

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:
ДМН, Профессор Цхай В.Б

В.Б. Цхай
Проф. Коновалов В.Н.

РЕФЕРАТ

на тему: «Ведение физиологических родов в затылочном предлежании при
одноплодной беременности»

Выполнила:
Клинический ординатор кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии
Ларина Ю. Р.
Проверил: Ассистент Коновалов В.Н.

г. Красноярск, 2018г.

Содержание

1. Терминология
2. Подготовка к родам
3. Первый период родов
4. Второй период родов
5. Третий период родов
6. Ведение послеродового периода
7. Список литературы

Терминология

Код МКБ-10: O80.0 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании.

Самопроизвольные роды в затылочном предлежании неосложненные - это роды одним плодом в затылочном предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в затылочном предлежании. В родах возможно применение амниотомии (показанием для амниотомии являются результаты внутреннего мониторинга плода (КЩС, прямая ЭКГ плода) и проведение анальгезии. Нормальные самопроизвольные роды в головном предлежании не подразумевают использование в первом периоде родов утеротонических средств и рассечение промежности (перине-, эпизиотомию).

После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии. Если у женщины из группы высокого риска роды протекают без осложнений, то они также могут быть отнесены к тем, к кому применимы рекомендации протокола при самопроизвольных родах (без осложнений).

Своевременные роды - это роды в сроке 37 недель 1 день - 41 неделя гестации. Срок родов определяется по формуле:

- срок родов = первый день последней менструации +7 дней - 3 мес.;
- при длительности цикла ≥ 32 дня овуляция более поздняя - в расчетный срок следует вносить поправку в сторону уменьшения срока;
- при длительности цикла $\leq 24-26$ дней овуляция более ранняя - внести поправку в сторону увеличения срока;

при беременности в результате ЭКО: расчет срока беременности и даты родов проводится от даты пункции фолликула, но продолжительность беременности - 266 дней

-определение даты родов по УЗИ: размеры плодного яйца и/или копчико-теменной размер - в сроке 6-14 недель: - результаты УЗИ в первом триместре (оптимально в 11-14 недель) - более точный метод установления срока беременности, чем по дате последней менструации; - если различие между сроком по менструации и результатами УЗИ, проведенного в первом триместре, составляет более 5 дней, или более 10 дней во втором триместре, то предполагаемую дату родов следует рассчитывать по результатам ультразвукового исследования; - при наличии результатов УЗИ в первом и втором триместрах, срок рассчитывают по более раннему.

Основная цель оказания помощи во время нормальных родов - обеспечить безопасность для женщины и ребенка при минимальном вмешательстве в физиологический процесс, включая латентную фазу родов.

Медицинская помощь женщинам во время родов и в послеродовом периоде оказывается в рамках специализированной медицинской помощи.

При наличии индивидуальных родильных залов, с учетом состояния здоровья, женщине предлагаются семейно-ориентированные (партнерские) роды - практика родоразрешения, основанная на сопровождении женщины с нормальным течением беременности во время родов членами семьи, участвующими в уходе и поддержке

женщины, а также позволяющая семьям получать максимум объективной информации, удовлетворяя их социальные, эмоциональные и бытовые потребности.

Партнерские роды способствуют предупреждению излишнего использования инвазивных, неприятных и/или ограничительных процедур, повышают взаимоответственность медицинского персонала, роженицы и членов семьи и снижают частоту конфликтов и жалоб.

2. Подготовка к родам

Объективные признаки начала родов: регулярные схватки через 10 минут и менее, открытие шейки матки 2-3 см (более 1 пальца), укорочение и сглаживание шейки матки более 80% от исходной длины.

При поступлении женщины на роды, бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы не являются обязательными и проводятся по желанию женщины. Не следует удалять волосы перед операцией, если только волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать ее проведению. Если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя депиляторы (кремы, гели) или другие методы (ножницы), не травмирующие кожные покровы. Нецелесообразно использовать бритву, так как это повышает риск инфекции. Постановка очистительной клизмы выполняется при наличии медицинских показаний. Душ назначается всем пациенткам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь.

При поступлении роженицы в акушерский стационар медицинские работники должны:

Акушерка:

- 1) Оценить состояние роженицы. (удовлетворительное)
- 2) Выслушать сердцебиение плода.
- 3) Измерить температуру тела, пульс, АД, осмотреть кожные покровы и слизистые.
- 4) Провести антропометрию (вес, рост).
- 5) Собрать у роженицы анамнез и заполнить историю родов.
- 6) Провести измерение размеров таза.
- 7) При отсутствии врача - внутреннее акушерское исследование, установка диагноза и выработка плана родов.
- 8) Женщинам, необследованным на амбулаторном этапе провести лабораторные исследования

Врач:

- 1) Оценить состояние роженицы.
- 2) Собрать у роженицы анамнез и заполнить историю родов.
- 3) Выслушать сердцебиение плода.
- 4) Провести общий наружный акушерский осмотр.
- 5) Провести внутреннее акушерское исследование.

6) Установить диагноз при поступлении и выработать план родов

После осмотра и оформления документации акушерка приемного отделения должна лично проводить роженицу и сопровождающего в родовой блок до палаты, в которой она будет находиться во время родов.

При поступлении роженицы в родильный блок медицинские работники должны:

Акушерка:

- 1) Выслушать сердцебиение плода.
- 2) Установить венозный катетер в локтевую вену.

Врач:

- 1) Провести внутренний акушерский осмотр, уточнить период родов, фазу.
- 2) Определить нахождение предлежащей части плода, ее вставление, акушерскую ситуацию.
- 3) Оценить риски, выбрать и обосновать тактику ведения родов. Наблюдение за родами включает:
 - 1) Возможность для женщины экстренного вызова медицинских работников.
 - 2) Наблюдение за роженицей акушеркой родового блока (в основном), которая должна находиться непосредственно с пациенткой: в 1-м периоде - периодически (каждые 15-30 мин); в конце 1-го периода, во 2-м и в 3-м периодах - постоянно.
 - 3) Возможность свободного положения пациентки в родах. При излитии околоплодных вод при непржатой головке рекомендуется положение на боку. Следует иметь в виду, что роды в вертикальном положении (на коленях, сидя на корточках) на четвереньках, по сравнению с положением на спине, полусидя, на боку, укорачивают роды на 1 час и в меньшей степени требуют регионарной анальгезии.
 - 4) Обучение женщины технике дыхания во время родов.
 - 5) Исследование пульса - каждый час, артериального давления на периферических артериях каждые 4 часа, измерение температуры тела - 1 раз в 4 часа, сократительная деятельность матки - каждые 30 мин. Регистрация полученных результатов на партограмме обязательна.
 - 6) Оценку частоты и объема мочеиспускания - самоконтроль женщины (необходимо предлагать чаще посещать туалет - контроль за мочеиспусканием каждые 2-3 часа). При отсутствии самостоятельного мочеиспускания - выведение мочи катетером.
 - 7) Запись дневников в истории родов каждые 3 часа. Внутреннее акушерское исследование в первом периоде родов проводится не реже 1 раза в 6 часов.
 - 8) Мониторинг сердечной деятельности плода (аускультация, КТГ).
 - 9) Мониторинг сократительной деятельности матки при излитии околоплодных вод, перед и после обезболивания обязателен.

10) При наличии врача анестезиолога-реаниматолога показана его консультация, для выбора оптимального метода обезболивания:

- роды могут быть обезболены (при наличии жалоб пациентки на боли)
- также может быть использована регионарная анальгезия : эпидуральная (люмбальная и сакральная), спинномозговая, и комбинированная спиноэпидуральная, парацервикальная и пудендальная анестезия. Чувствительные волокна от тела и шейки матки проходят в составе корешков Th11 и Th12, от промежности - в составе корешков

S2-S4.

Ведение партограммы - наиболее простой, но эффективный метод графического ведения родов, который точно отражает динамику родового процесса с обязательной характеристикой состояния матери и плода. Партограмма позволяет четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов и выделить группу женщин, нуждающихся в помощи.

11) Ведение партограммы (акушеркой) в родах осуществляется с регистрацией следующих показателей (приложение N 1): - сократительной активности матки (тонус, частота, амплитуда (в т.ч. по данным наружной гистерографии), продолжительность) - каждый час; - частоты сердечных сокращений плода - каждые 30 мин; - высоты стояния предлежащей части плода (оценка опускания головки пальпацией живота) - каждый час; - характера околоплодных вод - каждый час; - динамики раскрытия маточного зева, конфигурации головки, динамики продвижения предлежащей части плода - вагинальный осмотр проводится по показаниям, но не реже 1 раза в 6 часов (излитие околоплодных вод является дополнительным показанием к влагалищному исследованию).

3. Первый период родов

Включает:

1) Латентную фазу - характеризуется регулярной родовой деятельностью, которая приводит к прогрессивному сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева до 3-4 см. Длина шейки матки должна быть менее 1 см.

2) Активную фазу родов - дальнейшая дилатация маточного зева до 8 см открытия и фазу замедления от 8 см до полного раскрытия маточного зева).

Длительность фаз родов и скорость раскрытия маточного зева

Скорость раскрытия маточного зева в латентную фазу в среднем 0,35 см/час, в активную - не менее 1,2 см/час у первородящих и 1,5 см/час у повторнородящих.

Средняя продолжительность родов у первородящих около 8-14 часов, у повторнородящих 6-12 часов.

Мониторинг сердечной деятельности плода

Периодическая аускультация сердцебиений плода является основным и достаточным методом наблюдения за состоянием плода в родах при отсутствии показаний со стороны плода

- Выслушивание сердцебиения плода (норма: 110-160 уд./мин) проводится в первый период родов каждые 15-30 мин в течение одной полной минуты после окончания схватки; после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см. Во время потуг - после каждой потуги.

Рутинное применение КТГ всем роженицам не оправдано, особенно в группе родов низкого риска, так как данная методика имеет высокий процент ложноположительных результатов, а, следовательно, увеличивает частоту вмешательств, в том числе оперативных родов

- Непрерывная КТГ плода в родах проводится при наличии медицинских показаний

- Результаты мониторинга сердечной деятельности плода и сократительной деятельности матки обязательно фиксируются в соответствующей части партограммы.

- УЗИ плода (при необходимости).

Показания для непрерывного интранатального КТГ мониторинга

1. Показания со стороны матери: - кесарево сечение в анамнезе;

- преэклампсия; - переносная беременность (>41 недель); - длительный безводный период (>24 часа);

- индуцированные роды;

- гестационный сахарный диабет, сахарный диабет;

- дородовое кровотечение (признаки непрогрессирующей отслойки плаценты);

- рубец на матке (предшествующее кесарево сечение, консервативная миомэктомия); - резус-конфликтная беременность;

- другие медицинские показания, связанные с соматическими заболеваниями матери (например, роды через естественные родовые пути у женщины с пороком сердечно-сосудистой системы).

2. Показания со стороны плода:

- задержка развития плода;

- преждевременные роды (недоношенность); - маловодие;

- отклоняющиеся от нормы результаты доплерометрии скорости кровотока в артерии пуповины (снижение фетоплацентарного кровотока);

- многоплодие;

- наличие околоплодных вод окрашенных меконием; - тазовое предлежание плода.

3. Показания, связанные с течением родов:

- стимуляция родовой деятельности окситоцином; - эпидуральная анестезия;

вагинальное кровотечение во время родов (непрогрессирующая отслойка плаценты); - лихорадка у матери;

- околоплодные воды с плотными частицами мекония (свежий меконий).

В первом периоде нормальных родов не рекомендуется:

1) родостимуляция посредством амниотомии и окситоцина;

2) рутинная амниотомия при открытии маточного зева менее 7 см. Показанием для амниотомии может являться только внутренний мониторинг плода (КЩС, прямая ЭКГ плода).

3) медикаментозное усиление маточных сокращений в первом периоде нормальных родов: от рутинного использования утеротоников (окситоцина) для ускорения родов следует отказаться

4) заставлять пациентку тужиться раньше того времени, пока она сама не пожалуется на чувство сильного давления на задний проход.

4. Второй период родов

С момента полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка.

В среднем, второй период родов у первородящих длится 1,1 час (максимальная длительность 2,9 часа), у повторнородящих - 0,4 часа (максимально 1,1 часа).

Длительность второго периода родов у первородящих при эпидуральной анальгезии в родах не должна составлять более 3 часов, у повторнородящих - более 2 часов.

Особенностями ведения второго периода родов является:

1) Нахождение акушерки с роженицей постоянно 2) Документированный мониторинг:

- АД, ЧСС роженицы 1 раз в час;
- Контроль за опорожнением мочевого пузыря 1 раз в час;
- Мониторинг родовых схваток акушеркой с занесением в партограмму каждые 30 минут;
- Мониторинг сердечной деятельности плода;
- При расположении головки в узкой части или на тазовом дне аускультация плода - после каждой схватки.

3) При бради- или тахикардии плода - оценка по отношению к пульсу матери.

4) Прогрессия родов с указанием продвижения предлежащей части плода оценивается врачом с документированием в партограмме.

5) Роды ведутся с пассивным (на фоне схваток) опусканием головки на тазовое дно, избегая управления потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы).

Прогрессия родов с ведением партограммы

1) Во втором периоде родов показателем прогрессии родов является продвижение предлежащей части плода

- Если предлежащая часть на 1 см выше седалищных остей, степень ее вставления обозначают как "-1"

- Если на 2 см ниже - как "+2".

- Если степень вставления предлежащей части более "-3", то предлежащая часть подвижна над входом в малый таз.

- Если степень вставления "+3", то предлежащая часть располагается на тазовом дне и во время потуги появляется в половой щели

2) Влагалищное исследование во втором периоде родов выполняется каждый час.

3) Во втором периоде головка плода находится в одной плоскости у первородящих в среднем 30-40 мин, 20-30 мин у повторнородящих. Скорость продвижения головки по родовым путям в среднем составляет: у первородящих - 1 см/ч, у повторнородящих - 2 см/ч.

NB! Если в течение 1 часа у первородящих отсутствует динамика продвижения головки по родовым путям, то течение родов следует признать неудовлетворительным.

NB! Любые приемы выдавливания плода (в т.ч. - Кристеллера) не проводить!

4) Акушеркой осуществляется подготовка места для принятия родов (разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов, нагреть пеленки, которыми будут обтирать ребенка, подготовить необходимые инструменты для родов), необходимого оборудования и места для реанимации новорожденного (включить тепло, подключить кислород, проверить наличие дыхательного мешка и масок к нему, приготовить пеленки, шапочку и носочки для ребенка).

5) Рождение ребенка может происходить в любом положении, которое выбрала сама женщина. Наиболее удобное положение в родах - полусидя. Наиболее неудобное и опасное для плода положение - лежа на спине.

6) Физиологические роды принимает акушерка.

7) Пуповину следует пересекать стерильными инструментами, обработав её кожными антисептиками, после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка. Наложение на пуповину пластикового зажима или резинки

проводится в удобное для акушерки время. При этом пуповина протирается стерильной марлевой салфеткой с антисептиком. Марлевая салфетка на пупочный остаток не накладывается.

8) При рождении ребенка следует обеспечить присутствие неонатолога, который осматривает новорожденного сразу после рождения и дает развернутую оценку состояния ребенка.

Перинео- и эпизиотомия

1) Не рекомендуется рутинное рассечение промежности в родах (перинео- и эпизиотомия).

2) Рассечение промежности в родах также не должно выполняться и у пациенток, имеющих в анамнез разрыв промежности 3 или 4 степени.

3) В настоящее время ВОЗ ограничила использование рассечения промежности в родах:

осложненными вагинальными родами (тазовое предлежание, дисточия плечиков плода, наложение щипцов, вакуум-экстракция плода);

- рубцовыми изменениями гениталий в результате женского обрезания или плохо заживших разрывах третьей и четвертой степени;

- дистрессом плода.

4) Латеральная эпизиотомия не должна выполняться.

5) Предпочтительна медиолатеральная техника (справа между углом в 45° и 60°).

Операцию производят в тот момент, когда в схватку из половой щели показывается участок головки диаметром 3-4 см. Метод обезболивания - предшествующая регионарная анестезия, инфильтрационная или пудендальная анестезия.

В родах не следует:

1. переводить в родильный зал (на родильную кровать) до момента врезывания головки (появление головки из половой щели 2-4 см в диаметре, вне потуги - головка не уходит);

2. выполнять рутинную эпизио-, перинеотомию (понятия "угроза разрыва промежности", "высокой промежности" как показания для проведения вмешательства в современном акушерстве отсутствуют. Понятие "ригидная промежность" предполагает препятствие для продвижения (рождения) головки в течение 1 часа и более);

3. использовать утеротоники для укорочения второго периода родов;

4. противодействовать разгибанию головки управлять потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы);

5. форсировать рождение ребенка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность головке повернуться, а плечикам развернуться самостоятельно, при этом необходимо проверить, нет ли обвития пуповины. При тугом обвитии пересечь пуповину между 2 зажимами, при не тугом - ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги. Цианоз личика не является опасным признаком;

6. поднимать ребенка при непережатой пуповине выше тела матери (уровня плаценты);

7. использовать окситоцин и метилэргометрин во втором периоде родов для профилактики кровотечения;

5. Третий период родов

При ведении третьего периода родов необходимо знать и использовать:

- признаки отделения плаценты;
- способы выделения отделившегося последа.

Признаки отделения плаценты:

Шредера - изменение формы и высоты стояния дна матки. Альфельда - удлинения наружного отрезка пуповины.

Кюстнера-Чукалова - при надавливании ребром ладони над лоном отрезок пуповины не втягивается.

Способы выделения последа (послед выделяют после опорожнения мочевого пузыря):

Абуладзе - после бережного массажа матки переднебрюшную стенку двумя руками берут в

продольную складку и предлагают роженице потужиться. Профилактика послеродового кровотечения.

Осуществляется путем рутинного введения окситоцина (в первую минуту после рождения плода - 10 ЕД в/м или в/в медленно) и выполнения контролируемых тракций за пуповину при наличии подготовленных специалистов.

NB! Учитывая, что контролируемые тракции за пуповину незначительно влияют на частоту массивных кровотечений, то от их применения неподготовленными специалистами нужно воздержаться и ограничиться введением окситоцина.

NB! Последовый период не должен длиться более 30 мин.

- При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться.
- Держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки не родятся.
- Медленно потяните плаценту для завершения родов.
- Если плодные оболочки оборвались, осторожно исследуйте верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках и используйте окончатые зажимы для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек, которые будут обнаружены.
- Внимательно осмотрите плаценту и оболочки, чтобы удостовериться в их целостности.
- Если пуповина оборвалась или в течение 30 минут не удалось выделить послед, необходимо произвести ручное выделение последа.
- После рождения последа немедленно оцените тонус и появление сокращений матки через переднюю брюшную стенку женщины.
- Оценивайте тонус матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов послеродового периода.
- Оценка тонуса матки не должна проводиться формально. Акушерка или врач, выполняющие оценку тонуса матки, обязаны убедиться в том, что матка хорошо сократилась и не расслабляется (становится мягкой).

При нормальном течении последового периода кровопотеря составляет в среднем не более 0,5% от массы тела.

Оценка разрывов и их ушивание

- 1) Оценка состояния родовых путей должна быть полная. При необходимости допустимо использование ректального исследования.
- 2) Разрывы родовых путей I-й степени принято считать незначительными (не повреждается мышечный слой промежности) и в ряде случаев они не требуют

ушивания. Разрывы I-й степени могут быть ушиты однорядным узловым швом с использованием рассасывающихся нитей (предпочтительно - викрил) (инфильтрационная анестезия при отсутствии регионарной).

3) Для разрывов промежности II-й степени, помимо кожи и слизистой, характерно повреждение мышц промежности, но без вовлечения наружного анального сфинктера. Ушивание разрывов промежности II-й степени должно проводиться под тщательным обезболиванием (регионарная, инфильтрационная или пудендальная анестезия) путем наложения 3-4 узловых рассасывающихся швов, зашивание мышц тазового дна (промежности) - с наложением 3-4 узловых рассасывающихся швов (предпочтительно - викрил). Кожу целесообразно восстановить непрерывным рассасывающимся внутрикожным швом (для профилактики раневой инфекции).

4) Ушивание разрыва промежности III ст. (с вовлечением наружного сфинктера прямой кишки) или IV ст. (с вовлечением передней стенки прямой кишки) должен проводить опытный врач с участием ассистента и операционной сестры. Обезболивание - продолжающаяся регионарная аналгезия или в/в анестезия.

6. Ведение послеродового периода

1. В послеродовых отделениях должны быть предусмотрены палаты совместного пребывания родильниц и новорожденных. Желательно, чтобы количество коек в палатах совместного пребывания было не более 2 материнских и 2 детских. Оптимальными являются одноместные (1 материнская и 1 детская койки) палаты совместного пребывания.

2. Необоснованная транспортировка новорожденных в различные помещения акушерского стационара должна быть исключена. Вакцинация, забор крови для неонатального скрининга, аудиологический скрининг, осмотр врача проводятся в той палате, где находится ребенок.

3. Рекомендуется свободное пеленание ребенка с открытыми ручками. 4. Уход за пуповинным остатком осуществляется сухим способом.

5. Хирургическое иссечение пуповинного остатка - потенциально опасная процедура, поэтому она категорически не рекомендуется.

6. Необходимо поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка организовать обучение, консультирование и практическую помощь в решении возникающих трудностей при грудном вскармливании.

7. Следует исключить из пользования новорожденными, находящимися на грудном вскармливании, искусственных успокаивающих средств (сосок, пустышек).

8. При утверждении порядка посещения беременных и родильниц родственниками администрации родильного дома (отделения) необходимо предусмотреть свободный доступ членов семьи к женщине и ребенку.

9. Время пребывания родильницы в учреждениях здравоохранения после физиологических родов не должно превышать 4, в отдельных случаях - 5 суток. Рекомендуемый срок нахождения родильницы в стационаре - 3 суток.

10. В послеродовый период ежедневно измеряется температура тела 2 раза в сутки, пульс, АД - 2 раза в сутки, проводится осмотр и пальпация молочных желез, пальпаторно определяется высота стояния дна матки, осуществляется контроль за состоянием швов на промежности.

11. Резус-отрицательным пациенткам (при отсутствии резус-антител в крови) при рождении резус-положительного ребенка в обязательном порядке в течение 48 часов должен быть введен антирезус иммуноглобулин.
12. При выписке родильницы лечащим врачом даются разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания (от 6 месяцев до 2-х лет с момента рождения ребенка) и профилактике нежеланной беременности.
13. После выписки из медицинской организации родильница направляется в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде.
14. Швы на промежности (в случае наложения узловых кожных швов) могут быть сняты на 5-7 сутки участковым врачом акушером-гинекологом в женской консультации (поликлинике). Внутренние швы не снимаются.
15. Перед выпиской, по желанию женщины ей выполняется УЗИ органов малого таза

Список литературы

1. Приказ Минздрава России N 572н (Порядок оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология" (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий) от 12 ноября 2012 г.
2. Стандарт специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании (от 23 января 2013 г.)
3. 4.
5. Акушерство : нац. рук. / под ред. Э. К. Айламазяна, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой ; АСМОК, Российское о-во акушеров-гинекологов. -крат. изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -608 с. : ил. -Предм. указ.: с. 601-606.
6. Акушерство и гинекология: клин. рек. / гл. ред. В. н. Серов, Г. Т. Сухих. -4-е изд., перераб. и доп. -Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -1024 с. : ил. -Предм. указ.: с. 1006-1011
7. Макаров, И. О.Кардиотокография при беременности и в родах [Текст] : учеб. пособие / И. О. Макаров, Е. В. Юдина. -Москва : Медпресс-информ, 2012. -112 с. : ил. -Библиогр.: с. 110.
8. Клиническая гинекология и акушерство. Выпуск 4. Новые вакцины и антибиотики в акушерстве. - М.: Бином, 2012. - 950 с.
9. Т., Пестрикова Кровотечения во время беременности и родов / Т. Пестрикова, Е. Юрасова und И. Юрасов. - М.: Palmarium Academic Publishing, 2012. - 164 с.
Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии [Текст] // под ред. Г.М. Савельевой. - М.: МИА, - 2013. - 20 с.
Радзинский, В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии [Текст] / Е.М. Радзинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 - 944 с.