# ВВЕДЕНИЕ

Дисфункциональные маточные кровотечения - это функциональные маточные кровотечения, возникшие не за счет структурных изменений матки, а в результате функциональных нарушений нейро-эндокринной регуляции работы половой системы женщины. (Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухина И.Б., 2009.).

Уже после развития этих функциональных нарушений со стороны матки возникают ответные нарушения ее структуры. (Савельева Г.М., Брусенко В.Г., 2006).

Дисфункциональные маточные кровотечения (ДМК) среди остальной патологии репродуктивной системы женщины встречаются очень часто - в 11,3 - 28,0 % всех гинекологических заболеваний (Дубоссарская З.М., 2005 г.).

Дисфункциональные маточные кровотечения существенно уменьшают уровень здоровья женщины, а значит, во-первых, ухудшают качество ее жизни и трудоспособность; во-вторых, приводят к гиперпластическим процессам маточной стенки, лежащим в основе опухолевой трансформации составляющих ее клеток (Коханевич Е.В., 2006 г.).

По данным (Коханевич Е.В., 2006 г.), дисфункциональные маточные кровотечения могут возникнуть в любом возрасте, но с различной частотой встречаемости. Принимая за 100% всю заболеваемость данной нозологической группы, на ювенильный возраст приходится около 30% случаев, на репродуктивный и климактерический период соответственно 20% и 50%.

У девочек и девушек до 18 лет этиологическим фактором, потенциальным этиологическим фактором дисфункциональных маточных кровотечений большинство исследователей считают незрелость и связанную с этим лабильность центральных и периферических механизмов регуляции половой системы.

Причиной маточных кровотечений у женщин детородного возраста чаще всего являются нарушения гипоталамо-гипофизарных механизмов с вовлечением в процесс периферических эндокринных желез женской половой сферы - яичников (Дубоссарская З.М., 2005 г.).

Хотя в официальном определении дисфункуциональных маточных кровотечений подчеркивается первичность именно функциональных расстройств, тем не менее, многие исследователи не исключают возможности того, что первоначальная гиперплазия эндометрия может выступать в качестве причины дальнейших нейро-эндокринных нарушений (Дубоссарская З.М., 2005 г.).

При доброкачественном течении заболевания отмечается большое разнообразие фрагментов патогенеза (Коханевич Е.В., 2006 г.).

Установлена причинно-следственная связь между структурой слизистой оболочки матки и качественным и количественным составом продукции эндокринных желез женской половой сферы, когда на состояние эндометрия влияет динамика изменения концентрации женских половых гормонов во внутренней среде организма. Выявлена зависимость интенсивности и продолжительности таких кровотечений от состояний свертывающей и противосвертывающей систем. Установлена патогенетическая значимость не только эндокринной, но и паракринной регуляции процессов пролиферации и дифференцировки клеточных сообществ эндометрия (Коханевич Е.В., 2006 г.).

Дисфункциональные маточные кровотечения у пожилых женщин, по результатам многочисленных исследований, связаны прежде всего с опухолевой трансформацией клеток слизистой оболочки матки, их повышенной пролиферативной активностью, инвазивным ростом, сопровождающимся деструкцией сосудистых стенок микрорусла эндометрия (Манухин И.Б., 2005 г.).

Также у женщин климактерического периода жизни установлена статистически достоверная связь между частотой встречаемости дисфункциональных маточных кровотечений и заболеваний сердечно-сосудистой системы. Среди последних прежде всего следует отметить ишемическую болезнь сердца и артериальную гипертонию, которые являются причинами смерти в 63% случаев у женщин рассматриваемой возрастной категории, тогда как у мужчин - в 53% (Кулаков В.И., 2001 г.).

Очевидно, что при дисфункциональных маточных кровотечениях нельзя ограничиваться только констатацией факта кровотечения и мерами по его остановке. Полноценная помощь заболевшей женщине заключается в выявлении причины расстройства, коррекции и профилактике вызвавших метроррагию нарушений.

Таким образом, в настоящее время проблема дисфункциональных маточных кровотечений остается актуальной и представляет интерес как для исследовательской и практической деятельности медицинских специалистов, так и для работников социально-экономической сферы современного общества.

Цель исследования: Разработать алгоритмы оказания фельдшерской помощи при дисфункциональных маточных кровотечениях на догоспитальном этапе.

В связи с поставленной целью, необходимо решить следующие задачи:

. Проанализировать литературные источники по вопросам этиологии, патогенеза, методов диагностики дисфункциональных маточных кровотечений.

. Изучить тактику оказания неотложной помощи при дисфункциональных маточных кровотечениях на догоспитальном этапе.

. Проанализировать действия фельдшера при оказании скорой и неотложной помощи пациенткам с дисфункциональными маточными кровотечениями.

Объект исследования - деятельность фельдшера в рамках оказания помощи при дисфункциональных маточных кровотечениях.

Методы исследования:

. Теоретический анализ специальной литературы (сравнительно-сопоставленный).

. Методы математической и статистической обработки данных.

Объект исследований:

Деятельность фельдшера при оказании неотложной помощи при дисфункциональных маточных кровотечениях.

Предмет исследований: карты вызова, оформленные фельдшером в процессе оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

# ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

## РАЗДЕЛ 1. ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

фельдшер помощь маточный кровотечение

Дисфункциональные маточные кровотечения - это маточные кровотечения, возникающие в результате нарушений нейро-эндокринной регуляции менструального цикла.

Особенностью данного определения является тот факт, нарушения структуры эндометрия не рассматриваются в качестве причин данной патологии.

В настоящее время многие специалисты не согласны с такой трактовкой, т.к. во многих случаях дисфункциональные маточные кровотечения возникают на фоне таких болезней половой сферы женщины, которые обязательно сопровождаются структурными изменениями (Савельева Г.М., Брусенко В.Г., 2004 г.). В качестве примера можно привести воспалительные или опухолевые заболевания женских половых органов, когда имеет место увеличение матки, одно- или двустороннее увеличение кистозно измененных яичников (Савельева Г.М., Брусенко В.Г., 2004 г.).

Для дисфункциональных маточных кровотечений характерна высокая частота встречаемости и вариабельность заболевших женщин по возрастной характеристике.

По данным Стародубова В.И., Калининской А.А., Шляфера С.И. (2007) г., 10-18% всех гинекологических заболеваний приходятся на долю описываемой патологии. У девочек регистрируется примерно одна треть случаев от этого количества, у женщин детородного возраста - 20%, в условиях менопаузы - 60%.

Манухин И.Б. и соавт. (2005 г.) объясняет это низкой резистентностью нейро-эндокринных регуляторных механизмов в этом возрасте, особенно в условиях влияния различных болезнетворных факторов.

К таким болезнетворным воздействиям можно отнести физические этиологические факторы, химические и биологические, а также психогенные и социальные. Авторы особенно подчеркивают роль микробной агресии и значение психо-эмоционального перенапряжения в этом возрасте. Также указывается на то, что максимально подвержен неблагоприятному воздействию окружающей среды именно гипоталамус, функцией которого является трансформация нервного сигнала в эндокринный с образованием рилизинг-факторов: либеринов и статинов, контролирующих биосинтез тропных гормонов гипофиза. Особенно важную роль это обстоятельство играет в ювенильном возрасте, когда подобные нарушения функций гипоталамуса приводят к особенно тяжелым и продолжительным маточным кровотечениям (Манухин И.Б. и соавт., 2005 г.).

У пожилых женщин в патогенезе дисфункциональных маточных кровотечений подчеркивается значение нарушений механизма обратной связи, когда теряется должная реакция гипоталамо-гипофизарной системы на концентрацию в крови женских половых гормонов, синтезированных в яичниках (Дубоссарская З.М., 2005 г.).

В детородном возрасте основная роль в возникновении данной формы патологии отводится воспалительным заболеваниям женской половой сферы, и отдельно подчеркивается значение такого заболевания как сальпингоофорит. Большинство исследователей считает, что в этом возрасте воздействия внешней среды на гипоталамо-гипофизарные центры менее результативны, а устойчивость (резистентность) достаточно высока (Дубоссарская З.М., 2005 г.).

При рассмотрении особенностей патогенеза дисфункциональных маточных кровотечений у женщин репродуктивной группы, исследователи делают вывод о том, что ведущая роль здесь принадлежит изменению реактивности рецепторных полей матки и яичников к гормональным сигналам. В свою очередь изменение реактивности рецепторов происходит из-за физико-химических нарушений в очаге воспаления: повышения осмотического и онкотического давления, гиперконцентрации протонов водорода, отека, изменения характера обмена веществ (Манухин И.Б. и соавт., 2005 г.).

Таким образом, в разных возрастных категориях существуют свои особенности патогенеза дисфункциональных маточных кровотечений. Реакция на внешние и внутренние воздействия также различна.

В целом, среди этиологических факторов дисфункциональных маточных кровотечений отмечают важную роль инфицирования, негативных психогенных стимулов, воздействия химических агентов (например, профессиональных вредностей).

Среди предрасполагающих факторов выделяют возраст, плохие условия проживания и труда, отягощенный анамнез.

Под отягощенным анамнезом понимают перенесенные острые и имеющиеся хронические заболевания, среди которых особо выделяют дисфункции периферических желез внутренней секреции, а именно щитовидной железы и надпочечников, болезни печени, острые вирусные и бактериальные инфекции, наличие хронических очагов (например, тонзиллит, пиелонефрит и т.п.), а также хронические воспалительные заболевания женских половых органов (Дубоссарская З.М., Манухин И.Б. и соавт., 2005 г.)

Подавляющее большинство исследователей считает, что все причины и способствующие условия способны нарушать нормальное функционирование гипоталамо-гипофизарной системы, механизма обратной связи, гормон-секретирующую функцию яичников и функции эндометрия, что и приводит к нарушениям менструального цикла, аменоррее и маточным кровотечениям (Дубоссарская З.М., Манухин И.Б. и соавт., 2005 г.).

На основании подробного анализа причин и условий возникновения дисфункциональных маточных кровотечений, формулируются принципы профилактики, в которых учитываются возрастные особенности, данные анамнеза, условия жизни и труда и прочие факторы. (Дубоссарская З.М., Манухин И.Б. и соавт., 2005 г.).

Важность такой профилактической работы не является преувеличением. Многие авторы приводят в качестве примеров случаи дисфункциональных маточных кровотечений, начавшихся в подростковом возрасте и сохранявшихся в течение всей жизни больных. Эти женщины практически всегда, возможно, с небольшими перерывами, вынуждены принимать гормональные препараты, периодически подвергаться диагностическим выскабливаниям матки. Среди них наиболее высокий процент развития онкологических заболеваний женских половых органов (Савельева Г.М., Брусенко В.Г., 2004 г.).

Исходя из сказанного выше, можно заключить, что эффективное радикальное лечение впервые возникших дисфункциональных маточных кровотечений является самым успешным средством профилактики рака тела матки, кроме того, сохраняет качество жизни и фертильность женщины. (Радзинский В.Е., 2003 г.).

Несмотря на многолетнюю историю изучения данного вопроса, до настоящего времени так и не создана единая классификация дисфункциональных маточных кровотечений. Все специалисты, работающие в этой области, пользуются обычным разделением всей массы случаев на 2 группы: ановуляторных и овуляторных маточные кровотечения.

Анговуляторные маточные кровотечения происходят в условиях остановки овариального цикла, овуляторные - без такой остановки. Считается, что удельный вес последних в гинекологии незначителен (Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. 2009 г.).

Ключевыми механизмами ановуляторных маточных кровотечений является или персистенция фолликулов, или их атрезия (Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. 2009 г.).

В патогенезе овуляторных расстройств лежит, во-первых, укорочением первой или второй фазы менструального цикла; во-вторых, удлинением фазы развития желтого тела.

Частота встречаемости ановуляторных и овуляторных кровотечений неравномерна. Большая часть случаев связана именно с персистенцией или атрезией фолликулов (Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухин И.Б., 2013 г.).

Персистенция - это отсутствие овуляции зрелого фолликула, который при этом продолжает синтезировать эстрогены.

В норме это явление (ановуляторный цикл) встречается приблизительно 1-2 раза в год в детородном возрасте; более часто у девочек, в климактерическом периоде, во время лактации. Судьба таких фолликулов следующая: после 7-10 суток персистенции, они подвергаются обратному развитию (Радзинский В.Е., 2003 г.).

## РАЗДЕЛ 2. ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Основными критериями при постановке дигноза дисфункционального маточного кровотечения являются, во-первых, динамика базальной температуры; во-вторых, определение симптома зрачка; в-третьих, результаты кольпоцитограммы. При обследовании женщины фиксируется сохраненная пролиферативная активность клеточных компараментов с торможением их секреторной способности (Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухин И.Б., 2013 г.).

Исследование базальной температуры будет иметь диагностическую значимость только в том случае, если оно проводится в течение 3-4 месяцев и результаты анализируются в динамике. На их основании делается вывод о наличии или отсутствии стойкой ановуляции. Коррекции требует только стойкая ановуляция в сочетании с кратковременной персистенцией фолликулов (Савельева Г.М., Брусенко В.Г., 2004 г.).

При дисфункциональных маточных кровотечениях отсутствует овуляция. Такая форма расстройств получила название ановуляторной и для нее существуют две основные причины, связанные с состоянием фолликулов: 1) персистенция; 2) атрезия.

Персистенция фолликулов заключается в том, что при достижении зрелости такой фолликул не вступает в дальнейшие стадии менструального цикла - не овулирует. Фолликул или фолликулы остаются на прежнем месте, но при этом продолжает синтезировать эстрогены, которые, являясь митогенными стимуляторами для эндометрия, вызывают его усиленную пролиферацию (гиперплазию), но не отторжение. Поэтому менструального кровотечения не наступает. Разрастание эндометрия продолжается 6-8 недель, после чего интенсивность образования эстрогенов уменьшается. Только после этого начинается реакция отторжения эндометрия и кровотечение, которое в силу объема разроссшегося эндометрия весьмя обильно и продолжительно (Савельева Г.М., Брусенко В.Г., 2004 г.).

Атрезия отличается от персистенции тем, что процесс дифференцировки фолликулов не завершен и фолликул подвергается обратному развитию, так и не достигнув полной зрелости. Незрелость фолликулов является причиной их функциональной несостоятельности и неспособности к синтезу и секреции эстрогенов в полном объеме. Однако, низкие концентрации эстрогенов также являются стимуляторами пролиферации эндометрия. Поэтому в таких случаях также сначала наблюдается аменоррея, а затем интенсивное отторжение эндометрия и длительное кровотечение. Только, в отличие от патологии на фоне персистенции фолликулов, процесс существенно растянут во времени. Продолжительность аменорреи и следующего за ней маточного кровотечения достигает нескольких месяцев (Радзинский В.Е., 2003 г.).

В патогенезе дисфункциональных маточных расстройств имеют значение не только стойкие гипоконцентрации эстрогенов. Также важную роль играют нарушения микроциркуляции в эндометрии, которые выражаются в ваходилатации микрососудов, снижении в них линейной скорости кровотока, ишемизации данного слоя маточной стенки и формировании в ней дефицита кислорода с некрозом отдельных участков. Результатом является прогрессирующее нарушение функций с нарастающим торможением секреторной активности слизистой и уменьшением сократительной способности маточной стенки. Таким образом, создаются условия для продолжительного и обильного кровотечения, приходящего на смену столь же длительной аменоррее (Дубоссарская З.М., 2005 г.).

Фрагменты патогенеза ановуляторного дисфункционального маточного кровотечения активируются на всех уровнях половой системы. В процесс вовлечены как центральные структуры (гипоталамус и гипофиз), так и местные (яичники и матка). Но, по данным большинства авторов, ведущая роль отводится во-первых, нарушениям со стороны гипоталамуса и гипофиза, а именно торможению образования и освобождения ЛГ; во-вторых, сбою работы механизма обратной связи, когда деятельность высших ненйро-эндокринных структур перестает контролироваться уровнем продукции периферических желез внутренней секреции в крови (Манухин И.Б. соавт., 2005 г., Коханевич Е.В., 2006 г).

Основные клинические проявления ановуляторных маточных кровотечений проистекают из механизма развития данной формы патологии. Задержка фазы овуляции приводит задержке наступления менструального кровотечения на продолжительный срок. Затем, после длительного перерыва начинается длительная стадия отторжения с выраженной кровопотерей, которая, в свою очередь, становится причиной анемизации и нарушения функций всех органов и систем.

Кровопотери маточного происхождения становятся причиной ишемии и гипоксии других органов, а, значит, могут осложниться полиорганной недостаточностью на организменном уровне. Поэтому, большое значение приобретает вопрос продолжительности и интенсивности таких кровотечений.

Дисфункциональное маточное кровотечение ановуляторного типа может продолжаться от 2 недель до нескольких месяцев (2-3 и больше). Установлено, что на фоне атрезии отторжение эндометрия длится дольше, чем в условиях персистенции фолликулов.

Другая зависимость отмечается для количества потерянной крови: выше при персистенции фолликулов и ниже для случаев с атрезией.

Хроническая постгеморрагическая анемия является ожидаемым последствием и осложнением дисфункциональных маточных кровотечений. У женщин на фоне кровопотерь развивается выраженный дефицит железа, уменьшение уровня эритроцитов и гемоглобина в крови (Коханевич Е.В., 2006 г.). К таким расстройствам присоединяются нарушения системы гемостаза с соответствующей симптоматикой.

Нарушения со стороны системы крови требуют специальной коррекции, однако, они полностью зависят от течения основного заболевания. Успешное лечение гинекологической проблемы восстанавливает эритропоэз и клеточный состав циркулирующей крови (Славянова И.К., 2010 г.).

Бесплодие при дисфункциональных маточных кровотечениях. Бесплодие одновременно является симптомом и следствием расстройств менструального цикла данного рода. Невозможность зачать ребенка отмечается как в стадию аменорреи, так и в фазу кровотечения (Савельева Г.М., 2006 г.).

Однако в репродуктивном периоде у женщин непосредственной причиной самих нейро-эндокринных расстройств, влекущих расстройства менструального цикла, являются воспалительные заболевания женских половых органов. Поэтому, утверждение, что именно дисфункциональное маточное кровотечение сопровождается бесплодием, несколько условно. Более точная формулировка выглядит следующим образом: невозможность зачатия - это следствие основной патологии, которая повлекла за собой как маточное кровотечение, так и бесплодие (Савельева Г.М., 2006 г.).

Кроме воспалительной патологии женских половых органов, причиной дисфункциональных маточных кровотечений является также миома матки. Гиперплазия эндометрия в этих случаях формируется за счет повышенного биосинтеза эстрогенов, характерного для данного заболевания.

При дисфункциональных маточных кровотечениях больные предъявляют жалобы на нарушения менструального цикла, которые выражаются в периодических задержках месячных и продолжительных кровотечениях из половых путей, следующих за этими задержками. В ряде случаев кровянистые выделения продолжаются непрерывно, без деления на периоды с кровотечением и без него. Все это является типичными симптомами данной нозологической формы (Радзинский В.Е., 2003 г.).

К дагностическим тестам, которые применяются в практической гинекологической деятельности следует отнести анализ динамики базальной температуры, определение симптома зрачка и КПИ.

Оценка динамики базальной температуры заключается в построении кривой по результатам определений показателя. При дисфункциональных маточных кровотечениях эта кривая имеет монофазный характер.

Симптом зрачка выражен до «+++» - «++++».

КПИ составляет 70-80% со значительным натяжением шеечной слизи (Радзинский В.Е., 2003 г.).

Наиболее важный диагностический и лечебный прием - выскабливание эндометрия. При выполнении процедуры достигается несколько целей. Среди них (Радзинский В.Е., 2003 г.):

v Диагностика дисфункционального маточного кровотечения.

v Остановка кровотечения.

v Выявление рака эндометрия.

(Радзинский В.Е., 2003 г.).

При микроскопии взятого биологического материала обнаруживают повышенную пролиферативную активность клеток слизистой оболочки эндометрия и отсутствие признаков их секреторной функции. В ряде случаев среди морфологически распознаваемых клеток препарата присутствуют атипичные клеточные компараменты, что является признаком опухолевой трансформации

Выскабливание эндометрия применяется только у женщин репродуктивного и климактерического возраста, но не используется для диагностики у пациенток до 18 лет (Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. 2009 г.).

В настоящее время информативным диагностическим тестом является биохимический анализ крови, при постановке которого определяется уровень тропных гормонов гипофиза и эстрогенов. Также в моче определяется уровень прегнандиола (Дубоссарская З.М., 2005 г.).

Дифференциальная диагностика дисфункциональных маточных кровотечений.

Маточные кровотечения как симптом характерны для многих заболеваний. Среди них (Кулаков В.И., 2006 г.):

v Заболевания системы крови.

v Дисфункция щитовидной железы и коры надпочечников.

v Органические заболевания половых органов.

Дифференциальная диагностика с указанными нозологическими группами и отдельные заболеваниями проводится с учетом возраста больной.

Заболевания крови часто осложняются кровотечениями, в том числе маточными. К таким заболеваниям относится болезнь Верльгофа (Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. 2009 г.). При этом заболевании резко снижено количество тромбоцитов в циркулирующей крови, поэтому в симптоматике преобладают явления, связанные с нарушением сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Характерны частые кровотечения из носа и десен, наличие мелких синяков и ушибов. В общем анализе крови присутствует тромбоцитопения.

Больные с диагностическими данными, свидетельствующими о заболевании системы крови подлежат обследованию, лечению и наблюдению у гематолога.

Еще одно заболевание терапевтического профиля, для которого характерны маточные кровотечения - вирусный гепатит А. при этой патологии имеет место нарушение гормонсинтетической функции печени в результате поражения печеночной паренхимы (Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. 2009 г.).

При дисфункциональных маточных кровотечениях необходимо исключить заболевания щитовидной железы и надпочечников. Функции этих желез внутренней секреции регулируются на уровне гипофиза и гипоталамуса. Поэтому, при центральном нарушении образования рилизинг-факторов и тропных гормонов возможно появление соответствующей симптоматики со стороны зависимых органов и систем органов (Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. 2009 г.).

С учетом возрастной характеристики пациенток, дифференциальную диагностику дисфункциональных маточных кровотечений необходимо проводить со следующими заболеваниями:

. У девочек и девушек до 18 лет - туберкулез половых органов, гранулезоклеточная опухоль яичников, рак шейки и тела матки.

. Репродуктивный возраст - беременность, осложнившаяся начинающимся абортом, абортом в ходу, неполным абортом, плацентарным полипом, пузырным заносом, хорионэпителиомой, миомой матки, особенно субмукозной, раком тела и шейки матки, полипами и эрозиями шейки матки.

. Климактерический период - рак тела и шейки матки, гранулезо- и мегаклеточные опухоли яичника, эрозии и полипы шейки матки (Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. 2009 г.).

Лечение дисфункциональных маточных кровотечений.

Планирование лечебных мероприятий, выбор медикаментозных средств и их назначение находится в компетенции врача.

Все лечебные мероприятия можно разделить на общие и местные.

Целями общего лечения является снятие психо-эмоционального перенапряжения, борьба с инфекцией и интоксикацией, восстановление объема циркулирующей крови.

Нормализация психо-эмоционального статуса необходимо для коррекции нейро-эндокринных регуляторных механизмов (Славянова И.К., 2010 г.).

Борьба с инфекцией и дезинтоксикационные мероприятия, а также восстановление объема циркулирующей крови направлены на оптимизацию функций органов и систем, в том числе и половой сферы.

Для восстановления объема циркулирующей крови применяют внутривенное капельное переливание крови и ее компонентов, а также плазмозамещающих жидкостей.

Назначают препараты железа и витамины.

Применяют физиотерапевтические процедуры, к которым относятся гальванический воротник по Щербаку, электростимуляция шейки матки (Савельева Г.М., Брусенко В.Г., 2004 г.).

Проводят исследование состояния свертывающих и противосвертывающих механизмов и делают необходимые корректирующие назначения.

Перечисленные общие мероприятия способны нормализовать менструальную функцию в самом начале заболевания без применения экзогенных гормональных препаратов и эффективны в половине случаев (Савельева Г.М., Брусенко В.Г., 2004 г., Славянова И.К., 2010 г.).

Для остановки кровотечения и восстановления овуляторных циклов или прекращения менструальной функции (в климактерическом возрасте) применяют симптоматическую терапию.

Рассматривается 2 ее варианта: 1) с использованием гормональных препаратов; 2) с применением контрактильных средств.

Второй вариант, предполагающий задействование таких лекарственных средств, как окситоцин, препараты спорыньи, кальция хлорид, не является оптимальным, т.к. стимуляция сократительной способности миометрия проводится в условиях гиперплазии слизистой оболочки. Кроме того, эти медикаменты не оказывают положительного влияния на менструальную функцию (Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. 2009 г.).

Оптимальные решением проблемы является гормональная терапия (Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухин И.Б., 2013 г.). Такая тактика обеспечивает как остановку дисфункционального маточного кровотечения, так и нормализацию менструального цикла.

В целях остановки кровотечения назначают большие дозы эстрогенов, прогестерон и синтетические прогестины. Их введение продолжается и после остановки кровотечения для поддержания достаточной концентрации в крови этих соединений и профилактики рецидива кровотечения (Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухин И.Б., 2013 г.).

Восстановление нейро-эндокринных механизмов регуляции и нормализацию функций яичников осуществляют за счет применения гонадотропинов, комбинированного применения эстрогенов и прогестерона, а также с помощью кломифена - препарата, стимулирующего продукцию ЛГ и вызывающего овуляцию (Радзинский В.Е., 2003 г.).

Задачами среднего медицинского персонала при лечении больных с дисфункциональными маточными кровотечениями является точное выполнение врачебных назначений, а также точный контроль состояния пациенток (Савельева Г.М., Сухих Г.Т., Манухин И.Б., 2013 г.).

# ГЛАВА 2. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

## РАЗДЕЛ 1. ХАРАКТЕРИСТИКА БАЗЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Подстанция № 7 скорой медицинской помощи Юго-Западного административного округа г. Москвы расположена по адресу: г. Москва, ул. Саморы Машела, д. 10. Подстанция работает ежедневно и круглосуточно.

Подстанция № 7 СМП Юго-Западного административного округа г. Москвы является основным структурным подразделением Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы, где размещены бригады скорой помощи и санитарный автотранспорт.

Работа станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы регламентирована пакетом нормативных документов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Приложение А).

Подстанции скорой медицинской помощи дислоцируются по всей территории города с учетом численности населения планировочных зон. При этом учитываются места массового скопления людей, потоки их передвижения, интенсивность движения транспорта по основным магистралям.

В настоящее время Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы насчитывает в своем составе 58 подстанций. В 1994 году для повышения качества оказания скорой и неотложной медицинской помощи населению в максимально короткие сроки были разработаны и внедрены принципы территориально-зонального метода обслуживания. Созданы Региональные объединения Станции, каждое из которых состоит из нескольких близко расположенных подстанций, одна из которых является головной.

Для исследования нами были использованы следующие материалы:

. Медицинская документация:

годовые отчеты о работе Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы;

карта вызова скорой медицинской помощи.

. Пакет нормативных документов, регламентирующих работу скорой медицинской помощи Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Приложение А).

В настоящее время персонал оперативного отдела ежесуточно принимает от 10 до 12,5 и более тысяч обращений, из них в 8-10 тыс. случаев на данные вызовы направляются бригады СМП.

В 2011 г. в оперативном отделе принято 3488201 обращений, в 2012 г. - 3735789 обращений, в 2013 г. - 3992130 (прирост за три года составил 20%) (диагр. 1).

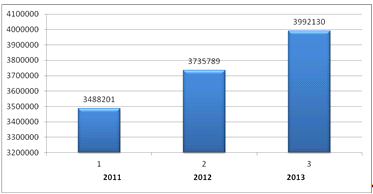


Диаграмма 1 - Динамика количества обращений в оперативный отдел за период с 2011 по 2013 гг.

Обращения в отдел акушерства и гинекологии составили за 2011, 2012, 2013 годы соответственно 296119, 304693 и 334982 раза (диагр. 2).

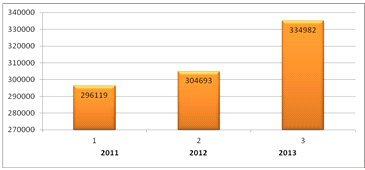


Диаграмма 2 - Динамика количества обращений акушерско-гинекологического профиля за период с 2011 по 2013 гг.

Среди обратившихся за экстренной акушерско-гинекологической помощью в 2011 году было 19% пациенток ювенильного возраста, 33% - репродуктивного и 52% в климактерическом периоде. За 2012 год среди обратившихся присутствовало 60938,6 лиц до 18 лет, 91407,9 женщин репродуктивного возраста и 152346,5 пациенток старше 50 лет. В 2013 году в соответствии с возрастной группой обратилось 66996,4, 100494,6 и 167491,0 женщин (диагр. 3).

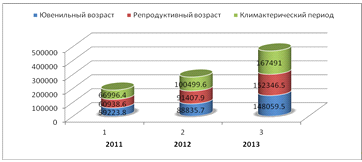


Диаграмма 3 - Возрастная характеристика женщин, обратившихся за экстренной акушерско-гинекологической помощью в 2011, 2012, 2013 гг.

Количество выездов бригад "03" в 2011 г. составило 2486107, в 2012 г. - 2647865, в 2013 г. - 2883197 (прирост составил 22%) (рис. ). Среднее время прибытия бригад на вызовы в 2011 г. составляло 32 мин., в 2012 г. - 20,5 мин., в 2013 г. - 18 мин. (уменьшение за три года на 44%) (диагр. 4).

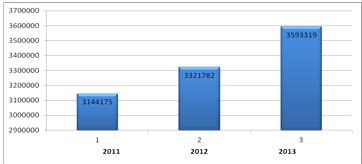


Диаграмма 4 - Динамика количества выездов по Станции за период с 2011 по 2013 гг.

На вызовы акушерско-гинекологического профиля в 2011 году было совершено 140224 выезда, в 2012 - 118,600, в 2013 - 163553 выездов (диагр.5).

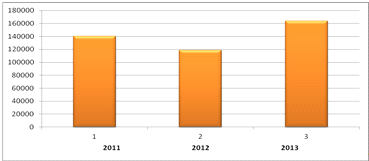


Диаграмма 5 - Динамика количества выездов по отделу акушерства и гинекологии за период с 2011 по 2013 гг.

Количество выездов по отделу акушерства и гинекологии было следующим: до 18 лет - 28044,8 (2011 г.), 29720,0 (2012 г.), 32710,6 (2013 г.); репродуктивный возраст - 42067,2 (2011 г.), 44580,0 (2012 г.), 49065,9 (2013 г.); климактерический период - 70112,0 (2011 г.), 74300,0 (2012 г.), 81776,5 (2013 г.) (диагр. 6).

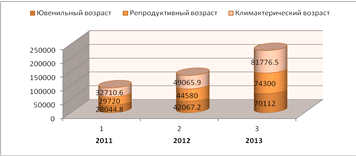


Диаграмма 6 - Динамика выездов по отделу акушерства и гинекологии в соответствии с возрастом

Направления на госпитализацию по Станции получило следующее количество пациентов: 1239153 человека в 2011 г., 1267106 и 1395756 человек в 2012 и 2013 гг. (диагр. 7).

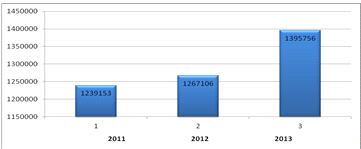


Диаграмма 7 - Динамика количества пациентов, направленных на госпитализацию по Станции в 2011 - 2013 гг.

По отделу акушерства и гинекологии в 2011, 2012 и 2013 гг на госпитализацию было направленно соответственно 56325,14, 57595,73 и 63443,45 пациенток (диагр. 8).

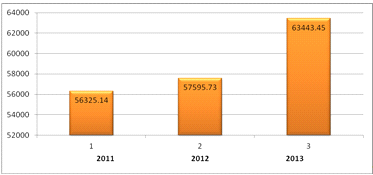


Диаграмма 8 - Количество пациентов, направленных на госпитализацию по отделу акушерства и гинекологии за период с 2011 по 2013 гг.

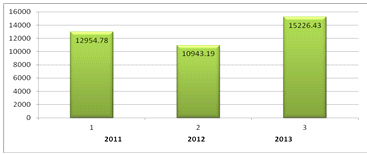


Диаграмма 9 - Количество пациентов, направленных на госпиталиацию с диагнозом «Дисфункциональные маточные кровотечения» за период с 2011 по 2013 гг.

С диагнозом «Дисфункциональные маточные кровотечения» на госпитализацию в 2011 году было направлено 12954,78 пациенток, в 2,012 г - 10943,19 женщин и в 2013 году - 15226,46 пациентки (диагр. 9).

Методика исследования.

В соответствии со стандартом медицинской помощи больным:

С нозологической формой «Дисфункциональные маточные кровотечения»;

Код по МКБ-10: Е28;

Фаза: острое состояние;

Стадия: первое обращение;

Осложнения: геморрагический шок;

Условия оказания: скорая медицинская помощь;

Проводились следующие диагностические мероприятия:

Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии;

Визуальное исследование в гинекологии;

Пальпация в гинекологии;

Измерение частоты дыхания;

Исследование пульса;

Измерение артериального давления на периферических артериях;

Исследование уровня общего гемоглобина в крови с помощью анализаторов.

Фельдшер помогает врачу в определении показателей частоты дыхания, пульса, артериального давления на периферических артериях, уровня общего гемоглобина в крови.

## РАЗДЕЛ 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА НА ВЫЗОВЕ У ПАЦИЕНТА С ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМ МАТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Время поступления вызова на пульт: 14.45.

Время прибытия бригады к пациенту: 14.15.

Повод для вызова: обострение хронического заболевания.

Вызов: первичный.

Место получения вызова бригадой скорой медицинской помощи: подстанция

Состав бригады скорой медицинской помощи: врач, один фельдшер, водитель.

Место вызов: квартира.

Наличие клиники опьянения: нет.

Анкетные данные пациента (измененные):

- Иванова

Ольга

Петровна.

Возраст - 26 лет

Семейное положение - вдова

Профессия - библиотекарь, трудовой стаж 5 лет

Жалобы: на кровотечение из половых путей, которое усилилось сегодня, постоянные, умеренные, тянущие боли внизу живота, нарушение менструального цикла.

Анамнез: Родилась в Московской области 20 марта 1991 года, 2-м ребенком. В детстве росла и развивалась нормально, от сверстников не отставала. Начала ходить с девяти месяцев. С 6-ти лет пошла в школу, училась хорошо. После ее окончания училась на библиотечном факультете института культуры. После чего работала 5 лет библиотекарем. Материально обеспечена, проживает в 3-х комнатной квартире с семьей из шести человек. Питание регулярное- 3 раза в день, полноценное, разнообразное.

Перенесенные заболевания: Детские инфекции. ОРВИ. В 1989 году переломы ног. В 13 лет перенесла острый пиелонефрит. В 2009 году перенесла обострение хронического сальпингоофорита. В 1910 году перенесла послеродовой эндометрит.

Вредные привычки: Не курит. Алкоголь не употребляет.

Аллергологический анамнез: Отмечает повышенную чувствительность к антибиотикам пенициллинового ряда.

Эпидемиологический анамнез: Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию и туберкулёз отрицает. Последние 6 месяцев кровь не переливалась, у стоматолога лечилась, за пределы города не выезжала и контакта с инфекционными больными не имела.

## Наследственность: Родители и ближайшие родственники здоровы. Муж погиб.

Акушерско-гинекологиченский анамнез: Первые месячные появились в 15 лет; установились сразу. Характер менструального цикла: 29-30 по 4-5 дней, менструации слабо болезненные, умеренные. Половую жизнь начала с 16 лет вне брака. Была в первом зарегистрированном браке, сейчас вдова. Взаимоотношения с родителями мужа удовлетворительные. Применяла механическую и биологическую контрацепцию. 7 месяцев не жила половой жизнью. Имела 2 беременности. Первая закончилась срочными родами. Послеродовой период осложнился эндометритом. Вторая беременность закончилась медицинским абортом по социальным показаниям. В 1991 году перенесла обострение хронического сальпингоофорита. Развитие заболевания связывает с сильным переохлаждением.

Течение данного заболевания: Считает себя больной с начала апреля этого года, когда в середине менструального цикла появились мажущие кровянистые выделения, продолжающиеся до очередной менструации (20-е апреля). Наступившая менструация была обильная и длительная. Беспокоили постоянные, умеренные, тянущие боли внизу живота. Обильные кровянистые выделения сохранялись до сегодняшнего дня. Сегодня утром (8 мая) их интенсивность увеличилась. Возникновение заболевания больная связывает с длительным стрессом (гибель мужа), длительным половым воздержанием и переохлаждением.

Объективные данные (по карте вызова).

Общее состояние удовлетворительное. - Поведение спокойное.

Сознание ясное. - Менингеаьные знаки: нет.

Зрачки: нормальные. - Нистагм: нет.

Реакция на свет: есть. - Кожные покровы бледные.

Акроцианоз: нет. - Мраморность: нет.

Отеки: нет. - Сыпь: нет.

Дыхание: везикулярное. - Хрипы: нет.

Одышка: нет.

Тоны сердца: ритмичные, ясные. - Шумы: нет.

Пульс: учащенный, ритмичный.

Язык: влажный, чистый. - Живот: мягкий, безболезненный.

Симптомы раздражения брюшины: нет. - Печень не увеличена.

Мочеиспускание: без особенностей. - Стул: без особенностей.

- Рабочее АД: 120/80 мм.рт.ст. - АД: 90/65 мм.рт.ст.

Пульс 102 ударов в минуту. - ЧСС 102 в минуту.

ЧД 17 в минуту. - Т 37,6 °C

Дополнительные объективные данные. Локальный статус (Status Genitalis): Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по

женскому типу. Область ануса и больших половых губ без видимых патологических изменений. Слизистая входа во влагалище обычного цвета, влажная, чистая. Тело матки нормальных размеров, мягкое, безболезненное, расположено по центру. Слева пальпируется увеличенный эластический яичник. Справа утолщенные, болезненные придатки. Своды влагалища глубокие, безболезненные.

Диагноз: Обострение хронического сальпингоофорита. Дисфункциональное маточное кровотечение.

Дифференциальный диагноз с обоснованием: Полученные данные (жалобы на постоянные, умеренные, тянущие боли в низу живота, на расстройство менструального цикла - метроррагию, перенесенные женщиной послеродовой эндометрит и обострение хронического сальпингоофорита, болезненность при пальпации гипогастральной области, мягкая матка, увеличенный эластический левый яичник и утолщенные, болезненные правые придатки, позволяют заподозрить обострение хронического сальпингоофорита. Воспаление придатков матки при хроническом течении заболевания чаще всего приходится дифференцировать от трубного аборта. Но при последнем имеется задержка менструаций на 3-5 недель. При аднексите задержки менструаций обычно не бывает, или же наблюдается расстройство менструального цикла. Обязательно выявление субъективных признаков беременности при трубном выкидыше, в то время как при воспалении придатков эти признаки отсутствуют. Наблюдаются различия и в болевом синдроме: при трубном выкидыше боли возникают остро, протекают в виде приступа, сопровождаются обморочными состояниями, при воспалении придатков боли развиваются постепенно, носят постоянный характер. Живот слегка вздут и напряжен, отмечается болезненность при глубокой пальпации на стороне внематочной беременности при трубном аборте. Болезненность отмечается при пальпации внизу живота, обычно с обеих сторон при аднексите. При трубном аборте матка несколько увеличена в размере, определяется увеличение маточной трубы тестоватой консистенции. При воспалении придатков матка нормальных размеров, иногда мягкая, определяется двустороннее (чаще) увеличение придатков матки. И, наконец, у женщины не было длительное время половых контактов, поэтому трубный аборт можно исключить. Иногда возникают трудности при дифференциации параметрального воспалительного инфильтрата от сальпингоофорита. Первый отличается от второго более плотной консистенцией; инфильтрат переходит на стенку малого таза, слизистая оболочка влагалища под инфильтратом неподвижна. Этих признаков у больной нет, значит параметральный инфильтрат также можно исключить.

Оказанная помощь:

Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему: Вазопрессорные средства: Допамин, в/в капельно, 10 мкг/кг/мин.

Средства, влияющие на кровь: Растворы и плазмозаменители: Декстроза 400,0 мл; Гидроксиэтил-крахмал 400,0.

Средства, влияющие на кровь: Средства, влияющие на систему свертывания крови: Этамзилат в/в 500 мг (1500 мг).

Диагноз: Обострение хронического сальпингоофорита. Дисфункциональное маточное кровотечение.

Код по МКБ-10: Е-28

Эффективность мероприятий при осложнении: Улучшение.

Оказанная помощь:

Диагностика:

- Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии;

Визуальное исследование в гинекологии;

Пальпация в гинекологии;

Измерение частоты дыхания;

Исследование пульса;

Измерение артериального давления на периферических артериях;

Исследование уровня общего гемоглобина в крови с помощью анализаторов.

Лечение. Лекарственные препараты:

- Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему: Вазопрессорные средства: Допамин, в/в капельно, 10 мкг/кг/мин.

Средства, влияющие на кровь: Растворы и плазмозаменители: Декстроза 400,0 мл; Гидроксиэтил-крахмал 400,0.

Средства, влияющие на кровь: Средства, влияющие на систему свертывания крови: Этамзилат в/в 500 мг (1500 мг).

Эффективность проведенных мероприятий:

АД 110/70 мм.р.ст. - ЧСС 84 в минуту

Пульс 84 ударов в минуту. - Т 37,1°C

ЧД 14 в минуту

Согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст. 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство с учетом риска возможных осложнений: Получено.

(Ф.И.О. больного (законного его представителя) (подпись)

(Ф.И.О., должность медицинского работника, (подпись)

предоставившего информацию и получившего

согласие на медицинское вмешательство)

Результат оказания скорой медицинской помощи: Улучшение.

Больной нуждается: В госпитализации

Способ доставки больного в автомобиль скорой медицинской помощи: перенесен на носилках.

Результат выезда: Выполненный выезд: оказана помощь, доставлен в больницу, время приема больного: "15" час. "15" мин

Диагноз приемного отделения: Обострение хронического сальпингоофорита. Дисфункциональное маточное кровотечение.

Километраж выезда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Примечания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач (фельдшер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Карта проверена (результат экспертной оценки): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Старший врач смены \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заведующий подстанцией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ВЫВОДЫ

1. Анализ литературных источников показал, что дисфункциональные маточные кровотечения являются частой гинекологической патологией, которая существенно снижает уровень здоровья и фертильность женщины, ухудшает ее качество жизни и трудоспособность.

Дисфункциональные маточные кровотечения могут возникнуть во все периоды жизни женщины: ювенильный (20%), репродуктивный (30%), климактерический (50%).

Пациентки с дисфункциональными маточными кровотечениями, обратившиеся за скорой и неотложной медицинской помощью, подлежат обязательной немедленной госпитализации.

Диагностика и выбор метода лечения являются функцией врача. Средний медицинский персонал может только осуществлять лечение по назначению и под контролем врача.

. Оказание скорой и неотложной помощи при дисфункциональных маточных кровотечениях на догоспитальном этапе основывается на строгом выполнении стандартов оказания скорой медицинской помощи больным с дисфункциональным маточным кровотечением (Код по МКБ-10: Е-28), где обозначен перечень диагностических и лечебных мероприятий

. Действия фельдшера при оказании скорой и неотложной помощи пациенткам с дисфункциональными маточными кровотечениями заключаются в помощи врачу и выполнении поставленных им задач: определении показателей частоты дыхания, пульса, артериального давления на периферических артериях, уровня общего гемоглобина в крови, введении назначенных лекарственных препаратов, контроле общего состояния, помощи при транспортировке.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для разработки алгоритма оказания фельдшерской помощи при дисфункциональных маточных кровотечениях на догоспитальном этапе цель исследования), задачи в дипломной работы были выполнены.

. При анализе литературных данных было установлено, что дисфункциональные маточные кровотечения возникают за счет функциональных нарушений нейроэндокринной регуляции женских половых функций с высокой частотой встречаемости (11,3 - 28,0 % всех гинекологических заболеваний) во всех возрастных группах. Основными причинами в детородном возрасте являются нарушения в системе «гипоталамус-гипофиз-яичники», до 18 лет - незрелость этой системы, в климактерическом периоде - опухолевый рост.

Дисфункциональные маточные кровотечения на догоспитальном этапе требуют скорой (неотложной) врачебной и фельдшерской помощи.

. Действия медицинского персонала бригады скорой и неотложной медицинской помощи регламентированы Стандартом оказания скорой помощи больным с дисфункциональными маточными кровотечениями (Код по МКБ-10: Е-28).

Диагностические мероприятия: сбор анамнеза и жалоб в гинекологии; визуальное исследование в гинекологии; пальпация в гинекологии; измерении частоты дыхания и артериального давления; исследовании пульса; и уровня общего гемоглобина в крови с помощью анализаторов.

Лечебные мероприятия: 1) средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему с вазопрессивным действием: Допамин, в/в капельно, 10 мкг/кг/мин; 2) средства, влияющие на кровь: плазмозаменителей (Декстроза 400,0 мл; Гидроксиэтил-крахмал 400,0) и гемостатиков (Этамзилат в/в 500 мг (1500 мг)).

Показана немедленная госпитализации, для которой осуществляется транспортировка больной в гинекологическое отделение.

3. Действия фельдшера заключаются в помощи врачу и четком выполнении поставленных им задач. Алгоритм действий:

· Определение частоты дыхания, пульса, артериального давления, уровня общего гемоглобина в крови.

· Введение назначенных лекарственных препаратов.

· Контроль общего состояния.

· Помощь при транспортировке.

Алгоритм действий в отсутствии врача:

· Немедленно вызвать врача.

· Уложить больную, из-под головы убрать подушку и подложить ее под ноги.

· На низ живота положить пузырь со льдом.

· Взять кровь для определения группы и резус-фактора.

· При значительной кровопотере сделать пункцию вены и настроить в/в введение 5% раствора глюкозы (или 0,89% NaCl, или плазмозаменителей - полиглюкина или реополиглюкина).

· Контроль общего состояния.

· Контроль количества кровянистых выделений, обеспечить возможность врачебной оценки кровопотери (пеленки не выбрасывать).

· При повреждении наружных половых органов (особенно клитора), наложить прижимающую повязку.

Таким образом, цель дипломной работы достигнута.

Рекомендации.

При оказании фельдшером скорой помощи больным с дисфункциональными маточными кровотечениями, помогая врачу или в его отсутствие, следовать алгоритму Стандарта оказания скорой помощи больным с патологией данного вида (Код по МКБ-10: Е-28).

Практическая значимость заключается в более глубоком понимании вопроса, использовании выводов и рекомендаций в будущей профессиональной деятельности.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

. Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и репродуктологии / Под ред. Е.В. Коханевич. М.: Триада X, 2006. - С. 346373.

. Гинекология. Национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. - ГЭОТАР-Медиа. - 2009. - 1088с.

. Гинекология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Акад. РАМН Г.М. Савельевой, акад. РАМН Г.Т. Сухих, проф. И.Б. Манухина. - м.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 704с.

. Гинекология: практикум: учеб. пособие для студентов мед. вузов / под ред. В.Е. Радзинского. - М.: Изд-во РУДН, 2003.

. Гинекология: учеб. для студентов / под ред. Г.М. Савельевой, В.Г. Брусенко. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004, 2006.

. Дубоссарская З.М. Теория и практика гинекологической эндокринологии / З.М. Дубоссарская. Днепропетровск: Лира ЛТД, 2005. -417с.

. Калининская А.А., Шляфер С.И., Дзугаев А.К. Объем и характер работы скорой медицинской помощи в Российской Федерации и пути ее реорганизации // Здравоохранение Российской Федерации. 2005. № 4. С. 38-

. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Вып.2 / гл. ред. В.И. Кулаков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

. Кулаков В.И. Оперативная гинекология. / В.И. Кулаков. М., 2001; с. 167-198.

. Манухин И.Б. Клинические лекции по гинекологической эндокринологии./ И.Б. Манухин, Л.Г. Тумилович, М.А. Геворкян- М: МИА, 2005. 240 с.

. О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году (по материалам Минздравсоцразвития России) // Здравоохранение. 2008. № 10. С. 15-31.

. Постановление Правительства Российской Федерации от 05.12.2008 г. № 913 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2009 год» // Здравоохранение. 2009. № 2. С. 151-162.

. Приказ Минздравсоцразвития России от 01.11.2004 г. № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» // Здравоохранение. 2005. № 2. С. 63-68.

. Савельева Г.М. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Г.М. Савельева. М.: МИА, 2006. - С. 518-526.

. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб. Пособие / И.К. Славянова. - 6-е изд., доп. и перераб. - Ростов н/Д: Феникс, 2010. - 395с. - ил. - (Медицина).

. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития: Монография. М.:ОАО «Издательство «Медицина», 2007. 264 с.

. http://www.minzdravsoc.ru

18. http://www.ends-russia.ru

. http://www.happydoctor.ru

20. http://ru.wikipedia.org

21. http://www.cardefence.ru on-the-road

. http://go.mail.ru

. http://www.ntv.ru

. http://www.newstube.ru

# ПРИЛОЖЕНИЯ

Нормативные документы, регламентирующие работу Станции скорой и неотложной помощи им. А.С. Пучкова г. Москвы

Приказы и инструкции государственного бюджетного учреждения здравоохранения станции скорой медицинской помощи в своей деятельности руководствуется:

Приказ МЗ и Социального Развития РФ от 15.12.2009 г. № 991 Н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанными множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком»;

ФЗ РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

ФЗ РФ от 12.04.2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»

ФЗ РФ от 31.12.2009 г. № 1148 «О порядке хранения наркотических средств и психотропных веществ»

ФЗ РФ от 25.11.2009 N 267-ФЗ «Об аварийно - спасательных службах и статусе спасателей» 103

ФЗ № 52 от 1.12. 2007 г. «О санитарно - эпидемиологическом благополучии населения»;

Приказ МЗ и Социального Развития РФ от 27.04.2011 г. № 357 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с ОНМК»;

Приказ № 100 от 26.03.1999г. «О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению РФ»;

Приказ № 179 от 01.11.2004г. «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи»;

Приказ МЗ и Социального Развития РФ от 27.03.2007г. № 18 «О введение в действие санитарных правил скорой помощи 1.1.1058-014»; - Приказ МЗ и социального развития РФ № 752 от 01.12.05 г. «Об оснащении санитарного автотранспорта» - Приказ № 245 от 30.08.91 г «О нормативах потребления этилового спирта для учреждений здравоохранения образования и соц. обеспечения».

Приказ № 90 от 4.05.2011 «Профилактика ВИЧ - инфекции» -регламентирующий действия медицинского персонала при получении микротравмы»;

Приказ № 36 от 28.01.2011 г. «О введении комплекса противогриппозных мероприятий»;

Приказ № 89 от 3.05. 2011 «О мероприятиях, проводимых врачом (фельдшером) при выявлении больного (трупа) с карантинными инфекциями и др. болезнями (ситуациями)»;

Приказ от 17.11.2010 г. № 1007н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям при хирургических заболеваниях»;

Приказ № 999 Н от 19.08.2009 г. «Об утверждении порядка плановой и неотложной медицинской помощи населению РФ при болезнях системы кровообращения кардиологического профиля»;

Приказ № 330 от 12.11.1997г. «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств»;

Приказ от 23 декабря 2005 г. № 999 «Об утверждении порядка создания нештатных аварийно - спасательных формирований»

Постановление от 3 августа 1996 г. № 924 «О силах и средствах единой государственной системы предупреждения и ликвидации, чрезвычайных ситуациях»

СанПин 2.1.3.2630-10 к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность, санитарно - эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами СанПиН 2.1.7.7.2790-10, Санитарными правилами 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».