

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:	ДВЗ-синдром (код курсу 9.4.2)
Курс	ІІІ
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

Кількість навчальних годин: 4 години.

I. Мета заняття

1. Яке визначення поняття «ДВЗ – синдрому»?
2. Які фактори ризику розвитку ДВЗ- синдрому?
3. Яка класифікація ДВЗ- синдрому?
4. Який патогенез ДВЗ- синдрому?
5. Яка клініка ДВЗ- синдрому?
6. Які клінічні прояви ДВЗ- синдрому в залежності від стадії?
7. Яка діагностика ДВЗ- синдрому?
8. Які методи лікування ДВЗ- синдрому?
9. Які методи профілактики геморагічного шоку і ДВЗ- синдрому?

II. Об'єм повторної інформації

1. Фізіологія кровообігу.
2. Особливості васкуляризації вагітної матки.
3. Основні фази зсідання крові.
4. Визначення групової та індивідуальної сумісності крові.
5. Вплив вагітності та навколоплідних вод на систему згортання крові.
6. Вплив крововтрати на життєво важливі функції організму матері і плода.
7. Механізм регуляції гемодинаміки.
8. Зміни в різних органах та системах внаслідок масивної крововтрати.
9. Основні правила трансфузіології при масивних кровотечах.
10. Оцінка об'єму крововтрати.
11. Геморагічний шок.

III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття «ДВЗ-синдром».
2. Причини і фактори ризику розвитку ДВЗ-синдрому.
3. Патогенез ДВЗ-синдрому.
4. Класифікацію ДВЗ-синдрому за клінічним перебігом та стадіями.
5. Клінічні прояви ДВЗ-синдрому.
6. Заходи профілактики та лікування ДВЗ-синдрому.

IV. 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 від 24.03.2014 № 205 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та післяпологового періоду.

V. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити результати лабораторних досліджень, анамнезу вагітної для визначення факторів ризику розвитку ДВЗ-синдрому.		+	
2.	Оцінити результати гемостазіограми при ДВЗ-синдрому.		+	
3.	Провести оцінку функціонального стану системи гемостазу.		+	
4.	Визначити тактику ведення пологів при високому ризику розвитку ДВЗ-синдрому .		+	
5.	Визначити термін і тактику розродження при ризику ДВЗ-синдрому.		+	
6.	Визначити методи профілактики ДВЗ-синдрому в акушерстві.		+	

VI. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

- Яке визначення поняття «ДВЗ – синдрому»?
- Які фактори ризику розвитку ДВЗ- синдрому?
- Яка класифікація ДВЗ- синдрому?
- Який патогенез ДВЗ- синдрому?
- Яка клініка ДВЗ- синдрому?
- Які клінічні прояви ДВЗ- синдрому в залежності від стадії?
- Яка діагностика ДВЗ- синдрому?
- Які методи лікування ДВЗ- синдрому?
- Які методи профілактики геморагічного шоку і ДВЗ- синдрому?

Завдання для самостійної роботи .

1. Оцінити фактори ризику розвитку геморагічного шоку (за даними історії пологів).
2. Оцінити фактори ризику ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів).
3. Оцінити ступінь тяжкості геморагічного шоку (за даними історії пологів).
4. Оцінити об'єм крововтрати (за даними історії пологів).
5. Визначити послідовність лікування геморагічного шоку (за даними історії пологів).
6. Скласти план відновлення ОЦК (за даними історії пологів).
7. Визначити стадію ДВЗ-синдрому (на підставі наданих лабораторних аналізів).
8. Оцінити коагулограму.
9. Визначити послідовність лікування хронічної та гострої форми ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів).

Тестові завдання

1.

Жінці, 22 років, що оперована з приводу позаматкової вагітності з замісною метою в післяопераційному періоді периливалася еритроцитарна маса. Під час проведення гемотрансфузії в неї виникла різка слабкість, запоморочення, пропасниця, сильний біль за грудиною та в поперековій ділянці, одноразова блювота. Тахікардія до 110 за 1 хв. АТ знизився до 80/60 мм.рт.ст. Яке ймовірне ускладнення має місце?

- A** *Гемотрансфузійний шок
- B** Анафілактичний шок
- C** Гостра серцево-судинна недостатність
- D** Гостра ниркова недостатність
- E** Цитратний шок

2.

В гінекологічне відділення поступила вагітна зі скаргами на біль низом черева, незначні кров'яністі виділення із статевих шляхів протягом 3 годин. Остання менструація 3 місяці тому. При вагінальному дослідженні виявлено: тіло матки відповідає 10 тижням вагітності, зовнішнє вічко пропускає кінчик пальця, виділення кров'яністі незначні. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A** Міхуровий занесок.
- B** Викидень, що не відбувся.
- C** Викидень, що розпочався.
- D** Загроза самовільного викидня.
- E** Неповний викидень.

3.

У гінекологічне відділення каретою швидкої допомоги доставлена повторновагітна К. в терміні вагітності 8 тиж., 22р., зі скаргами на сильний переймоподібний біль низом черева та кров'яністі виділення із статевих шляхів, що з'явилися протягом 2 годин. З анамнезу: І-ша вагітність закінчилася мимовільним викиднем в 5-6 тиж., болі низом черева турбують кілька днів. Дані гінекологічного обстеження: шийка матки по центру, вкорочена до 1 см., зовнішнє вічко дещо відкрите, виділення кров'яністі значні. Попередній діагноз?

- A** Викидень, що розпочався
- B** Загроза мимовільного викидня.
- C** Викидень в ходу.
- D** Повний викидень
- E** Викидень, що не відбувся.

4.

На прийом до лікаря ЖК звернулася жінка зі скаргами на приступоподібний біль низом черева з іррадіацією в пряму кишку, що супроводжувався головокружінням. Затримка місячних 14 днів. Об'єктивно: блідість шкірних покривів і слизових оболонок, холодний піт, помірна тахікардія, АТ – 100/50 мм.рт.ст. Живіт напружений, болючий при пальпації справа. При вагінальному дослідженні: ціаноз слизової оболонки піхви та шийки матки, матка дещо збільшена в розмірах, мажучі кров'яністі виділення із статевих шляхів. Додатки зліва без особливостей, справа: пальпується болюче без чітких контурів утворення. При зміщенні матки до лона відмічається різкий біль. Який попередній діагноз?

- A** Позаматкова вагітність
- B** Правобічний аднексит, стадія загострення
- C** Апоплексія яєчника.
- D** Викидень, що розпочався.
- E** Апендицит.

5.

Породілля, 29 років, треті пологи за останні три роки. Маса дитини при народженні 4800. Стан жінки після народження дитини і посліду різко погіршується, наростають симптоми гемарагічного шоку, не дивлячись на введення скоротливих середників, хороше скорочення матки і відсутність травми шийки матки і піхви. Яка можлива причина кровотечі?

- A * Розрив матки
- B Атонія матки
- C Затримка додаткової дольки плаценти
- D Коагулопатія
- E Пошкодження шийки матки

Ситуаційні задачі :

1. Вагітна 26 років. Вагітність I, 12 тижнів. Скарги на тягучий біль в нижніх відділах живота. При вагінальному обстеженні: зовнішнє вічко шийки матки закрито, тіло матки збільшене до 12 тижнів, тонус матки підвищений, виділення слизові.

Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

2. В акушерський стаціонар надійшла жінка 24 років в терміні вагітності 18 тижнів з переймоподібними болями внизу живота, кров'янистими виділеннями зі статевих шляхів. При обстеженні: шийка матки вкорочена, пропускає 3 пальці, плідний міхур відсутній, палькується голівка плода, кров'яні виділення помірні.

Який ймовірний діагноз? Яка тактика ведення?

Пізній мимовільний аборт в ході в термін 18 тижнів вагітності. Після спонтанного вигнання плоду і плаценти показані кюретаж стінок порожнини матки та заходи для стабілізації гемодинаміки.

3. У пологове відділення поступила роділля, 28 років, з приводу кровотечі зі статевих шляхів, яке виникло з початком пологової діяльності 2 години тому. До моменту поступлення крововтрата склала 100 мл. Вагітність доношена. АТ - 120/80 мм рт.ст. Вагінальне дослідження: шийка матки згладжена, відкриття -6см. Спереду і зліва визначається м'яка губчаста тканина, плодовий міхур цілий. Передлежить голівка, рухома над входом в малий таз. Після дослідження кровотеча посилилась.

Який найбільш вірогідний діагноз?

4. У роділлі К. I пологи. В анамнезі перенесений метроендометрит після штучного аборт. Після народження дитини ознак відділення плаценти не було протягом 30 хвилин. Зроблено спробу ручного відділення плаценти: відшарувати її не вдалося. Після маніпуляції розпочалася кровотеча із статевих шляхів (400 мл). Стан жінки задовільний, Рз 96 уд./хв., задовільного наповнення, АТ 100/60 мм рт ст.

Який ймовірний діагноз? Яка найбільш правильна тактика лікаря?

5. У роділлі К. I пологи. В анамнезі перенесений метроендометрит після штучного аборт. Після народження дитини ознак відділення плаценти не

було протягом 30 хвилин. Зроблено спробу ручного відділення плаценти: відшарувати її не вдалося. Після маніпуляції розпочалася кровотеча із статевих шляхів (400 мл). Стан жінки задовільний, Рз 96 уд./хв., задовільного наповнення, АТ 100/60 мм рт ст.

Який

ІV. МЕТОДИЧНІ МАТЕРІАЛИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

СИНДРОМ ДИСЕМІНОВАНОГО ВНУТРІШНЬОСУДИННОГО ЗГОРТАННЯ КРОВІ В АКУШЕРСТВІ

Шифр МКХ-10 - D 65.

Дисеміноване внутрішньосудинне згортання (ДВЗ) крові – патологічний синдром, в основі якого лежить активація судинно-тромбоцитарного або коагуляційного гемостазу (зовнішнього або внутрішнього), внаслідок чого кров спочатку згортається у мікроциркуляторному руслі, блокує його фібрином та клітинними агрегатами, а при виснаженні потенціалу згортаючої і протизгортаючої систем, втрачає здатність до згортання, що проявляється профузною кровотечею та розвитком синдрому поліорганної недостатності.

1. Чинники ризику виникнення ДВЗ-синдрому в акушерстві:

- емболія навколоплодовими водами;
- шок (геморагічний, анафілактичний, септичний);
- відшарування плаценти;
- прееклампсія тяжкого ступеня;
- еклампсія;
- сепсис;
- септичний аборт;
- синдром масивної гемотрасфузії;
- трансфузія несумісної крові;
- внутрішньоутробна смерть плода;
- позаматкова вагітність;
- операція кесарів розтин;
- екстрагенітальні захворювання вагітної (вади серця, злоякісні новоутворення, цукровий діабет, тяжкі захворювання нирок та печінки).

2. Класифікація ДВЗ –синдрому:

За клінічним перебігом:

- гострий;
- підгострий;
- хронічний;
- рецидивуючий.

За клінічними стадіями перебігу:

- I - гіперкоагуляція;
- II - гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу;
- III - гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу;
- IV - повне незгортання крові.

3. Діагностика

Таблиця 1. Основні клініко-лабораторні ознаки стадій ДВЗ-синдрому.

Стадії ДВЗ- синдрому	Клініко – лабораторні прояви
I – гіперкоагуляція	Кров із матки згортається на 3-й хв. і швидше

	Згортання венозної крові нормальне Хронометрична гіперкоагуляція Етаноловий тест (ЕТ) (+) Гіперагрегація тромбоцитів АРАСНЕ II < 20 балів ГРДС I - II стадії
II – гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу	Кров із матки згортається уповільнено більше, ніж за 10 хв. Петехіальний тип кровоточивості Хронометрична гіперкоагуляція, згусток крихкий АРАСНЕ II 20 - 25 балів ГРДС II – IV стадія
III – гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу	Кров із матки не згортається Кров із вени згортається досить повільно, згусток швидко лізується Змішаний тип кровоточивості Хронометрична гіпокоагуляція АРАСНЕ II 25 - 30 балів ГРДС II – IV стадія
IV – повне незгортання крові.	Тотальна геморагія Кров із матки та вени не згортається Відсутність потенціальної гіперкоагуляції Виражена хронометрична гіпокоагуляція АРАСНЕ II > 30 балів ГРДС III – IV стадія

I стадія – гіперкоагуляція

У залежності від клініки та тяжкості перебігу основного захворювання у цій стадії ДВЗ-синдрому можуть спостерігатися клінічні ознаки гострого респіраторного дистрес-синдрому (ГРДС), починаючи від легких стадій і закінчуючи найтяжчими, при яких навіть застосуванням сучасних методів респіраторної підтримки не вдається забезпечити адекватний газообмін у легенях.

Наслідками гіперкоагуляції можуть бути:

- поява або прогресування фето-плацентарної недостатності;
- поглиблення тяжкості гестозу;
- зниження матково-плацентарного кровотоку, формування у плаценті зон інфаркту та підвищення вірогідності її відшарування;
- посилення анемії;
- розвиток дихальної недостатності за рахунок прогресування ГРДС;
- порушення гемодинаміки із розвитком симптомів централізації кровообігу;
- розвиток енцефалопатії.

Поява у крові активованих факторів тромбіну призводить до скорочення часу згортання (проба Лі-Уайта, активованого часу згортання крові (АЧЗК), активованого часткового тромбінового часу (АЧТЧ), тромбінового часу (ТЧ), активованого часу рекальцифікації (АЧР) (таблиця 2). **Виникнення кровотечі у цій стадії не пов'язане з порушеннями згортання крові.**

II стадія – гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу

У залежності від основної нозологічної форми захворювання клінічна картина, яка характерна для цієї стадії, може бути достатньо різноманітною.

Характерно: петехіальний тип кровоточивості, відстрочена за часом кровоточивість з місць ін'єкцій, післяопераційної рани та матки, що обумовлено початковими розладами у системі гемокоагуляції.

У цій стадії кров згортається швидко, але згусток дуже крихкий за рахунок великої кількості у ньому продуктів деградації фібрину (ПДФ), які мають антикоагулянтні властивості.

III стадія – гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу

У всіх хворих має місце петехіально-плямистий тип кровоточивості: екхімози, петехії на шкірі та слизових оболонках, кровотеча із місць ін'єкцій та утворення на їх місці гематом, тривала кровотеча із матки, післяопераційної рани, кровотеча в черевну порожнину та заочеревинний простір, що обумовлено порушеннями гемостазу. У результаті ішемії та порушення проникності капілярів стінок кишківника, шлунка розвивається шлунково-кишкова кровотеча. Кров, яка витікає, ще може утворювати згустки, але вони швидко лізуються.

З'являються ознаки синдрому поліорганної недостатності.

Розвивається тромбоцитопенія з тромбоцитопатією. Гіпокоагуляція виникає внаслідок блокування переходу фібриногену у фібрин великою кількістю продуктів деградації фібрину. Анемія пов'язана із внутрішньосудинним гемолізом.

IV стадія – повне незгортання крові.

Стан хворих вкрай тяжкий або термінальний за рахунок синдрому поліорганної недостатності: артеріальна гіпотензія, яка погано піддається корекції, критичні розлади дихання та газообміну, порушення свідомості до коматозного стану, оліго- або анурія на фоні масивної кровотечі.

Кровоточивість змішаного типу: профузна кровотеча із тканин, шлунково-кишкового тракту, трахеобронхіального дерева, макрогематурія.

4. Лабораторна діагностика.

Таблиця 2. Лабораторні критерії стадій ДВЗ-синдрому.

Стадії ДВЗ	Основні лабораторні показники						
	Час згортання крові за Лі-Уайтом, хв.	Спонтанний лізис згустку	АЧТЧ, с	Число тромбоцитів* 109/л	Протромбінний час, с	Тромбінний час, с	Фібриноген, г/л
I.	< 5 хв.	немає	< 30 с	175 - 425	< 10 с.	< 24 с.	> 5 г/л
II.	5 - 12хв.	немає	< 30 с	100 - 150	12 – 15 с	> 60 с.	1,5 – 3,0 г/л
III.	> 12 хв.	швидкий	60 – 80 с	50 - 100	15 – 18 с	> 100 с.	0,5 – 1,5 г/л
IV.	> 60хв.	згусток не утворюється	> 80 с	< 50	> 18 с.	> 180 с.	Не визначається або сліди
Норма	6 – 9 хв.	немає	30 – 40 с	150 – 300	11 – 12 с	16 – 20 с	2,0 – 4,5 г/л

Час згортання крові за Лі-Уайтом. У конічну суху пробірку набирають 1 мл крові і спостерігають за часом її згортання при температурі 37° С (С).

Активованний час згортання крові (АЧЗК). У пробірку з 12 – 16 мг коаліну вноситься 2 мл крові. В нормі АЧЗК становить 2 – 2,5 хв. Тест свідчить про гіпер- або гіпокоагуляційні зрушення і застосовується для контролю проведення гепаринотерапії (С).

Активованний частковий тромбінний час (АЧТЧ) (норма 25 – 40 с) – визначає дефіцит факторів внутрішнього механізму згортання, таких як XII, XI, IX, VIII, а також присутність у крові їх інгібітору (гепарину). У цих випадках спостерігається збільшення АЧТЧ. Скорочення АЧТЧ вказує на гіперкоагуляцію (В).

Тромбінний час (ТЧ) (норма 16 – 20 с.) – характеризує швидкість переходу фібриногену у фібрин. Збільшення ТЧ може бути обумовлено гіпофібриногенемією, дисфібронегенемією, підвищеним вмістом у плазмі ПДФ або присутністю прямих антикоагулянтів (В).

Протромбіновий час (ПТЧ) (норма 11–12 с.) визначає активність або дефіцит факторів протромбінового комплексу (V, VII, X, II) зовнішнього механізму коагуляції. Подовження протромбінового часу при нормальному тромбіновому часу вказує на пригнічення зовнішнього механізму згортання крові, тобто дефіцит V і II факторів (B).

Вміст фібриногену в плазмі (норма 2,0 – 4,5 г/л). Зниження фібриногену спостерігається при прогресуванні ДВЗ-синдрому, лікуванні фібринолітичними препаратами, або вродженій гіпо- і дисфібриногенемії (B).

Продукти деградації фібрину (норма менше 20 нг/л). Їх підвищення свідчить про прогресування внутрішньосудинного згортання і активацію фібринолізу (B).

Кількість тромбоцитів (норма 150 – 300 тис.* 10⁹ /л). Зменшення їх вмісту свідчить про виснаження тромбоцитарної ланки гемостазу і розвиток коагулопатії споживання (B).

5. Профілактика ДВЗ - синдрому.

Своєчасна оцінка крововтрати, адекватне відновлення ОЦК кристалоїдними і колоїдними розчинами. З колоїдних розчинів перевагу віддають препаратам желатини, за їх відсутності – похідним гідроксиетилкрохмалю (C). Не застосовують реополіглюкин та 5% альбумін (B).

Системно не використовують препарати, які підвищують коагуляційний потенціал крові (етамзилат, епсилон-амінокапронова кислота та ін.) (C).

Без суворих показань не застосовують препарати, які викликають тромбоцитопенію або порушують функцію тромбоцитів (гепарин, реополіглюкин, дипіридамо́л, напівсинтетичні пеніциліни) (C).

За показаннями хірургічне втручання виконують своєчасно і у повному обсязі (екстирпація матки) та в максимально короткі строки. При продовженні кровотечі – перев'язка внутрішньої клубової артерії.

6. Лікування.

1. **Лікування основного захворювання**, що спричинило розвиток ДВЗ-синдрому (хірургічне втручання, медикаментозна та інфузійна терапія).

2. Внутрішньовенне струминне введення 700 – 1000 мл підігрітої до 37° C **свіжозамороженої плазми**, яка містить антитромбін III. Якщо кровотеча не зупиняється – необхідно додаткове введення 1000 мл свіжозамороженої плазми. У наступну другу – третю добу свіжозаморожену плазму використовують у дозі 400 – 600 мл/добу (C). За можливості - введення антитромбіну III у дозі 100 ОД/кг кожні 3 години (B).

3. Враховуючи швидкість переходу стадії гіперкоагуляції у стадію гіпокоагуляції, відсутності можливості (у більшості випадків по причинах ургентної ситуації) чіткої лабораторної діагностики стадії ДВЗ-синдрому **від рутинного застосування гепарину слід відмовитися** (C).

4. Починаючи з II стадії показано введення **інгібіторів протеолізу**. Контрикал (або інші препарати у еквівалентних дозах) вводять у залежності від стадії ДВЗ-синдрому (див. табл. 3) шляхом краплинної внутрішньовенної інфузії за 1 – 2 години (C).

Рекомендовані дози інгібіторів протеолізу у залежності від фази ДВЗ- синдрому.

Препарати	Фази ДВЗ			
	I	II	III	IV
Тразилол, ОД	-	50000 - 100000	100000 - 300000	300000 – 500000
Контрикал, ОД	-	20000 - 60000	60000 - 100000	100000 – 300000
Гордокс, ОД	-	200000 - 600000	600000 - 1000000	1000000 - 4000000

5. **Відновлення факторів згортання крові** шляхом введення кріопреципітату плазми (200 ОД – II стадія, 400 ОД – III стадія, 600 ОД – IV стадія) (рівень C). За можливості, рекомендовано внутрішньовенне введення чоловічого рекомбінантного VIIa фактора (новосевен) – 60 – 90 мкг/кг (1 – 2 дози) (B).

6. **Тромбоконцентрат** використовують у разі зниження тромбоцитів менше $50 \cdot 10^9$ /л. Дозу тромбоконцентрату обирають у залежності від клінічної ситуації (В).

7. **Місцева зупинка кровотечі** із раньової поверхні проводиться у всіх випадках. Досягається різними методами та способами: коагуляцією, перев'язкою судин, тампонадою рани, застосуванням місцевих гемостатичних засобів.

8. Лікування синдрому поліорганної недостатності.

У крайніх невідкладних випадках (подальше прогресування гіпокоагуляції, кровотечі ($Hb < 60$ г/л, $Ht < 0,25$ л/л), тільки за життєвих показань у відповідності до рішенням консилиуму, згоди хворої або її родичів (за наявності умови) та у разі відсутності препаратів чи компонентів крові у медичній установі і на станції (пункті) переливання крові, можливо введення **теплої донорської крові** у половинній дозі від обсягу крововтрати (С).

VIII. 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. Зайнулина 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 фантомним 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» (синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в акушерстві).
12. В.М.Сидельникова, П.А.Кирющенко Гемостаз и беременность. – М., „Триада-Х”, 2004.
13. Акушерские кровотечения: пособие для врачей /М.А. Репина, Т.У.Кузьминых Д.О.С.Зайнулина и др. / Под ред. Э. К. Айламазяна, 2009. - 60 с.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Макаров О.Г.

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № __ від _____ 20__ року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.