

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 № 10. від 10 січня 2017 року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
З ЛІКАРЯМИ КУРСАНТАМИ ЦИКЛУ ТЕМАТИЧНОГО  
УДОСКОНАЛЕННЯ**

**«Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	<b>«Гострий апендицит, захворювання жовчного міхура та підшлункової залози, кишкова непрохідність при вагітності»</b>  (код курсу 6.1)
Курс	ТУ «Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога»
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Кількість навчальних годин: 2 години.

### I. Мета заняття

Сучасні дослідження стану здоров'я вагітних свідчать, що патологія перебігу вагітності в 60-70% обумовлене схованою або хронічною екстрагенітальною патологією. Екстрагенітальні та супутні гінекологічні захворювання можуть впливати на вагітність, пологи, перинатальну захворюваність. У свою чергу вагітність і пологи нерідко обтяжують перебіг основного захворювання. У зв'язку із цим відомості про перебіг вагітності та пологів при різних захворюваннях дозволяють правильно вести вагітність, зберегти здоров'я жінки та одержати здорову дитину. У цей час завдяки впровадженню в медицину нових технологій, удосконалюванню лікарських препаратів показання до збереження вагітності при екстрагенітальній патології розширилися. Однак лікарський контроль за вагітною з тим або іншим захворюванням повинен проводитися особливо ретельно.

*Донести до курсантів наступні знання:*

1. Загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією.
2. Перебіг та ведення вагітності у жінок з гострим апендицитом.
3. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями печінки.
4. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями жовчного міхура.
5. Перебіг та ведення вагітності у жінок із захворюваннями органів травлення.

### II. Об'єм повторної інформації

1. Діагностика вагітності у ранні та пізні терміни.
2. Визначення припустимої маси плода.
3. Оцінка стану плода (аускультация, КТГ, БПП).
4. Механізми регуляції водно-електролітного, вуглеводного, білкового обмінів, кислотно-лужного стану.
5. Фізіологічні зміни при вагітності.
6. Клініка, діагностика і лікування захворювань ендокринної системи.

### III. Об'єм нової інформації

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
2. Особливості перебігу гострого апендициту під час вагітності.
3. Особливості перебігу гострого і хронічного холециститу під час вагітності.
4. Особливості перебігу холестатичного гепатозу.
5. Особливості перебігу гострої жирової дистрофії печінки.
6. Особливості перебігу вірусного гепатиту.
7. Особливості перебігу вагітності при цирозі печінки.
8. Особливості перебігу вагітності при гострій печінковій недостатності.
9. Особливості перебігу вагітності при гастритах.
10. Особливості перебігу вагітності при виразковій хворобі.
11. Особливості перебігу вагітності при панкреатитах (гострому і хронічному).
12. Особливості перебігу вагітності при кишкових захворюваннях
- 13.

### IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
-------	---------------	--------------------

1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування інтернів згідно теми по учбовим питанням.	25
3.	Опанування практичних навичок.	30
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	10
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

#### **V. Умови для проведення заняття**

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Пологова зала.
5. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.
6. Відділення анестезіології та реанімації.

#### **Методичні і ілюстративні матеріали**

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та післяпологового періоду.

#### **VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними**

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.		+	
2.	Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.		+	
3.	Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з захворюваннями ШКТ, їх вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.		+	
4.	Деонтологічно пояснити вагітній з екстрагенітальними захворюваннями про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.		+	
5.	Діагностувати у вагітних захворювання ШКТ; Знати особливості їх перебігу під час вагітності.		+	
6.	Вміти вести вагітність при захворюваннях ШКТ.		+	

#### **VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ**

- Перевірка базових знань за темою ( опитування, тестовий контроль).  
Самоконтроль лікаря-курсанта.  
Вирішення ситуаційних задач.  
Комп'ютерний контроль.

### **Контрольні запитання для оцінки вихідного рівня знань**

1. Які загальні принципи надання спеціалізованої допомоги вагітним з екстрагенітальною патологією?
2. Особливості перебігу гострого апендициту під час вагітності.
3. Особливості перебігу гострого і хронічного холециститу під час вагітності.
4. Особливості перебігу холестатичного гепатозу.
5. Особливості перебігу гострої жирової дистрофії печінки.
6. Особливості перебігу вірусного гепатиту.
7. Особливості перебігу вагітності при цирозі печінки.
8. Особливості перебігу вагітності при гострій печінковій недостатності.
9. Особливості перебігу вагітності при гастритах.
10. Особливості перебігу вагітності при виразковій хворобі.
11. Особливості перебігу вагітності при панкреатитах (гострому і хронічному).
12. Особливості перебігу вагітності при кишкових захворюваннях

### **Завдання для самостійної роботи .**

1. Призначити і провести комплексне обстеження вагітних з екстрагенітальною патологією.
2. Своєчасно виявляти протипоказання до виношування вагітності у жінок з екстрагенітальною патологією.
3. Передбачити відхилення перебігу вагітності та пологів у жінок з захворюваннями ШКТ, їх вплив на стан вагітної, плода і новонародженого.
4. Деонтологічно пояснити вагітній з екстрагенітальними захворюваннями про необхідність своєчасного обстеження і регулярного нагляду її в жіночій консультації, або в спеціалізованих закладах.
5. Діагностувати у вагітних захворювання ШКТ;
6. 6. Знати особливості їх перебігу під час вагітності;
7. Знати особливості перебігу вагітності і пологів при захворюваннях ШКТ;
8. Вміти вести вагітність при захворюваннях ШКТ.
9. Деонтологічно та обґрунтовано переконати вагітну з важкими екстрагенітальними захворюваннями у необхідності переривання вагітності за показаннями у будь-який термін вагітності.

### **Тестові завдання**

**1.**

До сімейного лікаря дільничної лікарні звернулась вагітна зі строком вагітності 8 тижнів. Скаржиться на підвищення температури тіла до 37,3С, макульозну висипку червоного кольору на шкірі живота, передній поверхні стегон. З анамнезу встановлено, що вагітна була в контакті з хворим на краснуху. Який прогноз для народження здорової дитини у цієї вагітної?

- A \* Несприятливий – необхідно перервати вагітність.
- B Сприятливий.
- C Сприятливий при введенні імуноглобуліну.
- D Сумнівний.
- E Сумнівний при високому титрі специфічних антитіл.

**2.**

При проникненні вірусу СНІДу від інфікованої вагітної до плода не спрацьовує функція плаценти:

- A. Бар'єрна
- B. Транспортна
- C. Трофічна

D. Метаболічна

E. Ендокринна

**3.**

У жінки з вагітністю в терміні 20 тижнів скарги на раптовий біль в епігастрії, що поступово змістився у праву здухвинну ділянку. При пальпації живота є симптоми подразнення очеревини. З приводу підозри на яке захворювання слід негайно госпіталізувати вагітну?

A. Апендицит

B. Холецистит

C. Панкреатит

D. Гостру кишкову непрохідність

E. Еклампсію

**4.**

До гінеколога на 20-у добу післяпологового періоду звернулась жінка зі скаргами на біль в лівій молочній залозі, гнійні виділення з соска. Об'єктивно: Рs- 120/хв., t- тіла 39<sup>0</sup> С. Ліва молочна залоза болюча, більша за праву, шкіра її гіперемована; у верхньому квадранті - інфільтрат 10x15 см із розм'якшенням всередині. В крові: ШЗЕ- 50 мм/год., лейкоц.- 15,0x10<sup>9</sup> /л. Якою буде тактика лікаря?

A \* Госпіталізувати до хірургічного відділення для оперативного лікування

B Направити до гінекологічного відділення

C Направити у післяпологове відділення

D Направити до хірурга поліклініки для консервативного лікування

E Розітнути абсцес молочної залози в жіночій консультації

### **Ситуаційні задачі :**

**1.**

На 15 добу після пологів до гінеколога звернулась жінка зі скаргами на болі в правій молочній залозі, підвищення t тіла до 38<sup>0</sup> С, слабкість. Об'єктивно: у верхньому квадранті правої молочної залози пальпується болючий інфільтрат 10 x 10 см, шкіра над ним гіперемійована, з соска – гнійні виділення. Діагноз?

**2.**

Вагітна 24 років надійшла під нагляд жіночої консультації в 8 тижнів вагітності. Скаржиться на слабкість, швидку втомлюваність, пітливість, кашель, підвищення температури тіла до 37,5<sup>0</sup>С. З 14 років страждає на інсулінозалежний цукровий діабет. Консультована терапевтом та фтизіатром, встановлено діагноз туберкульозу легень.

Якою повинна бути тактика лікаря?

**3.**

Вагітність 5, термін 38 тижнів, пологи 3. **Допологове** відходження навколоплодових вод. Безводний проміжок 40 год. Пологова діяльність відсутня. Підйом температури до 39,0<sup>0</sup>С. В загальному аналізі крові лейкоцитоз, зсув формули в ліво. Розпочато антибактеріальну терапію. З початком введення довенно розчину окситоцину, відмічається гіпертонус матки. Скарги на головну біль, акроціаноз, блювоту. Відмічається падіння АТ 80/50 мм.рт.ст., тахікардія., тахіпное.

Який діагноз?

## **VIII. Зміст навчального матеріалу**

### ***Апендицит у вагітних***

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

Клініка апендициту в 1 половині вагітності не відрізняється від класичної. В 2 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 37,6-38С; 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 пологорозршення через природні пологові шляхи показана апендектомія, дренажування 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 у вагітних*

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 у вагітних*

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

анатоמו-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 тону, 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).

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

### *Гострий панкреатит у вагітних*

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 (платіфілін 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, цефалоспорини). Показом до хірургічного лікування є гнійний панкреатит з диструкцією..

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 у вагітних*

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 у вагітних*

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, мертвонароджуванності. 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 перфорації кишківника, кровотечах, непрохідності – термінове хірургічне втручання.

### *Неспецифічний виразковий коліт у вагітних*

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, геморої, 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.

### **ІХ. Основна література для опрацювання**

1. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Мороз О.В. Неотложные состояния в акушерстве / Под ред. А.Н. Гайструка. – Винница, 2006. – 528 с.
2. Дикий О.М. Шок, термінальні стани, припинення кровообігу. – Полтава: АСМІ, 2003. – 288 с.
3. Зайнуліна М.С., Корнюшина Е.А., Степанян М.Л. и др. Тромбофилии в акушерской практике. – Спб.: Издательство Н-Л, 2005. – 46 с.
4. Колесниченко А.П., Грицан Г.В. Особенности этиопатогенеза, диагностики и интенсивной терапии ДВС-синдрома при критических состояниях в акушерско-гинекологической клинике / Методические рекомендации. – Красноярск, 2001. 29 с.
5. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.
6. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. – Київ: Тріумф, 2010. – 232 с.
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2010. – 720 с.
8. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2014. – 497 с.
9. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2013. – 840 с.
10. Сенчук А.Я., Венцовский Б.М. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии: Монография / А.Я.Сенчук, Б.М.Венцовский, Т.П.гарник и др. – К.: Маком, 2003.
11. 11. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги».