предлежании акушерским пособием в родах называется совокупность последовательных манипуляций, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода.

Как только головка врежется в половую щель и будет сохранять такое положение и вне схватки, начинается прорезывание головки. С этого момента врач или акушерка, стоящая справа от роженицы, боком к ее голове,

ладонью правой руки с широко отведенным большим пальцем обхватывает промежность, покрытую стерильной салфеткой, через которую старается при схватке задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим выходу затылка из-под симфиза. Левая рука остается «наготове» на случай, если бы поступательное движение головки оказалось чрезмерно сильным и одна правая рука не смогла бы удержать ее. Как только подзатылочная ямка подойдет под лонную дугу (принимая роды ощущает затылок в ладони), а с боков прощупываются теменные бугры, приступают к выведению головки. Роженицу просят не тужиться; ладонью левой руки обхватывают вышедшую часть головки, а ладонью правой руки с отведенным большим пальцем обхватывают промежность и медленно, как бы снимая ее с головки (с лица), одновременно другой рукой бережно приподнимают головку вверх -- при этом над промежностью сначала показывается лоб, затем нос, рот и, наконец, подбородок. Непременно нужно выводить головку до тех пор, пока промежность «не сойдет» с подбородка, т. е. пока подбородок не выйдет наружу. Все это делается обязательно вне схватки, так как при схватке медленно вывести головку очень трудно, а при быстром выведении рвется промежность. В этот момент из ротику плода следует отсосать вытекающую слизь, так как ребенок может сделать первый вдох, вследствие чего слизь может попасть в дыхательные пути и вызвать асфиксию.

После рождения головки пальцем проводят по шее плода до плеча: проверяют, не обвилась ли пуповина вокруг шеи. Если имеется обвитие пуповины, петлю последней осторожно снимают через головку.

Родившаяся головка обычно поворачивается затылком в сторону бедра матери; иногда наружный поворот головки задерживается. Если показаний к немедленному окончанию родов не имеется (внутриутробная асфиксия плода, кровотечение), не следует торопиться: надо дождаться самостоятельного наружного поворота головки -- в таких случаях женщину просят потужиться, при этом головка поворачивается затылком в сторону бедра матери и переднее плечико подходит под лоно.

Если переднее плечико не подошло под лонно, оказывают помощь: повернувшуюся головку захватывают между обеими ладонями -- с одной стороны за подбородок, а с другой -- за затылок или кладут ладони на височно-шейные поверхности и осторожно, легко вращают головку затылком в сторону позиции, одновременно бережно оттягивая ее книзу, подводя переднее плечико под лонное сочленение.

Далее обхватывают головку левой рукой так, что ладонь ее ложится на нижнюю щечку и приподнимают головку, а правой рукой, подобно тому, как это делали при выведении головки, осторожно сдвигают промежность с заднего плечика.

Когда оба плечика вышли, осторожно обхватывают младенца за туловище в области подмышечных впадин и, приподнимая кверху, извлекают полностью из родовых путей.

Принцип «защиты промежности» при переднем виде затылочного предлежания заключается в том, чтобы не допустить преждевременного разгибания головки; только после того, когда выйдет затылок и подзатылочная ямка упрется в лунную дугу, медленно выпускают головку над промежностью -- это важное условие для сохранения целостности промежности и рождения головки наименьшим размером -- малым косым. Если головка будет прорезываться в половой щели не малым косым размером (при затылочном предлежании), легко может произойти ее разрыв.

С техникой и методикой проведения родов нередко может быть связана родовая травма новорожденного (внутричерепные кровоизлияния, переломы).

Если акушерское ручное пособие при прорезывании головки проводить грубо (или принимающий роды давит пальцами на головку), это может привести к указанным осложнениям. Во избежание подобных осложнений рекомендуется устранить чрезмерное противодействие растягивающейся промежности на головку плода, для чего применяют операцию рассечения промежности -- перинео- или эпизиотомию.

Акушерское ручное пособие при прорезывании головки должно быть всегда максимально бережным. Оно имеет целью прежде всего помочь рождению здорового ребенка, не причиняя ему никакой травмы, и одновременно сохранить по возможности целостность тазового дна. Только так нужно понимать термин «защита промежности».

Сразу же после рождения головки из верхних частей глотки и ноздрей необходимо отсосать слизь и околоплодные воды с помощью заранее прокипяченной резиновой груши. Для избежания аспирации содержимым желудка у новорожденного сначала очищают глотку, а затем -- нос.

Родившегося младенца кладут между ног матери на стерильные пеленки, накрывают сверху еще одной, чтобы не допустить переохладения.

Производится осмотр и оценка ребенка по методу Апгар сразу при рождении и через 5 мин (табл.). Метод оценки состояния плода по Апгар позволяет произвести быструю предварительную оценку по пяти признакам физического состояния новорожденного: частоты сердцебиения -- при помощи аускультации; дыхания -- при наблюдении за движениями грудной клетки; цвета кожи младенца -- бледный, цианотичный или розовый; мышечного тонуса -- по движению конечностей и рефлекторной активности при пошлепывании по подошвенной стороне ступни.

Количество баллов от 7 до 10 (10 баллов указывает на наилучшее из возможных состояний младенца) не требует реанимационных мероприятий.

Количество баллов от 4 до 6 свидетельствует о том, что эти дети цианотичны, имеют аритмичное дыхание, ослабленный мышечный тонус, повышенную рефлекторную возбудимость, частоту сердцебиения свыше 100 уд/ мин и могут быть спасены.

Количество баллов от 0 до 3 указывает на наличие тяжелой асфиксии. Такие дети при рождении должны быть отнесены к числу нуждающихся в немедленной реанимации.

0 баллов соответствует понятию «мертворожденный».

Оценка через 1 мин после рождения (или раньше) должна выявить младенцев, которые нуждаются в оказании им немедленной помощи, оценка через 5 мин коррелирует с показателями неонатальной заболеваемости и смертности.

После появления первого крика и дыхательных движений, отступив 8-10 см от пупочного кольца, пуповину обрабатывают спиртом и между двумя стерильными зажимами рассекают и перевязывают толстым хирургическим шелком, тонкой стерильной марлевой тесемкой. Культи пуповины смазывается 5%-ным раствором йода, а затем на нее накладывают стерильную повязку. Нельзя пользоваться для перевязки пуповины тонкой ниткой -- она может прорезать пуповину вместе с ее сосудами. Тут же на обе ручки ребенка надевают браслетки, на которых обозначены его пол, фамилия и имя матери, дата рождения и номер истории родов.

Дальнейшая обработка новорожденного (кожа, пуповина, профилактика офтальмобленнореи) производится только в акушерском стационаре, в условиях максимальной стерильности для профилактики возможных инфекционных и гнойно-септических осложнений. Кроме того, неумелые

действия при вторичной обработке пуповины могут вызвать трудноостановимое кровотечение после отсечения пуповины от пупочного кольца.

Роженице выводят мочу с помощью катетера и приступают к ведению третьего -- последового -- периода родов.

Список используемой литературы

1. Баисова, Б.И. Гинекология : учебник / под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 432 с.
2. Акушерство. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. Радзинского В. Е. , Костина И. Н. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 736 с
3. Гинекология [Электронный ресурс] / под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е. Радзинского, И.Б. Манухина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Серия "Национальные руководства" - 1008 с.
4. Капительный В.А., Акушерство и гинекология. [Электронный ресурс] Практические навыки и умения с фантомным курсом : учеб. пособие / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко ; под ред. А. И. Ищенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 400 с