

ОРД-АКУШ.ГИН-23

**ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Минздрава России
Кафедра акушерства и гинекологии № 2**

Утверждено
Протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета
от « 14 » марта 2023 г. № 4

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**
по основной профессиональной образовательной программе высшего
образования - программе ординатуры
по специальности 31.08.01 Акушерство и гинекология

Составители:

зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 2, профессор, д.м.н. Цидаева Т.И.;
ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2, к.м.н. Томаева К.Г.,
доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, к.м.н. Чельдиева А.А.,
доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2, к.м.н. Салбиева Н.Г.,
ассистент кафедры акушерства и гинекологии № 2, к.м.н. Плиева Э.Г.

Рецензенты:

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава
России, профессор, д.м.н. Цаллагова Л.В.

Главный врач ГБУЗ «Родильный дом № 1» МЗ РСО-А, Тедтеева А.И.

Пособие содержит разнообразные ситуационные задачи и тестовые задания по специальности «Акушерство и гинекология». Пособие соответствует требованиям Федерального государственного образовательного стандарта и типовой программе по предмету. Сборник предназначен для клинических ординаторов по специальности «Акушерство и гинекология».

ОГЛАВЛЕНИЕ

Тема 1. Маточные кровотечения у женщин в разные возрастные периоды	3
Тема 2. «Острый живот» в гинекологии	40

ТЕМА № 1. МАТОЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН В РАЗНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Цель занятия: научить обучающихся выявлять причины маточных кровотечений у женщин в разные возрастные периоды, научить диагностике и своевременному рациональному лечению при этой патологии, изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику и современные методы лечения маточных кровотечений у женщин в разные возрастные периоды. Овладеть практическими навыками и умениями по диагностике, дифференциальной диагностике и лечению маточных кровотечений у женщин в разные возрастные периоды, оказанию своевременной и адекватной помощи, профилактике осложнений и рецидивов. Совершенствовать знания ординаторов по диагностике и лечению маточных кровотечений у женщин в разные возрастные периоды.

Обучающийся должен знать:

- Классификацию периодов жизни женщины. Особенности менструальной функции в разные возрастные периоды.
- Классификацию расстройств менструальной функции и принципы тактики ведения при них.
- Классификацию ДМК.
- Группы риска по развитию ДМК.
- Этиопатогенез, клинику, тактику ведения и прогноз при ДМК в разные возрастные периоды.

Обучающийся должен уметь:

- Произвести бимануальное влагалищное исследование, и интерпретировать полученные данные.
- Получить объективную информацию о ДМК.
- Выявить специфические признаки ДМК.
- Определить показания к госпитализации. Оценить тяжесть состояния больной.
- Выработать план ведения больной.
- Интерпретация данных УЗИ.

БЛОК ИНФОРМАЦИИ.

Код по МКБ-10

N92. Обильные, частые и нерегулярные менструации (англ. - *excessive, frequent and irregular menstruation*).

N92.0. Обильные и частые менструации при регулярном цикле (англ. - *excessive and frequent menstruation with regular cycle*).

N92.1. Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле (англ. - *excessive and frequent menstruation with irregular cycle*).

N92.2. Обильные менструации в пубертатном периоде (англ. - *excessive menstruation at puberty*).

N92.3. Овуляторные кровотечения (англ. - *ovulation bleeding*).

N92.4. Обильные кровотечения в пременопаузальном периоде (англ. - *excessive bleeding in the premenopausal period*).

N92.5. Другие уточненные формы нерегулярных менструаций (англ. - *other specified irregular menstruation*).

N92.6. Нерегулярные менструации неуточненные (англ. - *irregular menstruation, unspecified*).

КЛАССИФИКАЦИЯ

Различают:

- маточные кровотечения в пубертатном периоде [син.: маточные кровотечения пубертатного периода (МКПП), ювенильные маточные кровотечения (ЮМК)];
- ДМК репродуктивного возраста;
- ДМК переходного периода (пременопаузального периода).

В зависимости от функциональных и морфологических изменений в яичниках выделяют:

- овуляторные маточные кровотечения (20%);
- ановуляторные маточные кровотечения (80%).

В зависимости от клинических особенностей маточных кровотечений выделяют следующие типы:

Гиперменорея - обильные менструации с ежемесячной кровопотерей более 100-150 мл.

Полименорея - маточное кровотечение продолжительностью более 7 сут.

Меноррагия - обильные менструации с ежемесячной кровопотерей более 100-150 мл без нарушения менструального цикла.

Метроррагия - маточное кровотечение, возникающее вне менструального цикла (межменструальное ациклическое кровотечение).

Менометроррагия - обильные менструации в сочетании с ациклическими маточными кровотечениями.

ЭТИОЛОГИЯ

ДМК - полиэтиологическое расстройство, причинами которого являются различные неблагоприятные воздействия на все уровни репродуктивной системы. Их правильнее расценивать не как причину, а как факторы, провоцирующие сбой в системе нейроэндокринной регуляции репродуктивной системы с развитием кровотечения. Ведущая и наиболее вероятная роль в этом принадлежит различного рода психологическим нагрузкам и острым психологическим травмам (до 70%).

Факторы риска развития ДМК:

- неблагоприятное течение перинатального периода;
- психоэмоциональные стрессы;
- умственное и физическое перенапряжение;
- черепно-мозговая травма;
- алиментарные факторы, дефицит массы тела, ожирение;
- аборты;
- хронические воспалительные заболевания половых органов;
- болезни эндокринных желез и нейроэндокринные синдромы;
- прием нейролептических препаратов;
- интоксикации, профессиональные вредности;

- чрезмерная инсоляция;
- неблагоприятные экологические факторы.

Этиология и патогенез ановуляторных ДМК

В различные возрастные периоды этиология и патогенез ДМК имеют разную значимость и ряд особенностей.

Ювенильные маточные кровотечения возникают на фоне незрелости гипофизотропных структур гипоталамуса, выражающейся в отсутствии цирхорального ритма выделения гонадолиберина, нарушении циклического образования и выделения гонадотропинов (ЛГ и ФСГ) и фолликулогенеза в яичниках. В результате кровотечение развивается на фоне атрезии фолликулов, сопровождающейся относительной гиперэстрогенией и ановуляцией.

ДМК репродуктивного периода чаще происходит на фоне ановуляции, обусловленной персистенцией фолликулов, приводящей к абсолютной гиперэстрогении.

ДМК перименопаузального периода обусловлены инволюционными нарушениями гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, изменениями циклического выделения гонадотропинов, созревания фолликулов и их гормональной функции, проявляющейся лютеиновой недостаточностью, переходящей в ановуляцию (персистенция фолликулов).

При ановуляции нарушаются стероидогенез и продукция эстрогенов в яичниках, создается прогестерондефицитное состояние, отражающееся на эндометрии.

Гиперэстрогения приводит к резкому утолщению эндометрия, сосудистая система которого не в состоянии обеспечить должного питания всех слоев. В результате этого возникает некроз слизистой оболочки, тромбоз сосудов, отсутствует разграничение на функциональный и базальные слои. Последующее снижение концентрации эстрогенов в крови вызывает не полное, а частичное отторжение эндометрия с кровотечением. Заживление данного участка сопровождается отторжением другого, что способствует продолжительному кровотечению. Интенсивность и продолжительность кровотечения во многом зависят от состояния местного гемостаза. При ДМК в эндометрии отмечено значительное повышение фибринолитической активности, снижение содержания простагландина $F_{2\alpha}$, вызывающего сокращение сосудов, и повышение содержания простагландина E_2 и простациклина, препятствующих агрегации тромбоцитов и расширению сосудов.

Т.о., ЮМК чаще возникают а фоне атретичных фолликулов, а ДМК репродуктивного и перименопаузального возраста – на фоне персистенции фолликулов.

Этиология и патогенез овуляторных ДМК

При овуляторных ДМК овуляция происходит. Существует несколько вариантов патогенеза овуляторных ДМК.

- Укорочение фолликулярной фазы, обусловленное нарушением функции гипофиза и неправильной стимуляцией яичников. Патологическая кровопотеря происходит в связи с отсутствием необходимой степени пролиферации эндометрия в I фазу цикла.

- Укорочение (недостаточность) лютеиновой фазы. Длительность кровотечения объясняется сниженным образованием прогестерона яичниками и неполноценной секреторной фазой в эндометрии.
- Удлинение лютеиновой фазы (персистенция желтого тела), при которой ДМК обусловлено длительным релаксирующим воздействием прогестерона на миометрий, что выражается секреторными преобразованиями в эндометрии.
- Овуляторные межменструальные кровотечения, возникающие в связи с резким понижением концентрации эстрогенов сразу после овуляции и нарушением чувствительности к ним рецепторов эндометрия.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Ановуляторные ДМК возникают, как правило, после задержки очередной менструации на 1,5-6 мес, могут протекать по типу метроррагии или менометроррагии и обычно сопровождаются анемией.

В разные периоды ДМК имеют особенности клинической картины, которая зависит от длительности кровотечения и объема кровопотери. При ювенильных маточных кровотечениях (атрезия фолликулов) кровотечение длительное, но менее обильное, чем при ДМК репродуктивного и перименопаузального периодов (персистенция фолликулов), когда кровотечение более обильное, но менее продолжительное. Критерии ювенильных маточных кровотечений:

- продолжительность кровяных выделений из влагалища менее 2 или более 7 сут на фоне укорочения (менее 21-24 сут) или удлинения менструального цикла (более 35 сут);
- кровопотеря более 80 мл или субъективно более выраженная по сравнению с обычными менструациями;
- наличие межменструальных или посткоитальных кровяных выделений;
- отсутствие структурных изменений эндометрия;
- подтверждение ановуляторного менструального цикла в период возникновения маточного кровотечения (уровень прогестерона в венозной крови на 21-25-е сутки менструального цикла ниже 9,5 нмоль/л, монофазная базальная температура, отсутствие преовуляторного фолликула по данным эхографии).

ДИАГНОСТИКА

Диагностический поиск направлен на решение **трех основных задач**:

- уточнение источника кровотечения (маточное или нематочное);
- определение причины кровотечения (органическое или дисфункциональное, связанное или не связанное с беременностью);
- уточнение характера кровотечения (овуляторное или ановуляторное).

Опрос и осмотр

При сборе анамнеза обращают внимание на:

- ювенильные маточные кровотечения, бесплодие, невынашивание беременности - признаки расстройства функции репродуктивной системы (ановуляция, гипофункция желтого тела и др.);
- циклические кровотечения - признаки органических заболеваний (миома, гиперпластические процессы эндометрия);
- боли во время кровотечений - признаки эндометриоза;

— ожирение, стрии, гипертрихоз, галакторея, увеличение щитовидной железы - признаки эндокринных отклонений.

Объективное обследование - Определяют степень тяжести общего состояния больной:

- цвет кожных покровов;
- ЧСС;
- ЧДД;
- АД;
- шоковый индекс Альговера.

Комплекс лабораторных и инструментальных методов при ДМК должен включать:

- определение уровня β -субъединицы ХГЧ для исключения беременности,
- трансвагинальное УЗИ,
- клинический анализ крови,
- кольпоскопию.

Исследование уровня прогестерона и данные УЗИ (наличие желтого тела) позволяют уточнить наличие овуляции.

Из дополнительных методов исследования целесообразны:

- определение в крови уровня сывороточного железа, билирубина, печеночных ферментов, СА-125 (при обнаруженных опухолях и опухолевидных образованиях яичников),
- развернутая коагулограмма,
- ультразвуковая цветная доплерометрия органов малого таза;
- МРТ органов малого таза;
- гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание с последующим морфологическим исследованием, лапароскопия (при опухолях яичников).

Правильно проведенное лабораторно-инструментальное исследование позволяет поставить диагноз ДМК после исключения органических причин кровотечений.

Дифференциальная диагностика

Сначала следует исключить беременность, опухоли яичников, матки и влагалища, а также наиболее вероятные для данного возраста заболевания.

Для пубертатного периода это болезни крови и прежде всего - идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура и лейкозы; для зрелого возраста - прерывание беременности на ранних сроках; для позднего репродуктивного возраста - опухоли тела и шейки матки.

В пубертатном периоде должны быть исключены заболевания крови, характеризующиеся нарушением гемостаза. Одно из первых мест у подростков занимает *идиопатическая аутоиммунная тромбопеническая пурпура (болезнь Верльгофа)*. Образующиеся в организме аутоантитела против тромбоцитов разрушают важнейшие факторы гемокоагуляции и вызывают кровотечения. Заболевание обостряется после перенесенного инфекционного заболевания, стресса, т.е. повторяет предрасполагающие причины ДМК. Эта болезнь имеет врожденный характер, протекает с ремиссиями и ухудшениями. Пациентки с болезнью Верльгофа с раннего детства страдают носовыми кровотечениями, кровоточивостью при порезах и ушибах, а также после удаления зубов. Первая менструация у них переходит в кровотечение, что указывает на возможность наличия данного заболевания. На коже больных, как правило, видны множественные кровоподтеки и

петехии. Диагноз уточняют на основании исследования крови, при котором выявляют уменьшение числа тромбоцитов (менее 70×10^9), увеличение времени капиллярного кровотечения.

Редко выявляют *тромбастию* (функциональная неполноценность тромбоцитов) и другие геморрагические диатезы (недостаточность VIII, X факторов свертываемости крови), имеющие семейный характер и, как правило, диагностируемые в раннем детстве.

Основной дифференциально-диагностический признак кровотечений, обусловленных нарушением системы крови, - их развитие с периода менархе, тогда как для ДМК типичным является развитие в первые 6-18 мес после менархе.

Причиной кровотечения у девушек могут быть травма наружных половых органов или инородное тело во влагалище, а также СПКЯ, для которого характерны гипертрихоз и ожирение, не типичные для больных с ювенильными маточными кровотечениями. К редким причинам кровотечения у девушек относятся аденомиоз, миома матки, феминизирующие опухоли яичников, рак шейки и/или тела матки, нарушение функции щитовидной железы, гиперпролактинемия.

Дифференциальную диагностику ДМК в репродуктивном и перименопаузальном периодах проводят с задержкой частей плодного яйца (плацентарный полип), трубной беременностью, *трофобластической болезнью*, *миомой матки* (интерстициальное или субмукозное расположение узлов), полипами эндометрия, *аденомиозом*, *аденокарциномой эндометрия*, гормональноактивными опухолями яичников.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение ДМК заключается:

- ❖ в адекватном гемостазе и последующей профилактике рецидивов кровотечения,
- ❖ устранение последствий геморрагии,
- ❖ при развитии геморрагического шока – действовать по протоколу «Геморрагический шок».

К методам гемостаза относятся:

- ✓ хирургический,
- ✓ гормональный,
- ✓ медикаментозный.

NB! При выборе метода лечения учитывают возраст, характер нарушения менструального цикла, давность заболевания, интенсивность и длительность кровотечения.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Все дальнейшие мероприятия проводятся в условиях стационара.

Хирургический гемостаз с помощью выскабливания слизистой оболочки матки имеет не только лечебную, но и диагностическую ценность. Хирургический гемостаз у девочек применяют при неэффективном медикаментозном и гормональном гемостазе, наличии клинических и ультразвуковых признаков полипов эндометрия и/или цервикального канала, а также в случаях гиповолемического шока и тяжелой анемии (Hb <70 г/л и Ht <20%). Соскоб подвергают гистологическому исследованию.

Гормональный гемостаз применяют при ювенильных маточных кровотечениях, при исключении органических внутриматочных нарушений у женщин репродуктивного и переходного возраста (после отдельного выскабливания стенок полости матки в ближайшие 3 мес). Обязательное условие его проведения - удовлетворительные, стабильные гемодинамические показатели.

С этой целью используют монофазные КОК. Количество таблеток определяется содержанием этинилэстрадиола в 1 таблетке (микродозированные, низкодозированные, высокодозированные КОК). КОК принимают дробно, по 1 таблетке с равным интервалом 2-3-6 ч в течение суток. Кровотечение обычно останавливается в первые сутки лечения. В последующие несколько дней суточную дозу постепенно снижают до 1 таблетки, а общая продолжительность приема препарата составляет 21 день.

У женщин позднего репродуктивного и переходного возрастов предпочтение отдают лечению препаратами прогестерона или контрацептивам с низким содержанием эстрогенов (при отсутствии противопоказаний).

Под влиянием прогестагенов в гиперплазированной эндометрии происходят последовательно торможение пролиферативной активности, секреторная трансформация, развитие децидуальной реакции стромы и наконец атрофические изменения эпителия желез и стромы.

Контрольные вопросы

1. Особенности регуляции менструального цикла в норме и при патологии.
2. Особенности стероидогенеза в разные периоды жизни женщины
3. Классификацию периодов жизни женщины. Особенности физиологии репродуктивной системы в разные возрастные периоды.
4. Классификацию дисфункциональных маточных кровотечений (ДМК).
5. Патогенез ДМК в разные периоды жизни женщины
6. Хроническая ановуляция и гиперэстрогения в генезе пролиферативных процессов репродуктивной системы
7. Группы риска по развитию ДМК.
8. Тактику ведения больных с ДМК в разные периоды жизни женщины.

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы – тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ДЛЯ РЕГУЛЯЦИИ МЦ В ЮВЕНИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) КОК;
- 2) циклическую витаминотерапию;
- 3) циклическую гормональную терапию;
- 4) индукторы овуляции;
- 5) преформированные физические факторы и иглорефлексотерапию.

2. МЕНОРРАГИЯ - ЭТО:

- 1) ациклические маточные кровотечения;
- 2) циклические маточные кровотечения;
- 3) пре- и постменструальные кровянистые выделения;
- 4) болезненные и обильные менструации;
- 5) уменьшение продолжительности МЦ.

3. МЕТРОРРАГИЯ - ЭТО:

- 1) изменение ритма менструации;
- 2) ациклические маточные кровотечения;
- 3) увеличение продолжительности менструации;
- 4) увеличение кровопотери во время менструации;
- 5) урежение менструаций.

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МЕХАНИЗМОМ РАЗВИТИЯ ДМК В ЮВЕНИЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) нарушения в свертывающей системе крови;
- 2) атрезия фолликулов;
- 3) гипотиреоз;
- 4) персистенция фолликулов;
- 5) гиперпролактинемия.

5. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ОСТАНОВКИ ДМК В ПРЕМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ СЛУЖИТ:

- 1) назначение КОК;
- 2) назначение кровоостанавливающих и сокращающих матку средств;
- 3) раздельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки полости матки и цервикального канала;
- 4) назначение андрогенов;
- 5) назначение медроксипрогестерона ацетата в непрерывном режиме.

6. ДМК ОБУСЛОВЛЕННЫ:

- 1) нарушением цирхорального ритма выделения ГнРГ;
- 2) нарушением секреции и выделения гонадотропинов;
- 3) нарушением процессов фолликулогенеза;
- 4) отсутствием овуляции;
- 5) наличием субмукозной миомы матки.

7. ПЕРСИСТЕНЦИЯ Фолликула ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) аменореей до 3 мес и более;
- 2) КПИ ниже 30%;
- 3) двухфазной базальной температурой;
- 4) гиперплазией эндометрия;
- 5) резкими болями внизу живота.

8. АТРЕЗИЯ Фолликулов ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- 1) монофазной базальной температурой;
- 2) КПИ ниже 30%;
- 3) аменореей от 6 мес и более;
- 4) невыраженным симптомом «зрачка»;
- 5) атрофией эндометрия.

9. ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ОСТАНОВКИ ЮМК ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) назначение КОК по гемостатической схеме;
- 2) применение антигонадотропинов;
- 3) использование больших доз эстрогенов;
- 4) выскабливание слизистой оболочки тела матки;
- 5) назначение андрогенов.

10. ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ЭСТРОГЕНОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:

- 1) в активной пролиферации эндометрия;
- 2) секреторной трансформации эндометрия;
- 3) повышении тонуса миометрия;
- 4) блокаде продукции ФСГ и нормализации соотношения ЛГ/ФСГ;
- 5) отторжении эндометрия.

2. Решите ситуационные задачи

Задача 1.

Больная О., 42 лет. Жалобы на кровяные выделения из половых путей. Анамнез: в детстве перенесла корь, скарлатину, эпидемический паротит, частые ангины. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 4-5 дней, через 28 дней, умеренные, безболезненные. Последняя нормальная менструация была 2 года назад. Половую жизнь ведет с 20 лет, брак первый. Было 4 беременности, из них 2 закончились нормальными родами и 2 - искусственным абортom на малых сроках. Роды и аборты были без осложнений. Последние 2 года менструальный цикл нарушен: интервал между менструациями составляет 2-3 мес. 15 дней назад у больной после 2-месячного отсутствия менструации началось кровотечение, которое продолжается до настоящего времени. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Пульс 78 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Кожные покровы бледно-розовые. При обследовании патологии внутренних органов не обнаружено. При гинекологическом осмотре патологии не обнаружено.

Диагноз? Тактика ведения.

Задача 2.

Больная Н., 16 лет. Жалобы на умеренные кровяные выделения из половых путей, слабость, головокружение. Анамнез: в детстве перенесла корь, инфекционный паротит. Наследственность не отягощена. Менструации с 15 лет, установились сразу, умеренные, безболезненные. Половую жизнь не ведет. Заболела 8 дней назад, когда после 2-месячного отсутствия менструации появились умеренные кровяные выделения из половых путей. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые. Пульс 76 в минуту. АД 115/75 мм рт.ст. Больная пониженного питания, молочные железы развиты слабо. При гинекологическом исследовании через прямую кишку патологии не выявлено.

Диагноз? Тактика ведения.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гинекология. Национальное руководство. - Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1120 с.
2. Адамс Х-А., Флеминг А., Фридрих Л., Рушулте Х. Атлас по неотложной помощи. - М.: МЕДпресс-информ 2009.
3. Гинекология: Учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с.

4. Гинекология: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. :ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с.
5. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы. – М.: Медпресс – информ, 2006.
6. Гельфанд Р.Б. Инфузионно-трансфузионная терапия в клинической медицине М.: МИА, 2009. – 256 с.
7. Гинекология. Руководство для врачей. Под ред. Серов В.Н., Кира Е.Ф.-М.:Литтерра, 2009. -840 с.
8. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе : учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова [и др.] / под ред. А. Л. Вёрткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 544 с.
9. Руководство по скорой медицинской помощи. Под ред. Багненко С.Ф., Верткина А.Л., Мирошниченко А.Г.- М.: ГЭОТАР – Медиа 2009.
10. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология. – М.: Медпресс – информ, 2002. – 717 с.
11. Парсонз П.Э., Винер-Крошин Дж.П. Секреты неотложной помощи.- М: МЕДпресс-информ 2006.
12. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В., Глазкова О.Л. Клиническая гинекология - М.: МИА, 2009.-616 с
13. Рагимов А.А., Щербакова Г.Н. Инфузионно-трансфузионная терапия.-ГЭОТАР-Мед, 2010.- 240 с.
14. Руководство Дьюхерста по акушерству и гинекологии для последипломного обучения: Пер. с англ./Под.ред. Ч.Р. Уитфилда. – М.: Медицина, 2003. - 808 с.
15. Спригингс Д., Чамберс Дж. Экстренная медицина. Диагностика и лечение неотложных состояний.- М.: Медицинская литература 2006.
16. Карлова Е.А., Кочетова Л.В. Дунаевская С.С., Винник Ю.С. Кровотечение и трансфузиология - Издательство Феникс, 2007.- 160с.
17. Сметник В.П., Тумилович Л.Г.Неоперативная гинекология. – М.: МИА, 2005. с.

ТЕМА № 2: «ОСТРЫЙ ЖИВОТ» В ГИНЕКОЛОГИИ

Цель занятия: Расширить и углубить знания и умения ординаторов по дифференциальной диагностике и лечению заболеваний, провоцирующих «острый живот»; расширить и углубить знания и умения ординаторов по дифференциальной диагностике и лечению опухолевидных процессов и опухолей яичников.

Клинический ординатор должен знать: этиопатогенез, клинику заболеваний, провоцирующих «острый живот»; классификацию, терминологию основные теории патогенеза, клиническую картину опухолей и опухолевидных процессов яичников, группы риска, прогноз.

Клинический ординатор должен уметь: проводить дифференциальную диагностику и лечение заболеваний, провоцирующих «острый живот»; разработать план тактики ведения больных с опухолями и опухолевидными процессами яичников, проводить дифференциальный диагноз, применять современные специфические методы исследования и лечения больных, в том числе и оперативные и определять показания и противопоказания к ним.

Актуальность темы. В структуре острых гинекологических заболеваний третье место занимает апоплексия яичника и составляет 17%, среди причин внутрибрюшного кровотечения на долю апоплексии приходится 0,5-2,5%, нарушение питания придатков встречается в 7% наблюдений, чаще встречается нарушение питания яичника при опухолях яичника. Нарушения питания миоматозного узла, часто провоцирующее клинику «острого живота», составляет 7%. По данным отечественной статистики внематочная беременность составляет 4-5% и занимает 5-6 место среди причин материнской смертности. Опухолевидные процессы и опухоли яичников составляют 14% опухолей репродуктивной системы женщины. Доброкачественные опухоли-80% всех опухолей яичников, при этом риск перерождения до 45 лет имеет каждая 15-я больная.

БЛОК ИНФОРМАЦИИ:

Термин «острый живот» употребляют только в рамках предварительного диагноза при экстренном направлении больной в стационар.

Согласно определению Российской ассоциации медицинских обществ по качеству (2007), «острый живот» - термин для обозначения предполагаемой катастрофы в брюшной полости (перитонит, внутрибрюшное кровотечение), требующей экстренного медицинского вмешательства.

В связи с анатомической близостью внутренних половых органов к другим органам брюшной полости при клинических признаках «острого живота» следует провести дифференциальную диагностику между острыми гинекологическими и хирургическими заболеваниями. Также важно учитывать другие возможные причины «острого живота».

КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация основана на причинах данного состояния.

Гинекологические причины. Можно выделить 3 группы гинекологических заболеваний, протекающих с симптомокомплексом «острого живота»:

- заболевания, сопровождающиеся внутрибрюшным кровотечением (нарушенная эктопическая беременность, апоплексия яичника, разрыв капсулы кисты яичника). В этой группе заболеваний нарушение общего состояния больной вплоть до геморрагического шока протекает по типу острой кровопотери;
- заболевания, связанные с нарушением кровоснабжения в органе и его некрозом (перекрут ножки кисты или опухоли яичника, перекрут ножки и некроз миоматозного узла). Общая реакция организма в этой группе заболеваний выражается рефлекторным нарушением гемодинамики, коллапсом, а в более поздние часы заболевания - интоксикацией, обусловленной некрозом тканей;
- острые воспалительные процессы внутренних половых органов, при которых развивается перитонит (пиосальпинкс, пиовар, тубоовариальное воспалительное образование). В этой группе преобладают общие реакции организма в виде интоксикации и нарушений водноэлектролитного обмена.

Хирургические причины. Из острых хирургических заболеваний с клинической картиной «острого живота» наиболее часто протекают:

- острый аппендицит;
- перфоративная (прободная) язва желудка или двенадцатиперстной кишки;
- острая непроходимость кишечника, тромбоз мезентериальных сосудов, острый панкреатит, дивертикулит толстой кишки.

Урологические причины. В некоторых случаях клиническую картину «острого живота» могут имитировать урологические заболевания: почечная колика, включая мочекаменную болезнь, острая задержка мочи, пиелонефрит.

Нехирургические причины. Наибольшее число диагностических ошибок при «остром животе» возникает именно при нехирургических причинах его возникновения, среди них:

- метаболические нарушения (диабетический кетоацидоз, порфирия, гемохроматоз, гипертриглицеридемия);
- инфекционные заболевания (гастроэнтерит, гепатит, перигепатит, инфекционный мононуклеоз, опоясывающий лишай);
- иррадирующая боль (инфаркт миокарда, перикардит, плеврит, инфаркт легкого, венозный застой в печени при сердечной недостаточности);
- иммунные расстройства (ангионевротический отек, узелковый периартериит, пурпура Шенляйна-Геноха).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА

При ведении пациенток с «острым животом» особое значение имеют данные первичного осмотра, так как часто по прошествии нескольких часов состояние больных резко ухудшается, изменяются клинические проявления основного заболевания, что затрудняет диагностику и ухудшает исход заболевания.

От этого зависит возможность дообследования больной, время начала операции, длительность и качество предоперационной подготовки, хирургический доступ (варианты лапаротомии, лапароскопия), возможности органосохраняющей операции.

Быстрая и правильная диагностика, четкая организация экстренной помощи, квалифицированное лечение (как правило, оперативное вмешательство) спасают жизнь больной.

Организм располагает весьма ограниченным набором универсальных реакций на повреждение, поэтому состояния, требующие неотложной помощи, проявляются всего несколькими основными симптомами:

- ✓ болью;
- ✓ напряжением мышц передней брюшной стенки и симптомами раздражения брюшины;
- ✓ типичными гемодинамическими расстройствами, сопровождающими шок (геморрагический, болевой, инфекционно-токсический).

Кроме того, нередко возникают тошнота, рвота, дизурические расстройства.

Выяснение жалоб должно быть полным, точным и целенаправленным; важно расспросить больную, в каком порядке и в какие сроки развивались симптомы острого заболевания.

Боли возникают вследствие раздражения серозных оболочек кровью, воспалительным экссудатом, при перфорации желудка - желудочным содержимым, желчью, ферментами поджелудочной железы. Боли могут быть следствием спазма гладкой мускулатуры полых органов либо нарушения кровообращения в тканях при перекруте ножки опухоли яичника, при нарушении питания в миоматозном узле.

Боли как симптом гинекологического заболевания могут быть как локальными, так и разлитыми. **Разлитые боли** чаще свидетельствуют о большом количестве агрессивной жидкости в брюшной полости (крови, например, при разрыве трубы при внематочной беременности, апоплексии яичника; воспалительного экссудата при пельвиоперитоните, при остром сальпингоофорите, пиосальпинксе, гнойном tuboовариальном образовании). Такие боли часто иррадиируют в прямую кишку и крестец, так как жидкости текучи и при вертикальном положении больной скапливаются в наиболее глубокой области малого таза - прямокишечно-маточном углублении (дугласовом пространстве). Если женщина длительно лежит, то при внутрибрюшном кровотечении кровь по боковым каналам попадает в поддиафрагмальное пространство - возникает френикус-симптом (иррадиация болей в ключицу).

Локальные боли возникают при ишемических повреждениях внутренних половых органов (перекрут ножки опухоли или кисты, нарушение питания миоматозного узла) либо их небольших травмах без большого внутрибрюшного кровотечения (нарушенная внематочная беременность по типу трубного аборта, болевая форма апоплексии яичника).

При перекруте ножки кисты (опухоли) яичника боль может быть локальной, но область ее не соответствует расположению опухоли, иногда выше пределов малого таза. Для прерывания трубной беременности (трубный аборт) характерны приступообразные боли, часто пациентки называют их схваткообразными; приступ может длиться несколько минут, а затем боли ослабевают или прекращаются, после чего приступ повторяется через разные промежутки времени. В дальнейшем при скоплении крови в малом тазу боль становится разлитой. Постоянные боли характерны для воспалительных заболеваний, при этом чаще всего они постепенно нарастают.

Рвота - результат раздражения рецепторов париетальной брюшины, поэтому она может возникать при аппендиците, перекруте ножки опухоли яичника,

кишечной непроходимости, тяжелых интоксикациях. Рвота и тошнота - сходные симптомы, имеющие равное диагностическое значение.

Расстройства стула могут быть сопутствующим симптомом при перекруте ножки опухоли, аппендиците, пельвиоперитоните. Частый жидкий стул в основном связан с кишечными заболеваниями (колит различной этиологии).

Дизурические явления, сопровождающие клиническую картину «острого живота», могут возникать при остром воспалении придатков матки ввиду вовлечения в патологический процесс мочевого пузыря. Учащенное мочеиспускание может быть вызвано давлением крупного миоматозного узла из передней стенки матки. Красный цвет мочи (макрогематурия) бывает после приступа почечной колики.

Диагностический поиск при первичном осмотре и оценка состояния больной начинаются со сбора анамнеза. Указание на то, что больная до поступления в медицинское учреждение испытывала пронзающую («кинжальную») интенсивную боль, потерю сознания, головокружение должно насторожить врача и сориентировать на немедленную диагностику шока.

Большое значение имеет возраст больной. В климактерическом периоде, а также у пациенток, не живущих половой жизнью, сразу же можно исключить заболевания, связанные с беременностью и, как правило, с половыми инфекциями и воспалением внутренних половых органов. Если симптомы внутрибрюшного кровотечения возникают у женщины репродуктивного возраста, особенно в сочетании с нарушением менструального цикла, прежде всего необходимо думать о нарушенной внематочной беременности.

Необходимо уточнить менструальную функцию и прежде всего даты последней менструации. Если у больной имеется нарушение менструального цикла, высока вероятность заболеваний половых органов. Начало заболевания всегда следует сопоставлять с характером менструальной функции и днем менструального цикла. Так, апоплексия яичника чаще всего бывает в середине менструального цикла, а начало острого воспаления часто соответствует дням менструации. Задержка менструации очень характерна для внематочной беременности. Ациклические кровотечения возможны как при прерывании трубной беременности, так и при острых воспалительных заболеваниях придатков матки.

Если больная отмечает усиление выделений, их неприятный запах и при этом у нее появляются боли в животе и лихорадка - это скорее всего воспаление внутренних половых органов. Нередко этот симптом развивается у женщин с ВМК. При опорожняющемся пиосальпинксе больная может указывать на повторяющиеся гнойные выделения из половых путей.

Больная может сообщить о периодически обостряющихся заболеваниях (хронический аппендицит, почечная колика, воспаление придатков матки). Сведения о перенесенных в прошлом оперативных вмешательствах помогут автоматически исключить некоторые из них. Однако нельзя безоговорочно полагаться на указания самой женщины, лучше, если удастся получить выписки из лечебных учреждений, где женщина лечилась ранее. Иногда женщина указывает на то, что ее ощущения абсолютно сходны с теми, что были у нее при клинической картине «острого живота» в предыдущий раз (при внематочной беременности, при апоплексии яичника). Это может направить диагностический поиск врача в правильном направлении.

Большое значение в диагностике причины «острого живота» имеет общее состояние больной и ее положение в постели. При внутрибрюшном кровотечении больная вялая, адинамичная, лежит «пластом». Лицо бледное, губы цианотичные, пульс частый, мягкий, АД понижено. При кишечной непроходимости больная чаще лежит с коленями, поджатыми к животу, а при остром панкреатите постоянно меняет положение, пытаясь найти позу, облегчающую боль.

При первичном осмотре прежде всего обращают внимание на цвет кожных покровов - бледность, цианоз видимых слизистых оболочек либо «токсический» румянец. Тщательно определяют параметры гемодинамики - оценивают пульс (тахикардия, пульс слабого наполнения, нитевидный пульс), измеряют АД. Оценивают компенсаторные возможности организма.

Учащение пульса не является специфическим признаком. Частый пульс - признак кровотечения, анемии, интоксикации при перитоните. При перитоните частота пульса не соответствует стандартной для данной температуры тела, а превышает это значение. При ряде заболеваний (острый аппендицит, болевая форма апоплексии яичника) пульс в начале заболевания может оставаться нормальным.

Исследование живота начинают с осмотра. Выраженное вздутие живота в сочетании с повышенной перистальтикой чаще указывает на острое заболевание пищеварительного тракта. Небольшое вздутие живота, ограниченное участие передней брюшной стенки в дыхательных движениях возникают при внутрибрюшном кровотечении, разлитом перитоните. Аускультация живота позволяет оценить перистальтику (нормальная, повышенная, пониженная, асимметричная). При перкуссии выявляют пневматоз кишечника, наличие свободной жидкости в брюшной полости. Пальпация живота позволяет выявить болезненные участки, зоны с мышечным дефансом и положительными симптомами раздражения брюшины. Пальпация позволяет определить крупное объемное образование в брюшной полости, его размеры и границы.

Симптомы раздражения брюшины имеют большое значение в распознавании острых заболеваний брюшной полости. При положительном *симптоме Щеткина-Блюмберга* необходимо выяснить, в чем его причина, а при нарастании перитонеальных признаков провести диагностическую лапароскопию.

Симптом мышечной защиты при различных заболеваниях выражен по-разному. Например, при аппендиците мышечный дефанс значительно сильнее, чем при апоплексии яичника.

Основную роль в диагностике заболеваний органов малого таза играет гинекологический осмотр (осмотр с помощью зеркал, бимануальное брюшностеночно-вагинальное и ректальное исследования):

- осмотр шейки матки в зеркалах (выделения из цервикального канала, цианоз или гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки);
- бимануальное исследование (консистенция шейки матки, болезненность ее тракций, состояние наружного зева, размеры матки и придатков, их подвижность, болезненность, наличие патологических образований в области придатков, состояние влагалищных сводов).

Увеличенная бугристая матка характерна для миомы, при этом некоторые ее узлы при пальпации могут быть резко болезненны, что свидетельствует о нарушении кровообращения и возможном некрозе. При наличии резко болезненного образования в стороне от матки (в области придатков) можно заподозрить перекрут ножки опухоли яичника или субсерозного миоматозного узла. При нарушенной

внематочной беременности придатки утолщены, пастозны и болезненны со стороны поражения, матка несколько увеличена, мягковата, подвижна (симптом «плавающей» матки). При апоплексии яичника измененные заболеванием придатки четко пропальпировать зачастую не удается, поскольку область их резко болезненна.

Информативно и ректальное исследование. Например, дифференцировать острый аппендицит и заболевания придатков матки помогает *симптом Промптова*: если при ректальном исследовании пальпация прямокишечного углубления болезненна, а при поднимании матки болезненности нет, можно диагностировать аппендицит.

В ургентной гинекологии диагностика беременности основывается на результатах определения β -субъединицы ХГЧ и эхографии.

Использование дополнительных методов исследования целесообразно в определенной последовательности и в оптимальные сроки. Срочные показания к операции часто не позволяют провести детальное лабораторно-инструментальное исследование.

Болезненность при смещении шейки матки, укорочение и болезненность влагалищных сводов характерны для внутрибрюшного кровотечения, острого воспаления с явлениями пельвиоперитонита.

При стабильной гемодинамике необходимо выполнить клинический анализ крови и общий анализ мочи. Ценным диагностическим признаком является стремительное нарастание количества лейкоцитов (практически по часам). Определить выраженность интоксикации позволяет биохимический анализ крови. Для исключения заболеваний поджелудочной железы наиболее информативно определение активности амилазы и диастазы в крови и моче, а также трансаминаз, щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы.

Если позволяет состояние больной, выполняют УЗИ органов малого таза. Это высокоинформативное исследование отражает структурное состояние внутренних половых органов и в большинстве случаев позволяет ответить на вопрос, являются ли патологические изменения одного из них причиной «острого живота». Например, с помощью УЗИ можно найти признаки эктопической беременности: прямые (наличие плодного яйца вне полости матки) или косвенные (при положительном значении β -ХГЧ децидуальная реакция эндометрия и отсутствие плодного яйца в полости матки). УЗИ позволяет не только обнаружить миоматозные узлы, но и заподозрить нарушение питания в одном из них (выраженная гипоэхогенность узла, его неоднородность с включениями жидкости). В случае воспаления придатков матки УЗИ позволяет визуализировать скопление жидкости в просвете маточной трубы (гидросальпинкс, пиосальпинкс), определить размеры и границы tuboовариального образования, визуализировать кисты и опухоли яичников. Наличие свободной жидкости в малом тазу может определить даже врач, не имеющий большого опыта ультразвуковой диагностики. В дальнейшем при неясной клинической ситуации возможно выполнение диагностической лапароскопии или при отсутствии достаточных эндоскопических навыков, лапароскопического оборудования - пункции брюшной полости через задний свод влагалища (*кульдоцентез*). Результатом пункции в большинстве случаев становится либо свободная кровь из брюшной полости, либо воспалительный экссудат. Получение крови диктует необходимость экстренного оперативного лечения, получение экссудата подразумевает возможность консервативной антибактериальной и противовоспалительной терапии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Принципиальное значение имеет дифференциация заболеваний, требующих немедленного оперативного лечения, и состояний, которые лечатся консервативно. В случае диагностической ошибки велика опасность либо неоправданного хирургического вмешательства, либо запоздалой лапаротомии или даже смерти больной.

При появлении симптомов раздражения брюшины на первый план выступает дифференциальная диагностика пельвиоперитонита и разлитого перитонита.

Например, при гонорейном пельвиоперитоните (наиболее частой форме пельвиоперитонита) антибактериальное лечение в течение 2-3 ч приводит к улучшению состояния и исключает хирургический компонент лечения.

Нарушенная внематочная беременность. При жалобах на боли в нижних отделах живота (часто на приступ резких болей с иррадиацией в прямую кишку) в сочетании с нарушением менструального цикла (задержка менструации или кровянистые выделения из половых путей, начавшиеся на фоне задержки менструации) необходимо как можно быстрее провести трансвагинальное УЗИ и анализ крови на наличие β -субъединицы ХГЧ (β -ХГЧ).

Если при УЗИ нет данных за наличие хориона в полости матки, а анализ крови на β -ХГЧ положительный, необходимо срочно исключить внематочную беременность.

Если только на основании жалоб, результатов осмотра и гинекологического исследования можно заподозрить наличие крови в брюшной полости, необходимо сразу же подтвердить это (пункция брюшной полости через задний свод влагалища, лапароскопия), не прибегая к дополнительным методам исследования (к УЗИ, определению β -ХГЧ и тем более к диагностической лапароскопии).

Апоплексия яичника. Если боли внизу живота, чаще односторонние, возникают в середине менструального цикла, можно заподозрить апоплексию яичника. В этом случае очень важно избежать неоправданного оперативного вмешательства, так как не каждая форма заболевания его требует. При подозрении на анемическую форму апоплексии яичника, болезненных тракциях за шейку матки и укороченных болезненных сводах (изменение анатомии заднего свода влагалища, «крик Дугласа») при влагалищном исследовании необходимо провести пункцию брюшной полости через задний свод влагалища или лапароскопию.

При отсутствии крови в брюшной полости возможно применение дополнительных методов исследования - УЗИ и/или диагностической лапароскопии (кроме непосредственного осмотра яичников оценивают количество крови в брюшной полости для определения тактики ведения больной).

Массивное кровотечение при апоплексии бывает редко, но требует немедленного оперативного лечения.

Перекрыт ножки кисты или опухоли яичника. Наиболее часто перекрыт ножки опухоли яичника возникает в случае зрелой тератомы (дермоидной кисты), фибромы яичника, фолликулярной кисты.

Боль возникает внезапно, она носит постоянный характер, без выраженной иррадиации. Начало болей чаще связано с резкими движениями, физической нагрузкой. Сначала в связи со сдавлением вен возникающая опухоль увеличивается, а затем развиваются ишемия и некроз. При двуручном исследовании в области придатков пальпируется резко болезненное образование. Зачастую установить

правильный диагноз легко. Но в некоторых случаях (в основном при дифференциальной диагностике с перекрутом и некрозом отдельного субсерозного миоматозного узла) необходимо УЗИ, при котором удастся точно выявить происхождение образования и наличие в нем дегенеративных изменений. При этом заболевании показано экстренное оперативное лечение.

Нарушение питания в узле миомы матки. При постоянных болях внизу живота, указании на миому матки в анамнезе и увеличенной в размерах матке с бугристой поверхностью и резкой болезненности одного или нескольких узлов при осмотре для уточнения диагноза необходимо провести УЗИ.

При подтверждении нарушения кровообращения и относительно удовлетворительном состоянии больной допустимо начать консервативное лечение, но продолжать его следует не более 48 ч.

Острые гнойные заболевания придатков матки вызывают постоянные нарастающие боли в нижних отделах живота, повышение температуры тела, озноб. Заболевание начинается обычно в последние дни или сразу после окончания менструации, нередко существует связь с внутриматочной контрацепцией, диагностическими манипуляциями. Часто при гинекологическом исследовании наблюдаются гнойные выделения из цервикального канала, смещения шейки и область придатков матки резко болезненны. При tuboовариальном образовании в области придатков выявляют опухоль без четких контуров, болезненную при пальпации, влагалищные своды укорочены. УЗИ позволяет уточнить природу и размер образования.

Возможно такое осложнение, как перфорация гнойного tuboовариального образования с развитием пельвиоперитонита (воспалительный процесс ограничен гипогастрием) или разлитого перитонита. В подобных случаях больная нуждается в незамедлительной операции.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Контрольные вопросы

1. Дайте определение синдрому «острого живота».
2. Как диагностировать «острый живот»? Перечислите весь симптомокомплекс.
3. Какие методы лабораторной диагностики обязательны при синдроме «острого живота»?
4. Какие инструментальные методы позволяют верифицировать катастрофу в брюшной полости?
5. Перечислите гинекологические причины возникновения «острого живота».
6. Перитонит или гемоперитонеум? Как различить клинически?
7. С какими хирургическими причинами следует дифференцировать «острый живот»? Как исключить гинекологические причины?
8. С какими нехирургическими причинами следует дифференцировать симптомокомплекс «острого живота»?
9. Какие урологические причины входят в дифференциальную диагностику «острого живота»?
10. Какова врачебная тактика и принципы лечения при выявлении картины «острого живота»?
11. Принципы и особенности инфузионно-трансфузионной терапии.
12. Тактика ведения больных при прогрессирующей и прервавшейся внематочной беременности
13. Тактика ведения больных при апоплексии яичника
14. Тактика ведения больных при нарушении питания опухоли яичника

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы – тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ МОЖЕТ ЛОКАЛИЗОВАТЬСЯ:

- 1) в шейке матки;
- 2) рудиментарном роге матки;
- 3) на яичнике;
- 4) в брюшной полости;
- 5) во влагалище.

2. К ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ФОРМАМ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ОТНОСИТСЯ:

- 1) трубная беременность;
- 2) яичниковая беременность;
- 3) брюшная беременность;
- 4) межсвязочная беременность;
- 5) беременность в рудиментарном роге.

3. ПРОГРЕССИРУЮЩАЯ ТРУБНАЯ БЕРЕΜЕННОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТОВЕРНО ДИАГНОСТИРОВАНА:

- 1) при бимануальном исследовании;
- 2) лапароскопии;
- 3) выскабливании слизистой оболочки полости матки;
- 4) пункции брюшной полости через задний свод влагалища;
- 5) УЗИ.

4. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕΜЕННОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) атрофия;
- 2) пролиферация;
- 3) железисто-кистозная гиперплазия;
- 4) децидуальная трансформация;
- 5) эндометриальный полип.

5. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕΜЕННОСТИ СЛУЖАТ:

- 1) приступообразные боли внизу живота;
- 2) «мажущие» кровяные выделения из половых путей;
- 3) слабopоложительные симптомы раздражения брюшины;
- 4) все перечисленное;
- 5) ничего из перечисленного.

6. ТРУБНАЯ БЕРЕΜЕННОСТЬ:

- 1) может возникать в результате врожденных аномалий развития матки;
- 2) этиологически может быть связана с методом контрацепции;
- 3) обычно прерывается при сроке беременности 7-8 нед;
- 4) диагностируется достоверно с помощью лапароскопии;
- 5) может сочетаться с маточной беременностью;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

7. ПРИ ПЕРЕКРУЧИВАНИИ НОЖКИ КИСТЫ ЯИЧНИКА У БОЛЬНОЙ В ВОЗРАСТЕ 25 ЛЕТ НЕОБХОДИМО:

- 1) удаление яичника;
- 2) удаление матки с придатками;
- 3) удаление придатков с обеих сторон;
- 4) удаление придатков на стороне опухоли;
- 5) резекция пораженного яичника.

8. ПУНКЦИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕРЕЗ ЗАДНИЙ СВОД ВЛАГАЛИЩА ДОЛЖНА ПРОИЗВОДИТЬСЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ:

- 1) на внутрибрюшное кровотечение;
- 2) апоплексию яичника с внутренним кровотечением;
- 3) нарушенную трубную беременность;
- 4) ненарушенную трубную беременность;

5) все перечисленное.

9. ДЛЯ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА ХАРАКТЕРНЫ:

- 1) боли внизу живота, возникающие на фоне полного благополучия;
- 2) отсутствие наружного кровотечения;
- 3) отрицательный тест на беременность;
- 4) резко выраженное нарастание числа лейкоцитов в крови;
- 5) нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины;
- 6) все перечисленное;
- 7) ничего из перечисленного.

2. Решите ситуационные задачи

Задача 1.

Больная 33 лет предъявляет жалобы на схваткообразные боли в левой подвздошной области, головокружение, задержку менструации на 2 недели. Вчера внезапно появились острые боли внизу живота, сопровождающиеся кратковременной потерей сознания. При осмотре найдено: кожные покровы бледные, пульс 120 уд/мин., АД 80/50 мм. рт. ст., живот болезненный в нижних отделах, отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При гинекологическом исследовании матку и придатки четко определить невозможно из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки, задний свод сглажен, выделения кровяные, скудные, темного цвета.

Диагноз? Тактика? Дополнительные методы исследования?

Задача 2.

Больная 15 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с диагнозом: Подострый двухсторонний сальпингоофорит. Жалобы на боли в левой подвздошной области, с иррадиацией в прямую кишку. Боли возникли резко, в левой подвздошной области, затем над лоном. Тошноты, рвоты не было. Последняя нормальная менструация - 2 недели назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа и слизистые нормальной окраски, АД 110/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. При двуручном ректо - абдоминальном исследовании матка не увеличена, плотная, безболезненная. Придатки справа - не увеличены, безболезненные. Слева - придатки без четких контуров, область их при пальпации болезненная.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? План ведения?

Задача 3.

Больная, 26 лет, доставлена в стационар машиной «скорой помощи» с диагнозом: Острый живот. Жалобы на резкие боли в нижних отделах живота, общую слабость, головокружение. Из анамнеза: 6 месяцев назад диагностирована киста левого яичника. В течение 2-х месяцев принимала оральные контрацептивы. Последняя менструация была 2 недели назад. Кожные покровы и слизистые

бледные, температура 37,0°C, АД 70/40 мм. рт. ст. Нв 78 г/л, Le- 11 x 10⁹ /л, пульс 130 уд/мин., ритмичный, слабого наполнения. Язык суховат. Живот напряжен, резко болезненный при пальпации в нижних отделах. Там же положительные симптомы раздражения брюшины. Выделений из половых путей нет. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: матка не увеличена, плотная, болезненная при пальпации, легко смещаемая. Состояние придатков с обеих сторон определить не представляется возможным ввиду резкой болезненности при исследовании. Своды влагалища нависают, пальпация их резко болезненная.

Диагноз? Дифференциальный диагноз? Тактика ведения?

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гинекология. Национальное руководство. - Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.- 1120 с.
2. Гинекология: Учебник / Под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Бреусенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 432 с.
3. Гинекология: учебник / под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1000 с.
4. Адамс Х-А., Флеминг А., Фридрих Л., Рушulte X. Атлас по неотложной помощи.- М.: МЕДпресс-информ 2009.
5. Айламазян Э.К. Гинекология от пубертата до постменопаузы. – М.: Медпресс – информ, 2006.
6. Гельфанд Р.Б. Инфузионно-трансфузионная терапия в клинической медицине М.: МИА, 2009. – 256 с.
7. Гинекология. Руководство для врачей. Под ред. Серов В.Н., Кира Е.Ф.-М.: Литтерра, 2009. -840 с.
8. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе : учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова [и др.] / под ред. А. Л. Вёрткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 544 с.
9. Руководство по скорой медицинской помощи. Под ред. Багненко С.Ф., Верткина А.Л., Мирошниченко А.Г.- М.: ГЭОТАР – Медиа 2009.
10. Парсонз П.Э., Винер-Крошин Дж.П. Секреты неотложной помощи.- М: МЕДпресс-информ 2006.
11. Кулаков В.И. Акушерство и гинекология (клинические рекомендации). – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2005. - 512 с.
12. Подзолкова Н.М., Кузнецова И.В., Глазкова О.Л. Клиническая гинекология - М.: МИА, 2009.-616 с
13. Рагимов А.А., Щербакова Г.Н. Инфузионно-трансфузионная терапия.-ГЭОТАР-Мед, 2010.- 240 с.
14. Спригингс Д., Чамберс Дж. Экстренная медицина. Диагностика и лечение неотложных состояний.- М.: Медицинская литература 2006.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК

Содержание занятия

Геморрагический шок возникает в ответ на патологическую кровопотерю. Развивается синдром малого выброса, гипоперфузия тканей, полиорганная и полисистемная недостаточность. Геморрагический шок в акушерстве остается одной из причин материнской смертности (2-3 место среди причин материнской смертности).

ЭТИОЛОГИЯ.

Причинами геморрагического шока в акушерстве являются потеря более 1000 мл крови, или $>15\%$ ОЦК, или $>1,5\%$ от массы тела. Угрожающими жизни кровотечениями считаются:

- 1) потеря 100% ОЦК в течение 24 часов или 50% ОЦК за 3 часа;
- 2) кровопотеря со скоростью 150 мл/мин или 1,5 мл/кг/мин (≤ 20 мин);
- 3) одномоментная кровопотеря $>1500-2000$ мл (25-35% ОЦК).

При экстрагенитальной патологии, гестозах, слабости родовой деятельности, при неадекватном обезболивании родов симптомы шока могут появиться и при меньшей кровопотере (800-1000 мл).

Причиной геморрагического шока является кровотечение, которое может быть обусловлено:

- преждевременной отслойкой нормально расположенной и предлежащей плаценты;
- разрывом матки;
- частичным плотным прикреплением или приращением, плаценты;
- гипотонией и атонией матки;
- врожденными дефектами гемостаза;

Способствуют кровотечению состояния, когда нарушается гемостаз в организме матери вследствие попадания в ее кровоток тромбопластических субстанций от плода и элементов плодного яйца: эмболия околоплодными водами, мертвый плод в матке.

ПАТОГЕНЕЗ.

В акушерстве на развитие геморрагического шока оказывает влияние травматических фактов ввиду наличия боли во время родов при неадекватном обезболивании, различных операциях и манипуляциях: акушерских щипцах, ручном обследовании матки, ушивании разрывов родовых путей, при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, разрывах матки и т.д.

Кровопотеря $>15\%$ ОЦК приводит к ряду компенсаторных реакций, включающих в себя стимуляцию симпатической нервной системы вследствие рефлексов с барорецепторов синокаротидной зоны и крупных внутригрудных артерий, активацию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с высвобождением катехоламинов, ангиотензина, вазопрессина, антидиуретического

гормона. Это способствует спазму артериол, повышению тонуса венозных сосудов (увеличению венозного возврата и преднагрузки), увеличению частоты и силы сердечных сокращений, уменьшению экскреции натрия и воды в почках. Вследствие того, что гидростатическое давление в капиллярах снижается в большей степени, чем в интерстиции, начиная с первого часа и до 40 часов после кровопотери, происходит медленное перемещение межклеточной жидкости в сосудистое русло (транскапиллярное восполнение). Снижение кровотока в органах и тканях приводит к изменениям кислотно-основного состояния (КОС) артериальной крови - повышению концентрации лактата и увеличению дефицита оснований (BE). С целью поддержания нормального pH при воздействии ацидемии на хеморецептор дыхательного центра в стволе головного мозга увеличивается минутная вентиляция, ведущая к снижению PaCO₂.

При кровопотере >30% ОЦК происходит декомпенсация, проявляющаяся артериальной гипотензией - снижением систолического артериального давления (АДсис) менее 90 мм рт. ст. Продолжающийся выброс стрессорных гормонов вызывает гликогенолиз, липолиз с умеренными гипергликемией и гипокалиемией. Гипервентиляция больше не обеспечивает нормальный pH артериальной крови, вследствие этого развивается ацидоз. Дальнейшее снижение тканевого кровотока ведет к усилению анаэробного метаболизма с увеличением выделения молочной кислоты. Прогрессирующий метаболический лактоацидоз снижает pH в тканях и блокирует вазоконстрикцию. Артериолы расширяются и кровь заполняет микроциркуляторное русло. Ухудшается сердечный выброс, может развиваться повреждение эндотелиальных клеток с последующим синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС).

При кровопотере >40% ОЦК и снижении АДсис <50 мм рт. ст. за счет ишемии центральной нервной системы происходит дополнительная стимуляция симпатической нервной системы с формированием на некоторое время так называемого второго плато АД. Без энергичной интенсивной терапии шок переходит в необратимую стадию, характеризующуюся распространенным повреждением клеток, полиорганной недостаточностью (ПОН), ухудшением сократимости миокарда вплоть до остановки сердечной деятельности.

После восстановления сердечного выброса и тканевого кровотока наблюдаются более выраженные повреждения органов, чем в период гипотензии. Вследствие активизации нейтрофилов, выделения ими перекисных радикалов кислорода, высвобождения медиаторов воспаления из ишемизированных тканей, а это в свою очередь приводит к повреждению клеточных мембран, увеличению проницаемости легочного эндотелия с возможным развитием острого респираторного дистресс синдрома (ОРДС), внутريدольковому повреждению печени с увеличением уровня трансаминаз в плазме. Возможен спазм прегломерулярных артериол почек, приводящий к острому некрозу канальцев и острой почечной недостаточности (ОПН). Вследствие нарушения функции печени и снижения синтеза глюкозы, кетонов и торможения периферического липолиза снижается поступление энергетических субстратов к сердцу и мозгу.

Акушерские кровотечения подразделяют на 4 класса в зависимости от величины кровопотери (табл. 4.4).

Таблица 4.4

Классификация кровотечения и клинические стадии геморрагического шока во время беременности (для беременной массой 60 кг и ОЦК 6000 мл).

декомпенсированном геморрагическом шоке: возможны отсутствие пульсации на периферических артериях, не определяющееся АД, олигурия (диурез <0,5 мл/кг/час) или анурия. В отсутствие адекватной объемозамещающей инфузионной терапии можно ожидать развития циркуляторного коллапса и остановки сердечной деятельности.

ЛЕЧЕНИЕ.

Массивное акушерское кровотечение с геморрагическим шоком - это комплексная проблема, требующая координированных действий команды специалистов, которые должны быть быстрыми и по возможности одновременными.

При остановке кровотечения во время беременности показаны экстренное родоразрешение и применение утеротоников.

Для остановки кровотечения после родов следует применять в порядке очередности:

- 1) наружный массаж матки;
- 2) утеротоники;
- 3) ручное обследование матки;
- 4) ушивание разрывов родовых путей.

После ручного обследования возможно применение внутриматочной баллонной тампонады (тампонадный тест).

Реанимационное пособие осуществляется по схеме ABC: дыхательные пути (*airway*), дыхание (*breathing*) и кровообращение (*circulation*). То есть, необходимо оценить проходимость дыхательных путей и адекватность дыхания, применить ингаляцию O₂ или ИВЛ + O₂ и восстановить адекватное кровообращение.

Крайне важно:

- ✓ обеспечение периферического или центрального венозного доступа через 2 или более катетера 14-16G,
- ✓ катетеризация мочевого пузыря,
- ✓ необходимы электрокардиокопия, пульсоксиметрия,
- ✓ определение неинвазивного АД,
- ✓ учет кровопотери.

Основными задачами инфузионной терапии являются восстановление и поддержание:

- 1) ОЦК;
- 2) достаточного транспорта O₂ и оксигенации тканей;
- 3) системы гемостаза;
- 4) температуры тела, кислотно-основного и электролитного баланса.

При кровопотере до 30% ОЦК (кровотечение 1 или 2 класса) и остановленном кровотечении проводится возмещение кристаллоидами в 3-кратном объеме по отношению к кровопотере. Если кровотечение продолжается или кровопотеря составляет 30% ОЦК и более (кровотечение 3 или 4 класса), требуется сочетание кристаллоидов и коллоидов, в качестве последних предпочтительны 6% гидроксипроксиэтилкрахмал (ГЭК) 130/0,4 или 4% модифицированный желатин (МЖ). Для первоначального возмещения ОЦК при кровотечении 3-4 класса с кровопотерей 30-40% ОЦК применяется инфузия 2 л кристаллоидов и 1-2 л коллоидов (табл. 4.5).

Таблица 4.5.

Первоначальная инфузионно-трансфузионная терапия при акушерском кровотечении (масса тела 60 кг, ОЦК 6000 мл).

--

Мониторинг инфузионной терапии. Первоначальное возмещение ОЦК проводится со скоростью 2-3 л за 5-15 мин под контролем ЭКГ, АД, пульсоксиметрии, теста заполнения капилляров, КОС крови, наблюдения за диурезом. Необходимо стремиться к АД сист >90 мм рт. ст. или >100 мм рт. ст. - при предшествующей гипертензии. Неинвазивное измерение АД в условиях снижения периферического кровотока и гипотензии может быть неточным или ошибочным (до 25% наблюдений). Наиболее точный метод инвазивное измерение АД, что позволяет также проводить исследование газов и КОС артериальной крови.

При геморрагическом шоке венозный тонус повышен, а емкость венозного русла снижена, поэтому замещение потерянного ОЦК может оказаться сложной задачей. Быстрая внутривенная инфузия первых 2-3 л (в течение 5-10 мин) считается безопасной. Дальнейшую терапию можно проводить либо дискретно по 250-500 мл

за 10-20 мин с оценкой гемодинамических параметров, либо с постоянным мониторингом ЦВД. Для получения достаточного для восстановления тканевой перфузии давления заполнения левых отделов сердца могут потребоваться довольно высокие значения ЦВД 10 см вод. ст. и выше.

В редких случаях сохраняющегося низкого тканевого кровотока при положительных значениях ЦВД может быть рассмотрена возможность оценки работы левых отделов сердца. С этой целью в качестве стандартной методики применяется катетеризация легочной артерии, крайне редко используемая в акушерстве и имеющая ряд серьезных осложнений. Малоинвазивными альтернативами являются анализ пульсового контура при катетеризации лучевой артерии, оценка параметров центральной гемодинамики и внутригрудных волевических показателей при транспульмональной термодилуции (методика PICCO), чрезпищеводная эхокардиография.

Конечной целью инфузионной терапии при шоке является восстановление тканевого кровотока. Об этом можно судить по нормальным показателям пульсоксиметрии, теста заполнения капилляров, диурезу 0,5-1 мл/кг/час. Показатели ВЕ < -5 мэкв/л, лактат >4 ммоль/л являются признаками шока, их нормализация говорит о восстановлении перфузии /каней.

В качестве критерия улучшения тканевого кровотока применяются также клиренс лактата и сатурация смешанной венозной крови (SvO₂). При адекватном лечении концентрация лактата снижается на 50% в течение первого часа проведения интенсивной терапии. Интенсивная терапия должна продолжаться до снижения лактата <2 ммоль/л. При отсутствии нормализации лактата в течение 24 часов прогноз сомнительный. SvO₂ отражает баланс между доставкой и потреблением O₂ и коррелирует с сердечным индексом. Для определения SvO₂ нужен катетер в легочной Артерии, но было показано, что значения сатурации крови из центральной вены (ScvO₂) близки SvO₂. Необходимо стремиться к значениям SvO₂ (ScvO₂) > 70%.

Восстановление кислородотранспортной функции крови. Трансфузия эритроцитарной массы позволяет значительно увеличить содержание кислорода в артериальной крови (CaO₂). Показания к переливанию эритроцитарной массы: снижение Hb <60-70 г/л, кровопотеря >40% ОЦК. Для переливания желательно использовать систему с лейкоцитарным фильтром, что способствует уменьшению вероятности иммунных реакций, обусловленных трансфузией лейкоцитов.

Альтернативы трансфузии эритроцитарной массы. В качестве альтернатив трансфузии эритроцитарной массы предложены следующие методы: аутодонорство, острая норма и гиперволевическая гемодилуция.

Также возможна интраоперационная аппаратная реинфузия крови, которая состоит из сбора крови во время операции, отмывания эритроцитов и последующей трансфузии аутологичной эритроэвези. Относительным противопоказанием для использования является наличие околоплодных вод. Для их удаления применяются: отдельный операционный отсеос для удаления вод, отмывание эритроцитов удвоенным объемом раствора, применение при возврате эритроцитов лейкоцитарного фильтра. В отличие от околоплодных вод, попадание фетальных эритроцитов в состав аутоэритроэвези возможно. Поэтому при определении у новорожденного Rh-положительной крови, родильнице с Rh-отрицательной кровью необходимо ввести увеличенную дозу анти-Rh-гаммаглобулина.

Поддержание температурного, кислотно-основного и электролитного баланса. Гипотермия нарушает функцию тромбоцитов и снижает скорость реакций каскада свертывания крови на 10% на каждый 1°C снижения температуры тела. Кроме того, ухудшается состояние сердечно-сосудистой системы, транспорт кислорода (смещение кривой диссоциации Hb-O₂ влево), элиминация лекарств печенью. Поэтому крайне важно согреть как внутривенные растворы, так и пациентку. Центральную температуру необходимо поддерживать >35°C.

Адреномиметики. Адреномиметики применяются при шоке по следующим показаниям: 1) кровотечение произошло во время действия регионарной анестезии и симпатической блокады; 2) необходимо время для установки дополнительных внутривенных линий; 3) вследствие кардиодепрессорного влияния продуктов ишемии тканей развился гиподинамический гиповолемический шок.

Параллельно с восполнением ОЦК возможно болюсное внутривенное введение эфедрина 5-50 мг или фенилэфрина 50-200 мкг или адреналина 10-100 мкг. Титровать эффект лучше путем внутривенной инфузии: допамин 2-10 или более мкг/кг/мин, добутамин 2-10 мкг/кг/мин, фенилэфрин 1-5 мкг/кг/мин, адреналин 1-8 мкг/мин. Применение препаратов несет в себе риск усугубления сосудистого спазма и ишемии органов, но может быть оправданным в критической ситуации.

СИНДРОМ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ

Содержание занятия

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) является неспецифической общепатологической реакцией организма на различные осложнения беременности. Он заключается в нарушении гемостаза и сопровождается микроциркуляторными нарушениями, приводящими или к массивному кровотечению, или к тканевой гипоксии с нарушением функции жизненно важных органов.

ЭТИОЛОГИЯ

К ДВС-синдрому приводят:

- повреждения клеток крови, в результате чего из них освобождаются фосфолипиды, активирующие внутрисосудистое свертывание;
- поражение тканей и в результате поступление в кровоток тканевого тромбопластина;
- поражение эндотелия сосудистой стенки, когда происходит активация XII фактора (фактора контакта, или фактора Хагемана);
- гемодинамические нарушения, сопровождающие шок, макро- и микроциркуляторные нарушения в тканях с развитием в них гипоксии;
- исходная гиперкоагуляция.

Тяжелые формы гестозов, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, геморрагический шок, эмболия околоплодными водами,

сепсис, заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени, резус-конфликт, переливание несовместимой крови, неразвивающаяся беременность и др. Выше перечисленные состояния приводят к гипоксии тканей и метаболическому ацидозу, что в свою очередь вызывает активацию кровяного и тканевого тромбопластина.

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ДВС-СИНДРОМА

I фаза. Образование активного тромбопластина - самая продолжительная фаза гемостаза. В ней принимают участие факторы плазменные. (XII, XI, IX, VIII, X, IV, V) и факторы тромбоцитарные (3, 1).

II фаза. Переход протромбина в тромбин. Происходит при действии активного тромбопластина и участии ионов кальция (фактор IV).

III фаза. Образование фибрин-полимера. Тромбин (при участии ионов кальция (фактор IV) и фактора тромбоцитов (4) переводит фибриноген в фибрин-мономер, который при действии VIII фактора плазмы и тромбоцитарного фактора 2 превращается в нерастворимые нити фибрина-полимера.

Изменение прокоагулянтов в звене гемостаза, активация тромбоцитарного звена приводят к агрегации тромбоцитов с выделением биологически активных веществ: кининов, простагландинов, катехоламинов и др. Они влияют на сосудистую систему.

При замедленном течении крови через разветвления мелких сосудов происходит ее расслоение на плазму и эритроциты, заполняющие разные капилляры. Теряя плазму, эритроциты теряют способность к передвижению и скапливаются в виде медленно циркулирующих, а затем нециркулирующих образований. Происходит стаз, агрегация, а затем и лизис, высвобождается связанный со стромой эритроцитов кровяной тромбопластин. Поступление в кровоток тромбопластина вызывает процесс внутрисосудистого свертывания крови. Выпадающие при этом нити фибрина опутывают глыбки эритроцитов, образуя "сладжи" - комочки, оседающие в капиллярах и еще больше нарушающие однородность структуры крови. Важную роль в развитии "сладж"-феномена играют два взаимосвязанных явления - снижение кровотока и увеличение вязкости крови (М.А. Репина, 1986). Происходит нарушение кровоснабжения тканей и органов.

В ответ на активацию системы коагуляции включаются защитные механизмы - фибринолитическая система и клетки ретикулоэндотелиальной системы.

На фоне диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови вследствие повышенного потребления прокоагулянтов и усиления фибринолиза развивается повышенная кровоточивость.

Разными авторами предложены различные классификации стадий в течении ДВС-синдрома, хотя в клинической практике синдром ДВС не всегда проявляется в такой четкой форме.

М.С. Мачабели выделяет **4 стадии**:

I стадия - гиперкоагуляции, связанная с появлением большого количества активного тромбопластина.

II стадия - коагулопатия потребления, связанная с уменьшением прокоагулянтов из-за включения их в микротромбы. Одновременно активизируется фибринолиз.

III стадия - резкое снижение в крови всех прокоагулянтов вплоть до развития афибриногенемии на фоне выраженного фибринолиза. Эта стадия характеризуется

особенно тяжелыми геморрагиями. Если больная остается жива, то тромбогеморрагический синдром переходит в следующую стадию.

IV стадия - восстановительная. Происходит постепенная нормализация состояния свертывающей системы крови. Нередко в этой стадии выявляются осложнения перенесенного ДВС-синдрома - острая печеночная недостаточность, острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность, нарушение мозгового кровообращения.

Федорова З.Д. и др. (1979), Барышев Б.А. (1981) предлагают следующую классификацию течения синдрома ДВС:

I стадия - гиперкоагуляции. Продолжительность этой фазы различна. В ней наблюдают уменьшение времени свертывания крови, снижение фибринолитической и антикоагуляционной активности, укорочение тромбин-теста. Клинически в этой стадии наблюдают гиперемии кожных покровов, чередующуюся с цианозом, мраморность рисунка, особенно на верхних и нижних конечностях, иногда озноб, беспокойство больной, тахикардию.

II стадия - гипокоагуляции. По данным коагулограммы отмечается потребление факторов свертывания, появляются продукты деградации фибриногена и фибрина (ПДФ), уменьшается число тромбоцитов, увеличивается тромбиновое время, несколько уменьшается время лизиса сгустка фибрина, снижается активность антитромбина III. Клинически отмечают усиление кровотечения из родовых путей, раневых поверхностей, появляются кровоизлияния на коже, носовые кровотечения, петехиальные высыпания на боковых поверхностях грудной клетки, бедрах, верхнем веке. Кровь, изливающаяся из матки, содержит рыхлые сгустки, которые быстро лизируются.

III стадия - гипокоагуляции с генерализованной активацией фибринолиза. Коагулограмма: уменьшение числа и ослабление функциональных свойств тромбоцитов, снижение концентрации и активности прокоагулянтов, циркуляция в крови больших количеств продуктов деградации фибриногена и фибрина (ПДФ), резкое повышение фибринолитической активности, дальнейшее увеличение свободного гепарина. Клиника - выделяется жидкая не свертывающаяся кровь, иногда образуются единичные мелкие сгустки, которые быстро лизируются. Наблюдается генерализованная кровоточивость мест инъекций, венесекций, операционного поля, гематурия, появляются геморрагические выпоты в грудной и брюшной полостях, перикарде.

IV стадия - полное несвертывание крови. Терминальная стадия. Гипокоагуляция крайней степени в сочетании с высокой фибринолитической и антикоагуляционной активностью. Клиническая картина такая же, как и в III стадии, - генерализованная кровоточивость.

Надо сказать, что в эту классическую схему развития синдрома ДВС жизнь вносит свои коррективы и наблюдается множество клинических и лабораторных вариантов синдрома, протекающего индивидуально у каждой больной. Течение синдрома зависит от характера акушерской патологии, вызвавшей кровотечение, сопутствующих соматических заболеваний, особенностей течения беременности и др.

Продолжительность клинических проявлений ДВС-синдрома может достигать 7-9 часов и более. Изменения в системе гемокоагуляции, определяемые с помощью лабораторных методов, сохраняются дольше, чем клинические. Поэтому лабораторная диагностика ДВС-синдрома имеет первостепенное значение:

позволяет более точно установить степень или фазу синдрома и выбрать правильное лечение.

Диагноз хронического синдрома ДВС ставят на основании лабораторных исследований системы гемостаза.

В патогенезе гестозов беременных определенную роль играет хронический синдром ДВС. Для него характерно: генерализованный спазм артериол, длительная умеренно выраженная гиперкоагуляция. В системе микроциркуляции образуются тромбоцитарные микросвертки ("сладжи"), что при тяжелых гестозах приводит к некрозам и кровоизлияниям в паренхиматозных органах, головном мозге и в плаценте, что приводит к формированию недостаточности плаценты. А при развитии локальной острой формы ДВС - к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

ДИАГНОСТИКА.

Клинические проявления острой формы ДВС-синдрома: кровоизлияние, кровотечения из мест уколов, операционного поля, некрозы кожи и слизистых оболочек, изменение функции ЦНС, острая почечная и легочная недостаточность.

В классическую схему развития синдрома ДВС жизнь вносит свои коррективы. Наблюдают множество клинических и лабораторных вариантов синдрома, протекающего индивидуально у каждой больной. Течение синдрома зависит от характера акушерских осложнений, вызвавших кровотечение, сопутствующих соматических заболеваний, особенностей течения беременности и др.

Продолжительность клинических проявлений ДВС-синдрома может достигать 7-9 ч и более. Изменения в системе гемокоагуляции, определяемые с помощью лабораторных методов, сохраняются дольше, чем клинические признаки. В связи с этим лабораторная диагностика ДВС-синдрома имеет первостепенное значение: позволяет более точно установить степень или фазу синдрома и выбрать правильное лечение.

В мировой практике общепринята шкала оценки явного (*overt*) ДВС-синдрома - с кровотечением (табл. 4.6). Есть ли у пациента заболевание, соответствующее ДВС-синдрому? Если да, то переходим к шкале.

Таблица 4.6.

Шкала диагностики явного (с кровотечением) ДВС-синдрома (по ISTH, 2001)

--

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение синдрома ДВС индивидуальное. Оно включает в себе проведение одновременно трех основных мероприятий:

- ◆ Ликвидация основной причины, вызвавшей ДВС.
- ◆ Нормализация гемодинамики.
- ◆ Нормализация свертывания крови.

Для лечения синдрома ДВС при акушерских кровотечениях следует учитывать фазу синдрома, в которую начато лечение, характер акушерской патологии. Его проводят под контролем лабораторной диагностики.

При острых формах ДВС, наряду с мероприятиями по нормализации центральной и периферической гемодинамики, проводят восстановление коагуляционных свойств крови. Для этого необходимо прекратить внутрисосудистое свертывание крови, снизить фибринолитическую активность и восстановить коагуляционные способности крови. Это проводят под контролем коагулограммы. Восстановление коагуляционных свойств крови достигают замещающей терапией - переливание свежзамороженной плазмы, свежзамороженных эритроцитов, "теплой донорской крови", свежцитратной крови, антигемофильной плазмы, фибриногена.

Торможение фибринолитической активности достигают введением ингибиторов животного происхождения - контрикала, трасилола, гордона. Разовая доза контрикала - 2000 ЕД (суточная - 6000 ЕД), трасилола - 2500 ЕД (суточная - 10000 ЕД), гордокса - 100000 ЕД (суточная - 500000 ЕД). Ингибиторы фибринолиза применяют строго под контролем коагулограммы.

Интенсивную терапию продолжают и после устранения синдрома ДВС и направляют на лечение почечной и печеночной недостаточности, легочной недостаточности, восстановление белкового и электролитного баланса, профилактику инфекционных осложнений.

Контрольные вопросы:

1. Причины кровотечения во втором и третьем триместрах беременности.
2. Причины предлежания плаценты.
3. Классификация аномалий расположенной плаценты.
4. Симптомы предлежания плаценты.
5. Определение предлежания плаценты.
6. Какова диагностика предлежания плаценты?
7. Каковы методы лечения при полном предлежании плаценты?
8. Каковы методы родоразрешения при неполном предлежании плаценты?
9. Каковы осложнения для плода при предлежании плаценты?
10. Причины, предрасполагающие к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
11. Патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

12. Каковы методы диагностики ПОНРП?
13. Что такое матка Кувелера?
14. Какие осложнения у матери и плода могут быть при ПОНРП?
15. Какова физиологическая кровопотеря в родах?
16. Что такое истинное вращение плаценты?
17. Перечислите причины кровотечений в последовом периоде.
18. С какими заболеваниями следует дифференцировать атоническое кровотечение?
19. Каковы симптомы атонического кровотечения?
20. Перечислите причины кровотечений в раннем послеродовом периоде.
21. Какие мероприятия надо проводить при истинном вращении плаценты?
22. Какие мероприятия надо проводить при гипотоническом кровотечении?
23. Каковы симптомы ДВС-синдрома?
24. Каков механизм развития ДВС-синдрома?
25. С каких кровезаменителей целесообразно начинать возмещение ОЦК?

ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.

1. Ответьте на предложенные вопросы –тесты:

Выберите один или несколько правильных ответов

1. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ РУЧНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
 - а) повышенная кровопотеря
 - б) сомнение в целостности плаценты
 - в) сомнение в целостности стенки матки
 - г) все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного

2. НАРУШЕНИЕ ПРОЦЕССА ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ОБУСЛОВЛЕНО
 - а) патологическим (частичным плотным) прикреплением плаценты к стенке матки
 - б) гипотонией матки
 - в) форсированным отделением плаценты
 - г) всем перечисленным
 - д) ничем из перечисленного

3. ПРИ ПЛОТНОМ ПРИКРЕПЛЕНИИ ПЛАЦЕНТЫ ВОРСИНЫ ХОРИОНА, КАК ПРАВИЛО, ПРОНИКАЮТ ВГЛУБЬ СТЕНКИ МАТКИ
 - а) в спонгиозный слой слизистой оболочки
 - б) в компактный слой слизистой оболочки
 - в) в базальный слой слизистой оболочки
 - г) в миометрий
 - д) правильно а) и б)

4. ПРИ ИСТИННОМ ПРИРАЩЕНИИ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ПРАВИЛО, ПОКАЗАНО

- а) ручное отделение плаценты
- б) выскабливание послеродовой матки
- в) тампонада матки тампоном с фибриногеном
- г) надвлагалищная ампутация матки
- д) правильно б) и в)

5. ПРИ МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПЕРЕЛИВАТЬ

- а) цельную свежеситратную кровь
- б) эритроцитарную массу
- в) свежзамороженную плазму
- г) правильно а) и б)
- д) правильно б) и в)
- е) все ответы правильные

6. РЕАКЦИЯ ОРГАНИЗМА РОДИЛЬНИЦЫ НА КРОВОПОТЕРЮ, КАК ПРАВИЛО, ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

- а) в уменьшении венозного возврата крови к сердцу
- б) в снижении сердечного выброса
- в) в максимальной стимуляции симпатико-адреналовой системы
- г) во всем перечисленном
- д) ни в чем из перечисленного

7. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДВС-СИНДРОМА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ВСЛЕДСТВИЕ ЧАСТИЧНОЙ ОТСЛОЙКИ ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ ПЛАЦЕНТЫ

- а) анемия на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей
- б) отсутствие корригирующих лечебных мероприятий на фоне повторяющихся небольших кровянистых выделений из половых путей
- в) запоздалое возмещение кровопотери (без учета кровопотери, бывшей ранее)
- г) правильно б) и в)
- д) все перечисленные факторы

8. К РАЗРЫВУ МАТКИ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ

- 1) рубец на матке после операции кесарева сечения
- 2) повреждение матки при аборте
- 3) дегенеративные и воспалительные процессы в матке, перенесенные до настоящей беременности
- 4) инфантилизм
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное

- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

9. ПРИЧИНОЙ НАСИЛЬСТВЕННОГО РАЗРЫВА МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) травма
- 2) внешнее воздействие при наличии перерастяжения нижнего маточного сегмента
- 3) рубец на матке
- 4) слабость родовой деятельности
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

10. СОСТОЯНИЕ, ОПРЕДЕЛЯЮЩЕЕ ГРУППЫ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАЗРЫВА МАТКИ

- 1) воспалительные заболевания наружных и внутренних половых органов специфической и неспецифической этиологии
- 2) наличие в анамнезе осложненных родов, абортов
- 3) операция кесарева сечения в анамнезе
- 4) неблагополучие социального статуса женщины
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные состояния
- г) верно 4
- д) ни одно из перечисленных состояний

11. ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ, УКАЗЫВАЮЩЕЕ НА ВОЗМОЖНЫЙ РИСК РАЗРЫВА МАТКИ В РОДАХ

- 1) крупный плод
- 2) лобное вставление головки плода
- 3) переношенная беременность
- 4) многоводие
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные осложнения
- г) верно 4
- д) ни одно из перечисленных осложнений

12. СИМПТОМАМИ УГРОЖАЮЩЕГО РАЗРЫВА МАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гипертонус матки
- 2) высокое стояние contractionного кольца
- 3) болезненность нижнего сегмента матки при пальпации
- 4) потуги при высоко стоящей головке плода
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное

- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

13. СИМПТОМАМИ НАЧАВШЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) произвольная и непродуктивная потужная деятельность при головке, подвижной над входом в малый таз
- 2) выраженная болезненность живота вне схваток или потуг
- 3) кровянистые выделения из матки
- 4) примесь крови в моче
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленное
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

14. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СОВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА МАТКИ

- 1) распирающая боль в животе
- 2) тяжелое состояние женщины, связанное с шоком
- 3) прекращение родовой деятельности
- 4) определение частей плода при пальпации непосредственно под брюшной стенкой
- а) верно 1, 2, 3
- б) верно 1, 2
- в) все перечисленные
- г) верно 4
- д) ничего из перечисленного

15. ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ СЧИТАЮТ НИЗКИМ, ЕСЛИ:

- а) край плаценты располагается менее чем на 7 см от внутреннего зева;
- б) плацента полностью перекрывает внутренний зев;
- в) плацента расположена в дне матки;
- г) край плаценты расположен на уровне внутреннего зева;
- д) край плаценты расположен на 9 см от внутреннего зева.

16. ПРИЧИНЫ ПОНРП:

- а) короткая пуповина;
- б) быстрые роды;
- в) дородовое излитие околоплодных вод;
- г) предвестники родов;
- д) быстрое излитие околоплодных вод при многоводии.

17. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКОЙ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ СЧИТАЮТ:

- а) отслойку во время беременности;
- б) отслойку во время беременности и родов;
- в) отслойку в первом периоде родов;
- г) отслойку в третьем периоде родов;

д) отслойку во втором периоде родов.

18. ПРОЯВЛЕНИЕ ПОНРП:

- а) сильные боли в животе;
- б) профузное наружное кровотечение;
- в) схваткообразные боли внизу живота;
- г) гипертонус матки;
- д) гипоксия или внутриутробная гибель плода.

19. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ «МАТКИ КУВЕЛЕРА»:

- а) перевязка подчревных артерий;
- б) надвлагалищная ампутация или экстирпация матки;
- в) введение утеротонических средств;
- г) выскабливание полости матки кюреткой;
- д) удаление придатков матки.

20. ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ПОНРП И ГИБЕЛИ ПЛОДА:

- а) родовозбуждение;
- б) кесарево сечение;
- в) проведение интенсивной инфузионной терапии;
- г) роды через естественные родовые пути;
- д) краниотомия.

21. ПРИ ОТСУТСТВИИ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ В ТЕЧЕНИЕ 30 МИН НЕОБХОДИМО:

- а) выполнить наружный массаж матки;
- б) сделать УЗИ;
- в) применить способ Креде-Лазаревича;
- г) выделить послед по методу Абуладзе;
- д) выполнить операцию ручного отделения плаценты и выделения последа.

22. ПРИЧИНЫ ГИПОТОНИЧЕСКОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

- а) многоплодие;
- б) многоводие;
- в) быстрые роды;
- г) роды в тазовом предлежании;
- д) аномалии расположения плаценты.

23. КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГИПОТОНИЧЕСКОМ КРОВОТЕЧЕНИИ:

- а) экстирпация матки;
- б) наружновнутренняя компрессия матки;
- в) перевязка маточных сосудов;
- г) опорожнение мочевого пузыря;
- д) ручное обследование стенок полости матки.

24. ПРИ ОБЪЕМЕ КРОВОПОТЕРИ 0,6-0,8% ОТ МАССЫ ТЕЛА ПРОВОДЯТ ИТТ:

- а) гемотрансфузией;
- б) кровезаменителями и кровью;
- в) свежезамороженной плазмой;
- г) желатинолем;
- д) кристаллоидами.

25. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДВС-СИНДРОМА НЕОБХОДИМО:

- а) измерить общую кровопотерю;
- б) произвести общий анализ мочи;
- в) произвести лабораторное исследование системы гемостаза;
- г) определить количество тромбоцитов;
- д) измерять АД, ВД и пульс.

2. Решите ситуационные задачи

Задача № 1

Родильница 28 лет. Роды вторые. Первые роды протекали без осложнений, масса плода 4500,0. Беременность шестая (аборты, осложненные воспалением матки). Послед отделился и выделился самостоятельно через 7 мин после рождения плода, целый. Кровопотеря 350 мл. Через 5 мин кровяные выделения усилились, при наружном массаже матка мягкая, сокращается и вновь расслабляется, кровотечение продолжается.

Диагноз? Что делать?

Задача № 2.

Роженица, 30 лет, повторнородящая с размерами таза 26-27-30-17см, доставлена с бурной родовой деятельностью и выпавшей ручкой плода. Воды излились 3 часа назад. Головка плода определяется справа. Пальпация нижнего сегмента болезненна. Сердцебиения нет. При внутреннем исследовании: открытие зева полное, плечико вколочено в таз. Диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз, его обоснование, тактика врача.

Задача № 3.

Повторнородящая с размерами таза 24-26-28-18 см доставлена машиной скорой помощи. Поведение роженицы беспокойное, жалобы на боли внизу живота, кровянистые выделения из влагалища. Пульс 96 уд. в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Схватки бурные, резко болезненные, частые. Головка плода крупная, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, 146 уд. в минуту, ритмичное.

Диагноз, его обоснование. Дальнейший план ведения родов.

Задача № 4.

Больная П., 28 лет. Жалобы на кровянистые выделения из половых путей, появившиеся 3 ч назад. Анамнез: беременность 38 нед, третья, доношенная. Первая беременность закончилась нормальными родами, вторая - криминальным абортom.

Настоящая беременность протекала в основном без осложнений. В первую половину наблюдалась небольшая рвота, в конце второй половины периодически появлялись мажущие кровяные выделения из половых путей. При осмотре: женщина среднего роста, с хорошо выраженной жировой клетчаткой. Тоны сердца ясные. Пульс 72 в минуту. АД 115/80 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное. Язык чистый, влажный. Мочиспускание свободное. Дно матки под мечевидным отростком, положение плода продольное, вторая позиция, предлежит головка, слегка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода справа ниже пупка, ясное, 120 в минуту. Схватки средней силы повторяются через 8-10 мин и продолжаются по 35-40 с. Во время схваток из половых путей появляются обильные кровяные выделения. Воды не отходили.

Диагноз? Тактика ведения?

Задача № 5.

Больная Р., 26 лет. Жалобы на кровяные выделения из половых путей. Анамнез: беременность 34 нед. Две предыдущие беременности закончились искусственным абортom в ранние сроки, без осложнений. Утром появились небольшие кровяные выделения из половых путей. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы розовые. Пульс 70 в минуту. АД 115/70 мм рт.ст. Окружность живота 86 см. Высота стояния дна матки над лоном 33 см. Положение плода продольное. Предлежащая головка находится над входом в малый таз. Выделения из половых путей кровяные, в небольшом количестве. При пальпации матка не напряжена, безболезненна. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 в минуту, слева ниже пупка. Родовой деятельности нет.

Диагноз? Тактика ведения?

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство: Национальное руководство // Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2014.-1200с.
2. Акушерство : учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 656 с.
3. Акушерство. Руководство к практическим занятиям : учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 728 с.
4. Акушерство : учебник / Э. К. Айламазян [и др.]. - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
5. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике.-СПб., 2002.
6. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе : учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова [и др.] / под ред. А. Л. Вёрткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 544 с.
7. Верткин А.Л. Скорая медицинская помощь. - М. : ГЭОТАР-Медиа, . - 2007. - 368 с.
8. Акушерство: Справочник калифорнийского университета. – М.: Практика, 1999.