

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

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

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

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	«Гострий» живіт в акушерстві (код курсу 17.1)
Курс	ІІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 12 години.

I. Мета заняття

“Гострий живіт” являє собою загальне поняття, яке включає в себе захворювання, що характеризуються гострим початком у вигляді болю в животі, симптомами подразнення очеревини і напруженням м’язів передньої черевної стінки.

У акушерській практиці причини виникнення “гострого живота” об’єднують в 3 групи. В першу групу входять внутрішньочеревні кровотечі, які обумовлені травматичним ушкодженням матки ятрогенного чи кримінального походження. В другу – стани, пов’язані із порушенням живлення пухлин внутрішніх статевих органів – перекут ніжки пухлини яєчника та некроз фіброматозного вузла матки. В третю групу входять гострі гнійні запальні захворювання черевної порожнини (кишкова непрохідність, апендицит).

II. Об’єм повторної інформації

1. Визначення основних симптомів «гострого» живота .
2. Оцінка результатів спеціального гінекологічного обстеження.
3. Розміри внутрішньочеревної кровотечі (ступень геморагічного шоку).
4. Ознаки вагітності.
5. Анатомію малого тазу.
6. Техніка гінекологічних операцій.

III. Об’єм нової інформації

- Визначення термінів "Гострій живіт в акушерстві".
- Причини, що обумовлюють «гострій живіт».
- Фактори ризику внутрішньочеревної кровотечі.
- Патогенез порушення живлення пухлин жіночих органів.
- Класифікацію «гострого живота» в акушерстві.
- Клініку, діагностику, лікування різних формах внутрішньочеревних кровотеч.
- Лікарську тактику при «гострому животі».
- Визначення терміну ""Гострій живіт в акушерстві.".
- Методи обстеження жінок з "Гострим животом ".
- Тактику ведення жінок з "Гострій живіт в акушерстві ї" ..

IV. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Пологовий блок

Методичні і ілюстративні матеріали

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

V. Перелік практичних навичок та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Діагностувати різні клінічні форми гострого живота		+	
2.	Складати план та тактику при встановленню діагнозу гострого живота.		+	

3.	Призначити та оцінювати результати клініко-лабораторного обстеження при встановленні діагнозу гострого живота.		+	
4.	Вміти вести вагітність, пологи та післяпологовий період у жінок, які перенесли оперативні втручання з приводу гострої хірургічної патології		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Що являє собою поняття “гострий живіт”?
2. Групи яких захворювань являють собою причину “гострого живота”?
3. На підставі яких даних проводиться диференційна діагностика гострого пієліту вагітних та апендициту.
4. Які методи лікування “гострого живота” у вагітної?
5. Що таке “анатомічна”, а що – “хірургічна” ніжка пухлини яєчника?
6. У чому є особливість оперативного втручання при перекруті ніжки кісти яєчника у вагітної?
7. На підставі яких даних ставиться діагноз некрозу фіброматозного вузла?
8. Які оперативні втручання проводять при некрозі фіброматозного вузла у вагітної?

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

- Діагностувати різні клінічні форми гострого живота .
- Складати план та тактику при встановленню діагнозу гострого живота.
- Призначати та оцінювати результати клініко-лабораторне обстеження при гострому животі.
- Діагностувати у вагітних гострі хірургічні захворювання.
- Знати особливості їх перебігу під час вагітності.
- Знати особливості перебігу вагітності і пологів при гострій хірургічній патології.
- Вміти вести вагітність, пологи та післяпологовий період у жінок, які перенесли оперативні втручання з приводу гострої хірургічної патології.

Тестові завдання

1. Хвора , 23 років, доставлена ургентно зі скаргами на біль внизу живота, більше зправа, з іррадіацією в пряму кишку, запаморочення. Вищезазначені скарги з’явилися раптово вночі. Остання менструація 2 тижні тому. Об’єктивно: шкіряні покрови бліді, пульс - 92 в1 хв., t- 36,6С, артеріальний тиск 100/60 мм рт. ст. Живіт дещо напружений, незначно болісний в нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини слабопозитивні. Гемоглобін 98 г/л.

Який діагноз?

- А. Апоплексія яєчника.
- В. Гострий апендицит.
- С. Кишкова непрохідність
- Д. Позаматкова вагітність.
- Е. Ниркова коліка.

2. Жінка 29 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с жалобами на схваткообразные боли в животе, головокружение, слабость. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 108 в 1 мин, ритмичный. Последняя менструация 1,5 мес назад, температура тела 37,20С. Гинекологом при осмотре заподозрена внематочная беременность. Какое исследование необходимо произвести для уточнения диагноза?

- A. Пункцию брюшной полости через задний свод влагалища
- B. Лапаротомия
- C. Метросальпингография
- D. Диагностическое выскабливание стенок полости матки.
- E. Тесты функциональной диагностики.

3. Жінка 22-х років госпіталізована до гінекологічного відділення зі скаргами на біль в низу живота, підвищення температури до 39,5°C. Об'єктивно: ЧСС- 108/хв., АТ- 120/80 мм рт.ст., живіт помірно здутий, різко болючий в гіпогастральній області. Симптом Щоткіна позитивний у гіпогастральній області. Піхвове обстеження: матка та додатки не пальпуються внаслідок напруження передньої черевної стінки, заднє склепіння піхви нависає, різко болюче. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Пельвіоперитоніт
- B. Гострий аднексит
- C. Гострий ендометрит
- D. Позаматкова вагітність
- E. Апоплексія яєчника

4. Жінка 26 років доставлена у приймальне відділення із скаргами на раптовий біль в нижній частині живота, слабкість, втрату свідомості вдома. Попередньої менструації не було. Нв - 106г/л, пульс - 120 за хв., АТ - 80/50 мм рт.ст. Болісність та симптоми подразнення очеревини в низу справа. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Порушена трубна вагітність
- B. Гострий апендицит
- C. Правосторонній гострий аднексит
- D. Перекрут ніжки яєчника
- E. Апоплексія яєчника

5. Породілля 30 років на 4 день після операції кесарського розтину в зв'язку з передлежанням плаценти скаржиться на загальну слабкість, періодичні підвищення температури тіла до 39 С, лихоманку, вздуття живота, затримку газів та дефікації. Бліда, пульс - 120/хв, м'який. Живіт здутий, болючий на всьому протязі, відмічається позитивний симптом Щоткіна, перистальтика відсутня. Дно матки на рівні пупка, матка болюча, тістовидної консистенції. Виділення з піхви гноєвидні. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Перитоніт
- B. Параметрит
- C. Ендометри
- D. Метротромбофлебіт
- E. Непрохідність кишківника

Ситуаційні задачі

1. Хвора 24 років скаржиться на різкі болі в низу живота, більше справа, що виникли після фізичного напруження. Біль наростає.

Бімануально: матка щільна, безболісна, рухлива. Придатки зліва не визначаються, справа пальпуються пухлиноподібне утворення розмірами 7×8×6 см, еластичної консистенції,

рухливе, різко болюче при дослідженні. У загальному аналізі крові: Нb – 110 г/л; лейкоцити – $12,3 \times 10^9$ /л (паличкоядерних – 12%); ШОЕ – 38 мм/год. При УЗД: лівий яечник 3,5 x 2,8 см, у ділянці правого яечника візілізується ехопозитивне утворення 7,5x8,6 см. Після спостереження за хворою протягом 2 годин: лейкоцити – $18,8 \times 10^9$ /л (паличкоядерних – 16%); ШОЕ – 48 мм/год.

Про що свідчать отримані результати додаткових досліджень?

2. Хвора 42 років прийшла на профогляд. У лікаря-гінеколога не була на огляді 3 роки. Менструації приходять регулярно.

Бімануально: матка маленька, рухлива, безболісна. Придатки праворуч не визначаються, ліворуч – пухлиноподібне утворення еластичної консистенції, рухливе, болюче, розмірами 8x9x6 см.

Які лабораторні та інструментальні методи дослідження потрібно провести?

3. Хвора 36 років поступила у відділення зі скаргами на болі внизу живота, підвищення температури тіла, головний біль. Хвора знаходиться на обліку з приводу узлової фіброміоми матки. При останньому огляді 2 місяці тому величина матки дорівнювала 9-10 тижнів вагітності. Об'єктивно: температура тіла 38,4°C; пульс 118 за хв. аритмічний; язик чистий злегка сухуватий; живіт м'який, болючий в нижніх відділах. Над лоном визначається пухлиноподібне, різко болюче утворення. Симптом Щоткіна різко позитивний. Бімануально: матка збільшена до 12-13 тижнів вагітності. Справа - болючий вузол розмірами 4x5 см. Склепіння глибокі, придатки не визначаються.

Сформулюйте діагноз.

VII. Методичні матеріали до практичного заняття

Апендицит

При вагітності є сприятливі умови для виникнення гострого, загострення хронічного апендициту: зміщення сліпої кишки і апендикса вгору та вправо, збільшення рівня статевих і кортикостероїдних гормонів. В результаті виникають перегин апендикса, порушення його кровообігу, застій вмісту.

Клініка апендициту в I половині вагітності не відрізняється від класичної. В II половині вагітності характерна стерта клінічна картина гострого апендициту. Розрізняють:

1. Катаральний.
2. Флегмонозний.
3. Гангренозний.

Основні симптоми катарального апендициту: біль в епігастрії або по всьому животу, через 3-4 години, біль локалізується вище правої клубової ділянки; незначне напруження м'язів передньої черевної стінки; нудота іноді блювота, сухість в роті; підвищення температури тіла до 37,6-38°C; ознаки Щоткіна-Блюмберга, Сітковського, Ровзінга, та ін., які виявляють подразнення очеревини (у вагітних вони виражені менше ніж у невагітних.).

По мірі розвитку запального процесу наростають симптоми подразнення очеревини, захисне напруження м'язів черевної стінки в правій клубовій ділянці, що свідчить про розвиток флегмонозно-гангренозного апендициту та локального перитоніту.

Важливою діагностичною ознакою є наростання нейтрофільного лейкоцитозу , тахікардія більше 100-110 уд/хв., що виявляє деструктивні процеси в апендиксі.

Якщо сліпа кишка з апендиксом розташовані позаду від вагітної матки то симптоми подразнення відсутні, з'являється позитивний псоас – симптом.

Лікування у всіх випадках оперативне. В 1 половині вагітності – типова апендектомія за методикою Волковича-Дьяконова.

При апендициті з деструктивними змінами та в 2 половині вагітності – нижньосередина лапаротомія, апендектомія, огляд прямокишкового простору і задньої поверхні матки, туалет черевної порожнини, введення дренажу.

При недоношеній вагітності – терапія направлена на її збереження, при доношеній вагітності – пологи вести через природні пологові шляхи з використанням окситоцина, простагландинів. Кесарський розтин – тільки при передлежанні плаценти та відшаруванні нормально розташованої плаценти, тоді роблять ще екстирпацію матки з трубами.

Після швидкого пологорозрішення через природні пологові шляхи показана апендектомія, дренивання черевної порожнини, антибактеріальна та інфузійна терапія. У жінок з апендектомією в анамнезі внаслідок злукового процесу при вагітності можуть виникнути болі внизу живота, що викликає скорочення матки і передчасне переривання вагітності. В таких випадках назначають загальне УФО, яке знімає больовий синдром, сприяє роз'єднанню злуків.

Кишкова непрохідність

Розрізняють: динамічну та механічну. Критичні періоди для розвитку гострої кишкової непрохідності: вихід матки з порожнини малого тазу (12-16 тижнів вагітності); опускання голівки плода в кінці вагітності; зменшення об'єму матки після пологів з швидкою зміною внутрішньочеревного тиску.

Клініка: гострий раптовий переймоподібний біль в животі, разом з нудотою, блювотою, затримкою газів та стільця, погіршенням загального стану. Лікування – негайне оперативне втручання. Питання збереження вагітності вирішується індивідуально.

Гострий холецистит

Гострий холецистит або загострення хронічного процесу частіше виникає у жінок з порушенням обміну речовин. Велику роль в розвитку захворювання грає інфекція. До розвитку холециститу можуть призвести різні причини: гіпокінезія жовчних шляхів, морфологічні зміни в структурі термінального відділу загального жовчного протоку, зниження імунологічних факторів, гіперкоагуляція крові та інші.

Найбільш частими ускладненнями гострого холециститу є механічна жовтяниця і холангіт.

Діагностика захворювання пов'язана з труднощами, зумовленими змінами анатомо-топографічних взаємовідносин під час вагітності і зміною реакції вагітних на запальний процес.

Захворювання проявляється болями в правому підребер'ї з ірадіацією в праву лопатку, та плече. Іноді біль має тупий характер. Нудота і блювота не приносять полегшення хворій. Із анамнезу з'ясовують наявність холециститу, порушення дієти (жирні, гострі продукти). Загальний стан задовільний. При пальпації: болючість в ділянці жовчного міхура. Основні симптоми:

Симптом Ортнера: болючість при постукуванні ребром долоні по правій реберній дузі.

Симптом Мюсі: болючість при натисканні над дужкою в ділянці між ніжками грудинно-дужково-сосочкового м'язу.

Симптом Боаса: болючість при натисканні пальцем справа від VIII-X грудних хребців.

Симптом Кера: біль на вдосі при пальпації правого підребер'я.

При катаральному холециститі інтоксикація відсутня, температура субфібрильна, симптоми подразнення очеревини локальні (не завжди є), перистальтика активна. З боку

матки може бути підвищення її тонусу, серцебиття плоду не порушено. Якщо запальний процес прогресує, то стан жінки погіршується. Наростає інтоксикація, з'являється трясівниця, температура підвищується до 38°C, симптоми подразнення очеревини наростають. Діагноз виставляють разом з хірургом. Лабораторне обстеження: загальний аналіз крові і сечі (уробелін, жовчні пігменти), біохімія крові (білірубін, холестерин, глюкоза, трансфераза, електроліти).

Наявність камінців в жовчних шляхах приводить до виникнення холангіту, механічної жовтухи. Загальний стан хворої ще більше погіршується, біль наростає. З боку матки можуть бути нерегулярні скорочення. Наростає жовтяничне забарвлення склер, посилюється трясівниця, температура носить гектичний характер, печінка і селезінка збільшуються в розмірах. Наростає гіпербілірубінемія до 50-200 мМоль/л, гіперхолестеринемія, підвищується активність ЛФ, ГГТП, 5-НУК. Може далі підвищуватись АТ. Для діагностики використовують також УЗД.

Тактика ведення: термінова операція показана:

- при гострому холециститі з явищами розливного перитоніту;
- при гострому холециститі з холангітом, важкою формою панкреатиту, механічною жовтяницею, деструктивними змінами стінок жовчного міхура;
- при прогресуючому запальному процесі, не дивлячись на лікування.

Консервативне лікування: голод 24-48 годин; в/в вводять 5-10% розчин глюкози – 500,0, з інсуліном, 150-200 мл 0,25% розчину новокаїну, розчин Рінгера, лактосоль, гемодез, реополіглюкін. Вводять спазмолітики (НО-ШПА, платифілін, баралгін, нітрогліцерін). Антигістаміни (тавегіл, дімедрол, піпольфен). Призначають антибіотики. При значних болях – знеболюючі препарати.

Якщо лікування неефективне, то оперують в перші 2-3 доби. При ефективному лікуванні оперують через 3-4 тижні (в холодному періоді).

Пологоторозрішення краще проводити через природні пологові шляхи. Кесарський розтин – тільки по акушерським показам. У цих роділь частіше спостерігаються передчасні пологи, слабкість пологової діяльності, несвоєчасний вилив навколоплідних вод, гіпоксія плода, кровотечі, затримка розвитку плода.

Гострий панкреатит

Це важке поліетіологічне захворювання, яке характеризується запаленням і деструктивними змінами підшлункової залози. Під час вагітності протікає важко, смертність жінок складає 20-30%. Перинатальна смертність дітей складає – 38%. При вагітності іноді важко поставити діагноз. Хвороба починається гостро з значних болей у верхній половині живота, які носять опоясуючий характер. З'являється нудота, блювота, після якої легше не стає. Розвивається колапс. При огляді: іктеричність склер, слизових оболонок, на шкірі – крововиливи, "синяки" (навколо пупка і на боковій поверхні живота). При пальпації – значна болючість в епігастрії, підребер'ях. Часто підвищується температура.

Лікування: призначають голод, спазмолітики (платифілін 1,0 в/м, папаверин 2,0, но-шпа 2,0, баралгін 5,0 - 3-4 рази на добу). Інфузійну терапію починають з літичної сумші (атропін 1,0, промедол 2% - 1,0, дімедрол 1% - 1,0). В/в вводять 20-40 мл 0,5% новокаїну, глюкозу, розчин Рінгера, реополіглюкін, гемодез. Вводять інгібітори протеаз (трасілол, контрікал, гордокс). Призначають еуфілін 2,4% - 10,0 в/м, 2 рази на добу, вітаміни, кокарбоксілазу. Для профілактики гнійних ускладнень призначають антибіотики (ампіцилін, ампіокс, цефалоспорины). Показом до хірургічного лікування є гнійний панкреатит з деструкцією..

В гострій фазі захворювання переривають вагітність тільки по акушерським показам. При розвитку перитоніту і необхідності акушерської операції роблять спочатку кесарський

розтин (при цьому частіше видаляють матку. При консервативному лікуванні і панкреатиту і терміні вагітності більше 36 тижнів проводять допологову підготовку і дострокове пологорозрішення природнім шляхом. При загрозі переривання вагітності зберігаючи терапію не проводять. Розвивається гіпоксія плода. В третьому триместрі вагітності він гине в 38% випадків).

Хронічний панкреатит

Клінічна картина схожа з гострим панкреатитом, але менше виражена. Загострення захворювання у вагітних буває дуже рідким. При тривалості ремісії хронічного панкреатиту, відсутності ускладнень вагітність можна виношувати. В 28% випадків вагітність ускладнюється раннім токсикозом, який може тривати до 17-20 тижнів. Хронічний панкреатит суттєво не впливає на перебіг другої половини вагітності і на пологи.

Захворювання кишківника

Вагітність змінює функцію кишківника, хоча в меншій ступені, ніж функцію інших органів. У вагітних посилюється всмоктування заліза, збільшується реабсорбція води, іонів натрію, з'являються закрепи.

Хвороба Крона – хронічне гранульоматозне запалення тонкого кишківника, частіше його термінального відділу. Але можуть вражатись і інші ділянки, навіть вторинно лімфовузли, печінка, шкіра, суглоби. Причина захворювання не відома. Має значення інфекція і імунологічна сенсibiliзація організму. Захворювання носить прогресуючий характер, загострення змінюється ремісіями.

Основні скарги на болі в животі і діарею. Переймоподібна біль з'являється після їжі. Частота стільця залежить від локалізації запалення: при регіонарному ентериті стілець 2-4 рази на добу, при гранульоматозному коліті – 3-10 разів на добу. Кал м'який, сформований, але може бути і рідким, містить багато слизу. Постійна діарея і відсутність апетиту приводять до значного похудіння.

Ускладнення: злуковий процес, перехід на сусідні органи, утворення фістул, перфорація кишківника, утворення перианальних і параректальних нориць і абсцесів. Може бути стеноз кишківника, кишкові кровотечі, непрохідність, пухлиноподібні конгломерати, гіпохромна анемія, набряк ніг і черевної стінки, асцит.

Діагноз поставити важко. Використовують ректороманоскопію.

Вагітність погіршує перебіг захворювання у 80% випадках. Рецидиви частіше виникають в першому триместрі вагітності, після абортів, пологів. Хвороба Крона часто призводить до невиношування вагітності, хронічної гіпоксії плода, мертвонароджуваності. Вагітність у жінок з хворобою Крона допустима при наявності стійкої ремісії. Загострення захворювання є показом для переривання вагітності.

Лікування: дієта, багата вітамінами, білками, з обмеженням клітковини і тваринного жиру. Призначають сульфаніламідний препарат – сульфасалазін по 1 г 3 рази на день, 3 тижні, а потім по 0,5 г 4 рази на день, 1-2 місяці. Він не впливає на плід. У важких випадках призначають преднізолон по 20-30 мг на день. Рекомендують антианемічну терапію, вітаміни.

При перфоратії кишківника, кровотечах, непрохідності – термінове хірургічне втручання.

Неспецифічний виразковий коліт

Це хронічне некротизуюче запалення слизової оболонки прямої і товстої кишок неінфекційного походження.

Основні клінічні ознаки: діарея і болі в животі. Пронеси до 20 разів на добу, стілець рідкий, містить багато гною і крові. В період ремісії – сформований. Біль переймоподібний, після дефекації проходить. При важкій формі: анорексія, втрата ваги, лихоманка, анемія, дегідратація, гіпоальбумінемія, набряк ніг. В крові – нейтрофільний лейкоцитоз, підвищення ШОЕ.

Ускладнення: перфорація кишківника, геморой, випадіння прямої кишки, утворення нориць і абсцесів та інші.

Це захворювання не є протипоказом до вагітності. Під час вагітності рецидиви носять легкий характер, а після пологів може бути стійкий рецидив. Коліт, який виник після пологів, протікає дуже важко. Загострюється частіше в першому триместрі вагітності. На перебіг вагітності захворювання не впливає. Пологи ведуть в залежності від акушерської ситуації.

У вагітних з цим захворюванням часто виникають алергічні реакції, сверблячка.

Лікування: дієта збагачена білками, вітамінами.

VIII. Основна література для опрацювання

1. *Абрамченко В.В., Костючек Ф.Д., Хаджиєва Э.Д.* Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. – СПб.: СпецЛит, 2005. – 459с.
2. Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Хірургія» № 297 від 02.04.2010.– К., 2010.– 315 с.
3. Наказ №582 МОЗ України від 15.12.2003 р. „Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги". 2003.
4. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
5. Ситков А. И. Бактериальный сепсис // *Medicus amicus*. – 2002. - №6; 2003. – №1.
6. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
7. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010.-720 с.
8. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.
9. Акушерство /Э.К. Айламазян и др./Под ред. Э.К. Айламазяна.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200с.
10. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. - Н.Новгород. - Изд-во НГМА, 2005. - 64 с.