

**С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ**



**КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
С.Д.АСФЕНДИЯРОВА**

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІКТІҢ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМНЕН КЕЙІНГІ НАУҚАСТАРДЫҢ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫ.БЕДЕУ НЕКЕ.

**Орындаған: Таджикулов С. Оспан А.
Қабылдаған: Л.Құмарбековна
Факультет: СТ-003-02**

ЖОСПАР

- Жатырдан тыс жүктілік
- Жатырдан тыс жүктіліктің себебі
- Жатырдан тыс жүктіліктің диагностикасы,емі.
- Жатырдан тыс жүктіліктен кейінгі реабилитация.

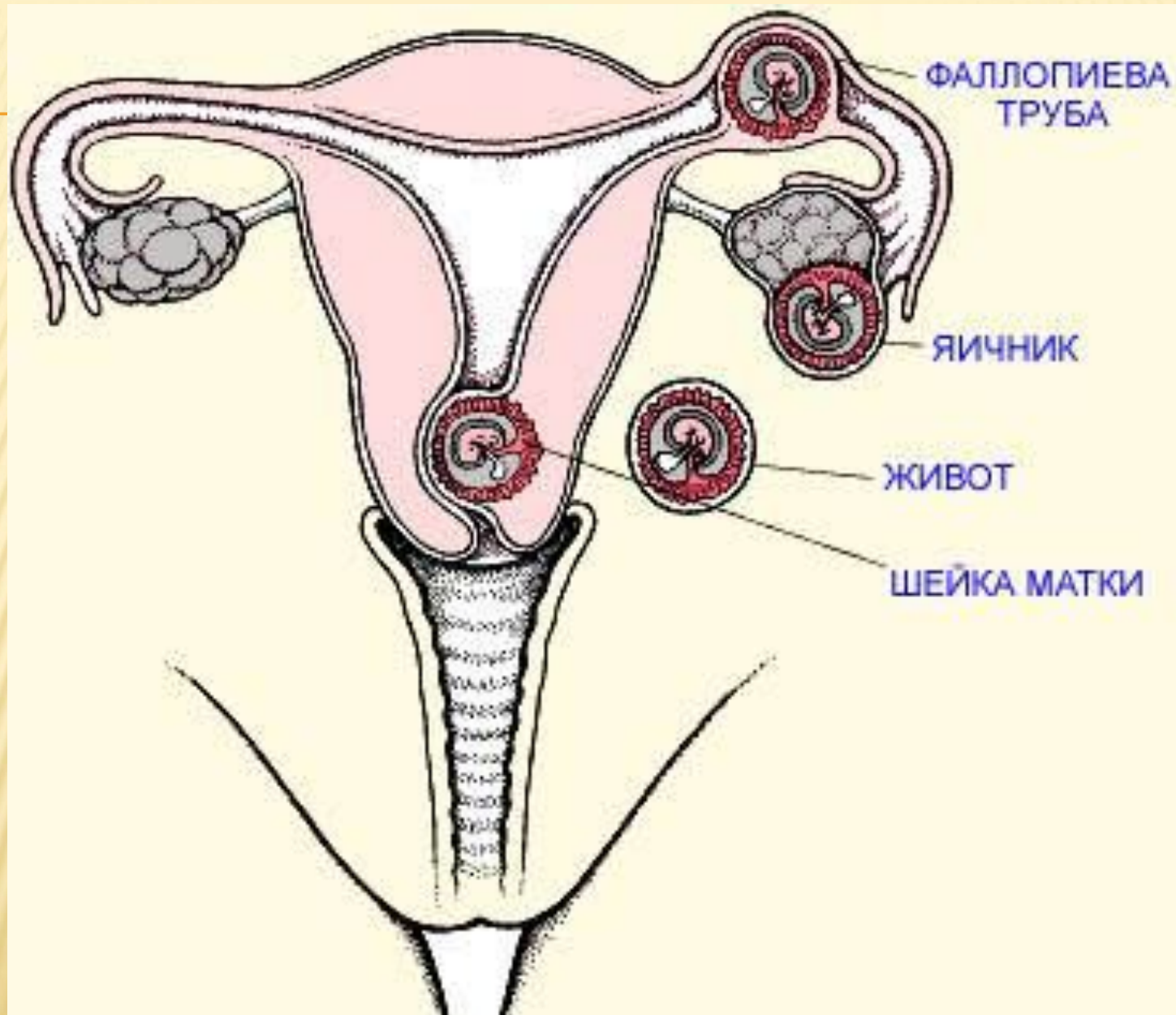
ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІК

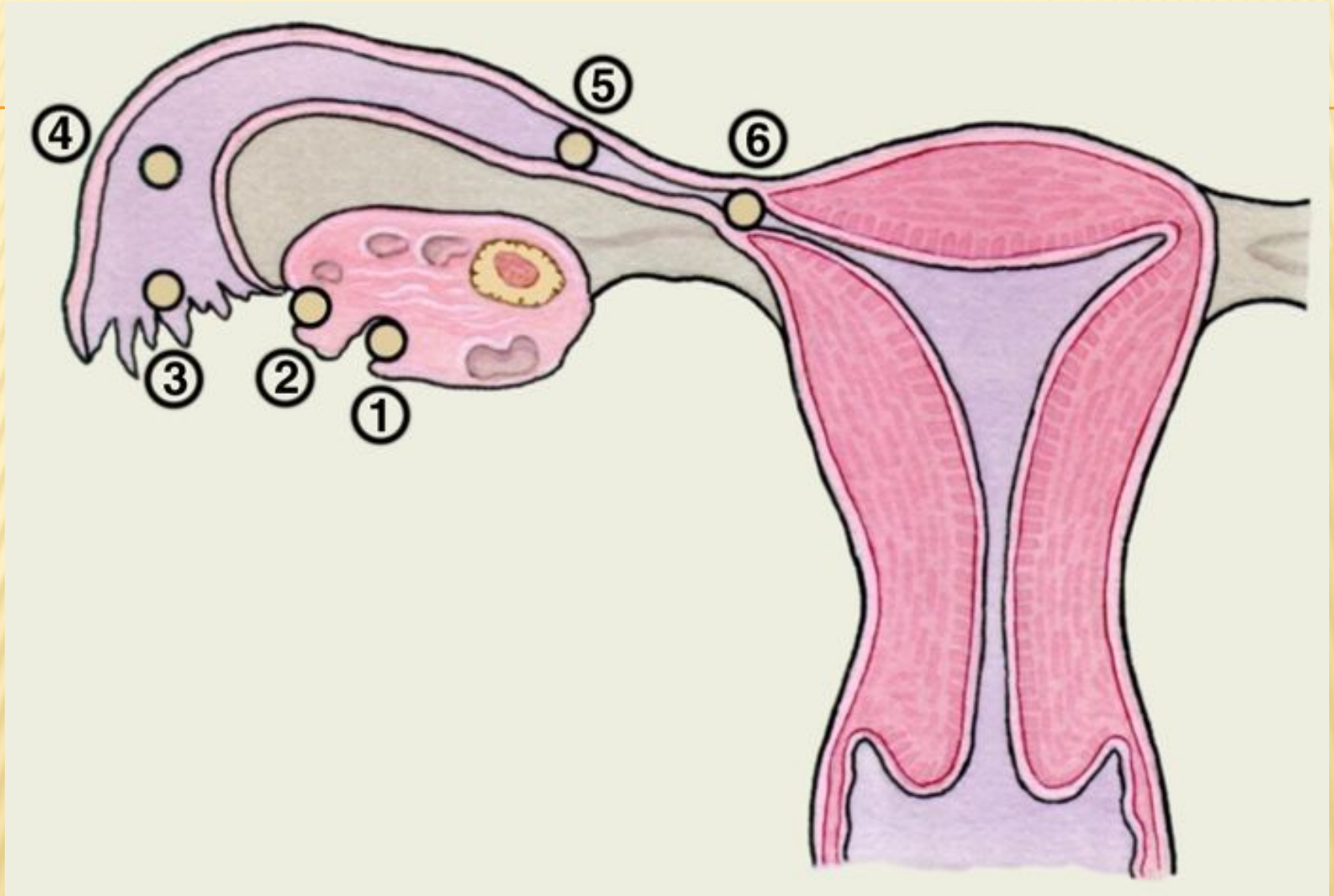
- Жатырдан тыс немесе жатырдың сыртындағы жүктілік—аналық ұрық жасушасы мен аталық ұрық жасушасының қосылып, олардан ұрықтанған жұмыртқаның әдеттегісінше жатырдың шырышты қабатына келіп түспей, аналық безде немесе жатыр түтігінде (фаллопий түтігі) қалып, сол жерде дамуы, яғни ұрықтың жатырдан тыс жерде дамуы.

КЛАССИФИКАЦИЯСЫ

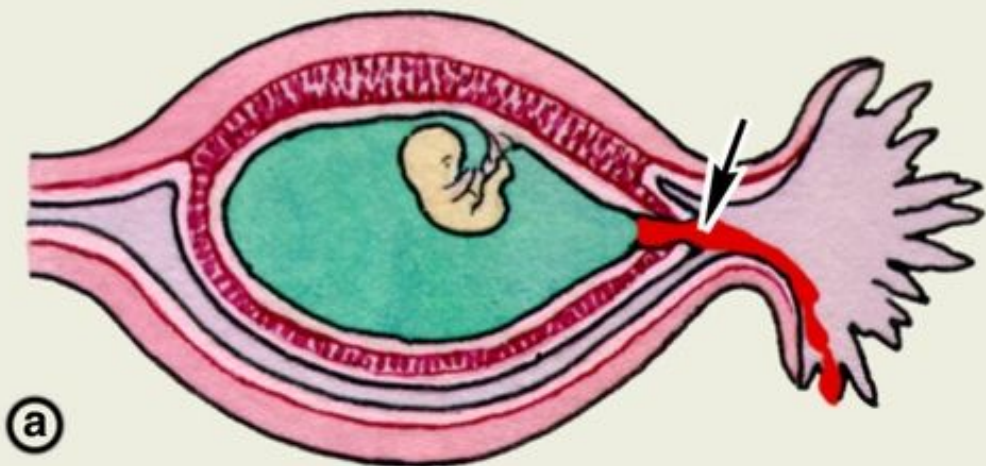
Орналасуына қарай:

- Түтіктік
 - Аналық бездік
 - Құрсақтық
 - Мойындық
-

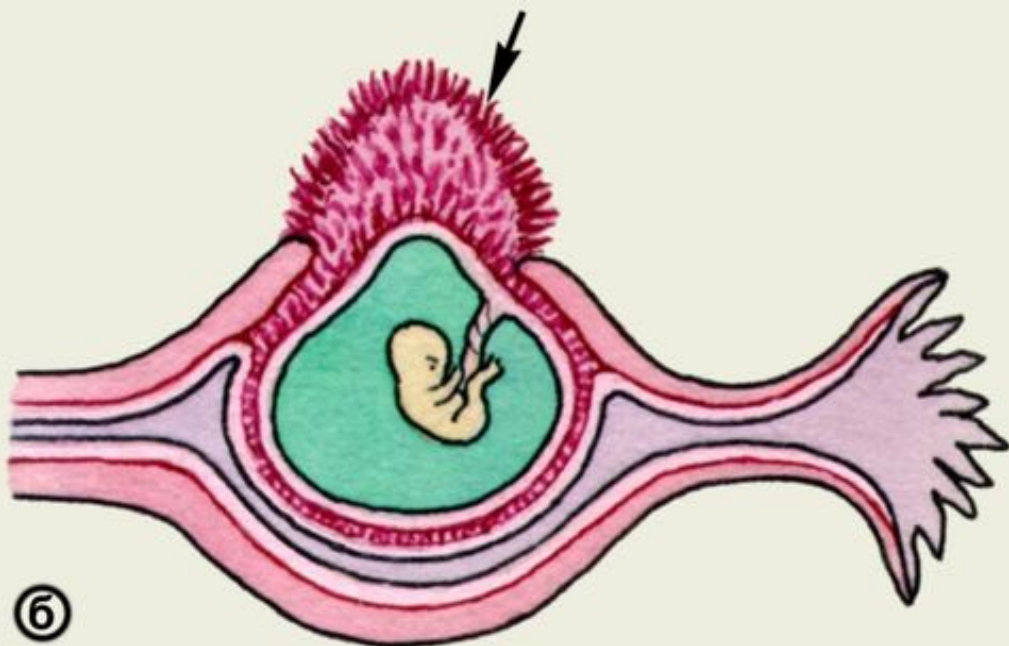




- 1-2-аналық безде, 3-4-ампулярлы бөлігінде, 5-6-түтіктің мойнында

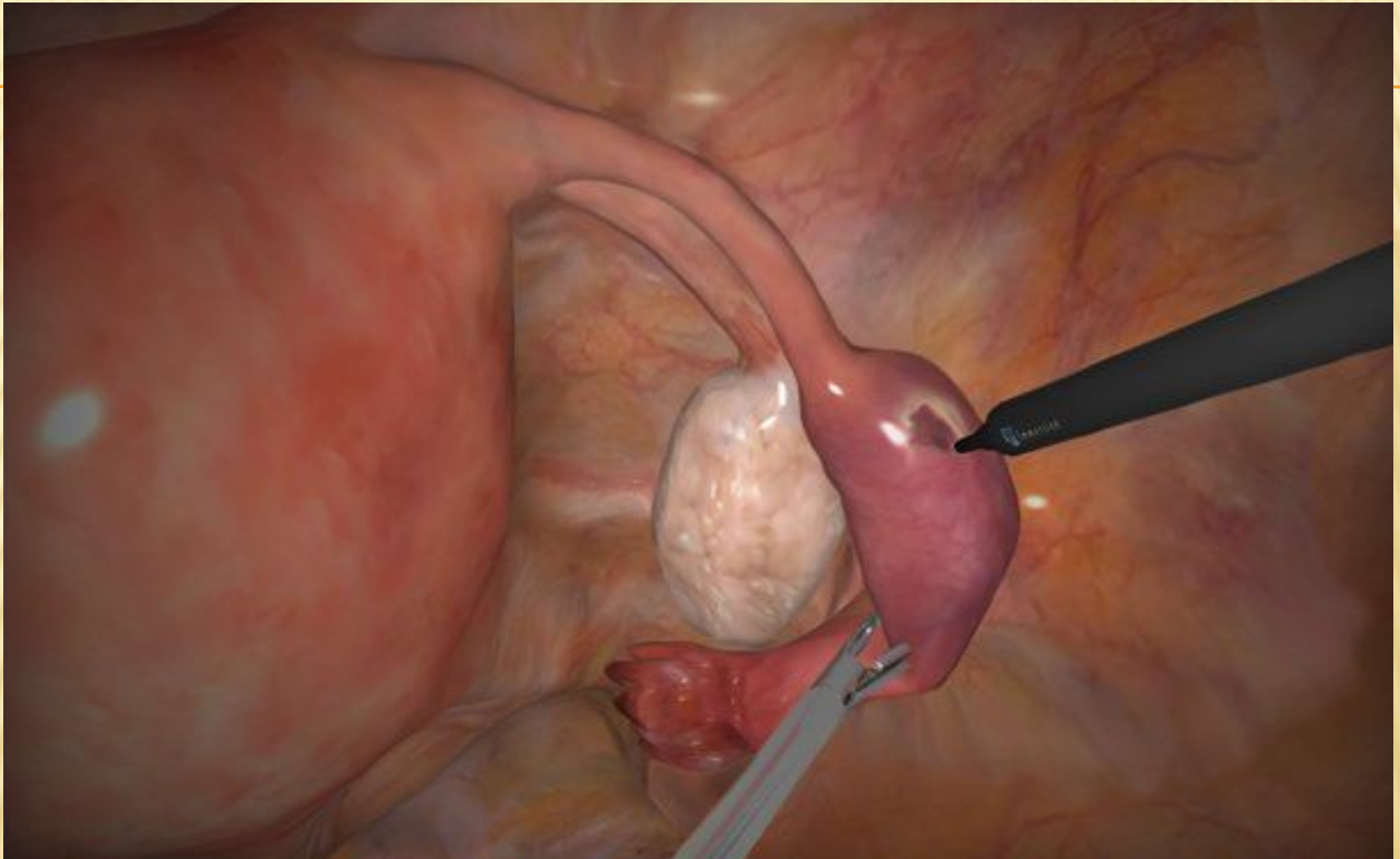


а



б

ЖАТЫР
ТҮТІГІНІҢ
АМПУЛЯРЛЫ
БӨЛІГІНДЕГІ
ЖҮКТІЛІК.



- Жатыр түтігінің мойнындағы жүктілік

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІКТІҢ ЭТИОЛОГИЯСЫ

- ✓ Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары
 - ✓ Жатыр түтігінде жасалған пластикалық операциялар
 - ✓ Жатыр мен жатыр қосалқыларының ісіктері
 - ✓ Эндометриоз
 - ✓ Жыныс инфантилизмі
 - ✓ Жыныс мүшелерінің даму ақаулары мен дұрыс емес орналасуы
 - ✓ Эндокринды аурулар
-

Жатырдан тыс жүктіліктің клиникасы

- Әдетте жатырдан тыс жүктілік кезінде ұрықтанған жұмыртқа жасушасы трофобастардың көмегімен децидуалды қабатты ерітіп оған енеді. Түтіктің кілегей қабатты бұзып, бұлшық етті қабатқа еніп, оның бүтіндігін бұзады.

Жатырдан тыс жүктілік кезінде қалыпты жатырлық жүктілікте сияқты әйел организімі өзгереді: Еттекірдің тоқтауы, уыздың пайда болуы, жүрек айну, тәбеттің бұрмалануы кездесді. Жатыр үлкейеді және жұмсарады. Бірақ өзіне тән белгілері бар: жатырлық жүктілік кезінде жатырдың көлемі жүктілік мерзіміне сәйкес келеді. жатырдан тыс жүктілік кезінде жатырдың үлкеюі болжаған уақытқа сәйкес келмейді. Жатыр қосалқыларының бір жағында ісік тәрізді құрлым анықталады, ол қамыр тәрізді консистенциялы және зерттегенде қозғалмайды. Кейде толғақ тәрізді аурсынулар болуы мүмкін. Температура субфибрилді болып, аздап ЭТЖ жоғарлауы болады.

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІКТІҢ СИМПТОМДАРЫ

- ЖТЖ алғашқы кезінде қалыпты дамыған, жүктіліктің алғашқы белгілері біліне бастайды.
- Жатырдан тыс жүктілік бар болса, уақыт өткізбестен мамандарға қаралып, оның зардаптарына қарсы тиісті шараларды қолдану керек.

ЖТЖ БАР ЕКЕНІН АНЫҚТАУ ҮШІН МЫНАДАЙ БЕЛГІЛЕРГЕ КӨЗ ЖЕТКІЗУ КЕРЕК:

- кезекті етеккірдің кешеуілдеуі (кейде бөлінетін қан аз болады);
- 6-10 аптадан кейін кіндік тұсында (жатыр түтіктеріне жақын маңда) шаншу пайда болады;
- толғаққа ұқсас аурулар сезіледі;
- қан қысымы төмендеп, құлап қалуы мүмкін;
- кейін әйелдің жыныс мүшесінен қызыл-қоңыр түстес сұйықтық бөлінеді: ол ұрықтың дамуына қажетті орта мен азықтың болмауынан ұрықтың өмір сүру мүмкіндігін жоғалтқанының белгісі.

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІКТІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

- Қазіргідей заманда ЖТЖ-ны медицинада ультрадыбыстық зерттеу және қан құрамын тексеру арқылы ерте бастан анықтауға болады (алдымен қан арқылы жүктіліктің бар екенін анықтайды, кейін күдік тудырса, ультрадыбыстық қоңдырғымен жатырды тексереді. Егер жатырда ұрық болмаса, онда ЖТЖ бар деген сөз). Тәжірибелі гинеколог-дәрігер жатырдың көлемін сырттай сипап көру арқылы да біле алады, өйткені бос жатыр жүктілік мерзіміне сай болмайды.

ЕМДЕУ

- Ең тиімді операция лапароскопия
- Құрсақ қуысына қан құйылған жағдайы ауыр науқасқа ертерек қан алмастырушы заттар, қан плазмасын және донорлық қан құяды. АД көтеретін препараттар бермейміз.
- Консервативті ем

ЕМДЕУ КОМПЛЕКСТІ ЖӘНЕ КЕЛЕСІ ЭТАПТАРДАН ТҰРАДЫ

- Операция
 - Қан кетумен күресу
 - Операциядан кейінгі адекватты бақылау
 - Репродуктивті жүйесінің реабилитациясы
-

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІКТЕН КЕЙІНГІ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Реабилитация емдеудің барлық этаптарында болуы тиіс: операция алды кезеңінде, операция кезінде және операциядан кейінгі кезеңінде. Оны мүмкіндігінше ерте бастау керек, себебі жатырдан тыс жүктілікті өткірген әйелдер реабилитация және диспансерлік бақылауды керек етеді.

ЖАТЫРДАН ТЫС ЖҮКТІЛІКТІҢ ОПЕРАЦИЯДҢ
КЕЙІНГІ РЕАБИЛИТАЦИЯСЫНА ЕМДІК
ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ШАРАЛАР ЖҮРГІЗІЛЕДІ.
ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ 2ШІ КҮНІ АРНАЙЫ ЕМЕС
ТЕРАПИЯ ЖҮРГІЗІЛЕДІ.ОҒАН СЕРГІТЕТІН,ҚАНДЫ
ҚАЛПЫНА КЕЛТІРЕТІН
ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИЯЛАНҒАН ТЕРАПИЯ.АЛ 5ШІ
КҮНІ СӘУЛЕЛІ ТЕРАПИЯ,СОДАН СОҢ ЦИНК
СУЛФАТЫНЫҢ ЭЛЕКТРОФОРЕЗІ,КЕЙБІР КЕЗДЕ
ТӨМЕН ИНТЕНСИВТІ ЛАЗЕРЛІ ТЕРАПИЯ
ҚОЛДАНЫЛАДЫ.

РЕАБИЛИТАЦИЯ КЕЛЕСІ БАҒЫТТАРДАН ТҰРАДЫ

- Антианемиялық терапия
 - Физиотерапия
 - Иммуномодуляция
 - Репродуктивті жоспар (контрацепция, жоспарланған жүктілік)
 - Гормоналдық терапия
-

ЖОСПАРЫ:

Бедеу неке. Бедеуліктің негізгі себептері

Әйел бедеулігі

Еркек бедеулігі

Бедеуліктің жіктелуі

Зерттеу әдістері

Диагностика алгоритмі

Бедеулікті емдеу

Қолданылған әдебиеттер

□ Репродуктивтік жастағы ерлі-зайыптылардың 1 жыл ішінде ретті түрде жыныстық қатынасқа түсіп, ешқандай жүктілікке қарсы дәрілерді қолданбаған кезде жүктіліктің болмауы **бедеу неке** деп аталады.

□ Бедеуліктің жиілігі – әртүрлі мәліметтер бойынша 10-нан 20%-ке дейін ауысып тұрады. **Бедеуліктің негізгі себебі:** ерлі – зайыптылардың біреуінде немесе екеуінде де репродуктивті қызметінің бұзылуы салдарынан дамиды. Бедеу некеге әйел адам 45 %, ер адам 40 %, екеуі де 30 % себепші болады.



СЕБЕПТЕРІ:

Пайда болу жағдайына байланысты:

- Жыныс мүшелерінің анатомиялық және функционалды өзгерістері;
- Жыныс мүшелерінің қабыну аурулары;
- Жарақаттар; Ісіктер;
- Түсіктер;
- Жатыр мен оның қосалқыларының ақаулары;
- Стресс жағдайлар

Еркек бедеулігінің себептеріне жатады:

- Сперматозоидтың әйел қынабына дұрыс тасымалданбауы;
- Сперматозоидтың аналық жасушаның ұрықтандару қабілетінің төмендеуі;
- Сперматозоидтың дұрыс өндірілмеуі.
- Варикоцеле, әртүрлі иммунды бұзылыстар мен қабыну процестері;
- Атабездің әртүрлі жарақаттары шәует шығарушы жолдардың бітелуіне әкеледі.
- Жыныс мүшелерінің індетті қабыну аурулары (уретрит, везикулит, эпидидимит) — 27%;
- Эндокринді бұзылыстар — 4%
- Хромосомды аномалиялар (Клайнфельтер синдромы);
- Крипторхизм – 2,5%
- Жүйелік аурулар, ятрогенді себептер, шәует жолдарының бітелуі – 1,5%

Еркектік факторлар әйел жыныс ағзаларына әсер ететін:

Бұған себеп: Сперматозоидтардың қалыптасуын бұзатын әртүрлі гормональды бұзылыстар;

- Әйел бедеулігі
- Эндокринді түрі: басқа бедеуліктің себептерінің ішінде 35-45% құрайды, бұл бедеуліктің түрінде овуляция процесі бұзылады;
- Түтіктік-перитонеалды: 20-30% құрайды, бұл бедеуліктің түрі жыныс мүшелерінің созылмалы ауруларынан кейін, операция жасалғанда, жабысқақ кезінде болады, онда жатыр түтіктерінің өткізгіштігі бұзылады;
- Гинекологиялық аурулар: 15-25% құрайды а) жатырлық, б) өзектік, в) қынаптық
- Иммунологиялық: 2-5% құрайды, бұл кезде шәуетке қарсы антиденелер түзіледі.
- Түсініксіз генезді: 8-10%

БЕДЕУЛІКТІҢ ЖІКТЕЛУІ:

- **Абсолютті:** Организмде кері қайталанбайтын патологиялық өзгерістердің болу салдарынан, бедеуліктің себептері емделмейді.
- **Салыстырмалы:** Бедеуліктің себептерін жоюға болатын жағдайлар.
- **Біріншілік:** Егер жүктілік ешқашан болмаса.
- **Екіншілік:** Егер бұрын жүктілік болып, содан кейін болмаған жағдайда

Бесплодие

Паренхиматозное бесплодие

(плотность и подвижность сперматозоидов ниже нормы)

Хронические воспалительные процессы в яичке, его придатке, предстательной железе или семенных пузырьках.

Гормональные нарушения

Токсические повреждения (длительная работа с ядами)

Радиационное воздействие

Аутоиммунные процессы

Генетические нарушения

Идиопатическое бесплодие (не ясны причины плохой спермы)

Обтурационное бесплодие

(сперматозоидов в эякуляте нет)

Отсутствие отдела семявыносящего тракта

Пересадка протока

ИКСИ (зачатие в пробирке)

Обтурация (закупорка) семявыносящих путей

Пластика семявыносящих путей

Вазвазоанастомоз

Вазэпидидимоанастомоз

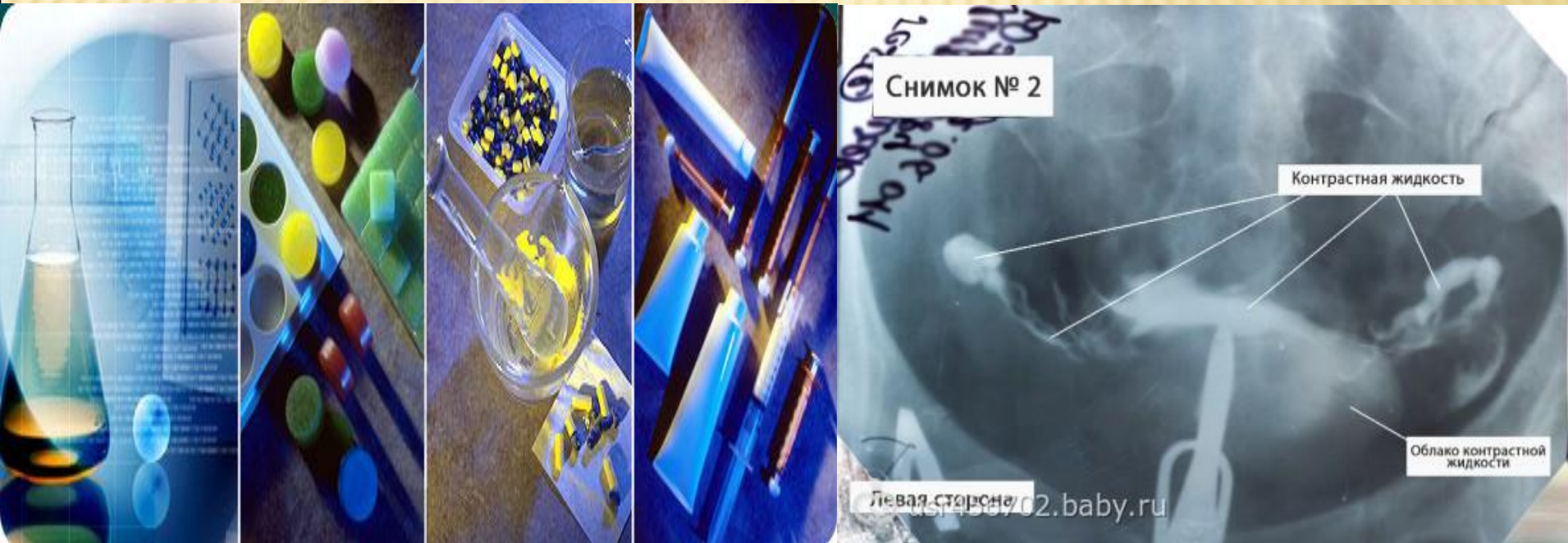
Метод лечения зависит от причины возникновения и клинической формы бесплодия.

Необъяснимое бесплодие

(хорошая сперма, невозможно объяснить отсутствие беременности)

Бедеулі жанұяны зерттеу:

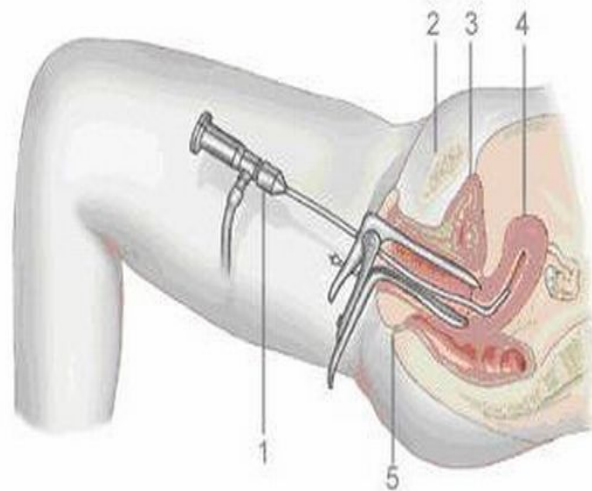
- Әйелді біріншілік көру (дене құрылысының түрі, семіздіктің дәрежесі, сүт бездерінің даму деңгейі, гирсутты сан, галакторея т.б.), күйеуінің спермограммасы, керек кезде андрологтың кеңесіне жіберу;
- Жатыр түтіктерінің өткізгіштігін және ішкі жыныс мүшелерінің жағдайын тексеру (метросальпингография, кимопертубация, лапароскопия, кіші жамбас мүшелерінің УДЗ);



- **Идетті скрининг** (қынаптың цервикальды өзектің жағындысын зерттеу, ПЦР диагностиканы жүргізу);
- **Гормональды скрининг** (гормоналды статусты зерттеу);
- **Иммунологиялық скрининг** посткоиталды тестімен бірге жүргізу.
- **Эндоскопиялық зерттеу әдістері** (гистероскопия, лапароскопия, кольпоскопия)
- **Қосымша зерттеу әдістері** (краниография, КТ, МРТ, сүт безі мен қалқанша безінің УДЗ)



ИНФЕКЦИОНДЫ СКРИНИНГ;
ГОРМОНАЛДЫ СКРИНИНГ (ЦИКЛДЫҢ 5-7 КҮНІ);
ИММУНОЛОГИЯЛЫҚ СКРИНИНГ (ПОСТКОИТАЛЬДЫ ТЕСТ, ЦЕРВИКАЛЬДЫ
ЕСЕН, МАР-ТЕСТ);
КІШІ ЖАМБАС МҮШЕЛЕРІНІҢ УДЗ ;
МАММОГРАФИЯ;
ГИСТЕРОАЛЬПИНГОГРАФИЯ (ЦИКЛДІҢ 16-20 КҮНІ, АМЕНОРЕЯ КЕЗІНДЕ –
КЕЗ КЕЛГЕН КҮНІ) ;
БАС СҮЙЕГІНІҢ ЖӘНЕ ТҮРІК ЕРШІГІНІҢ РЕНТГЕНОГРАММАСЫ;
МРТ, КТ (ПРОЛАКТИН ДЕҢГЕЙІНІҢ ЖОҒАРЫЛАУЫ КЕЗІНДЕ);
ҚАЛҚАНША БЕЗІНІҢ УДЗ (ОЛИГО- АМЕНОРЕЯ КЕЗІНДЕ) ;
ЭНДОСКОПИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ (ЭНДОМЕТРИЙДІҢ
ПАТОМОРФОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУІМЕН БІРГЕ ДС, ГС)



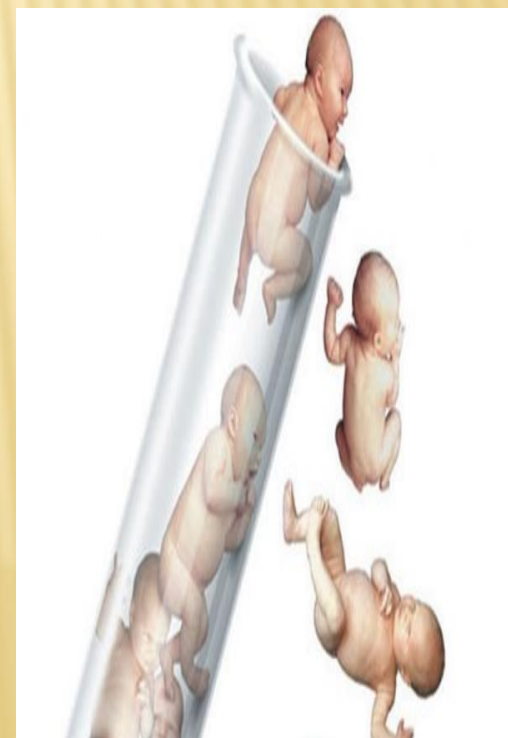
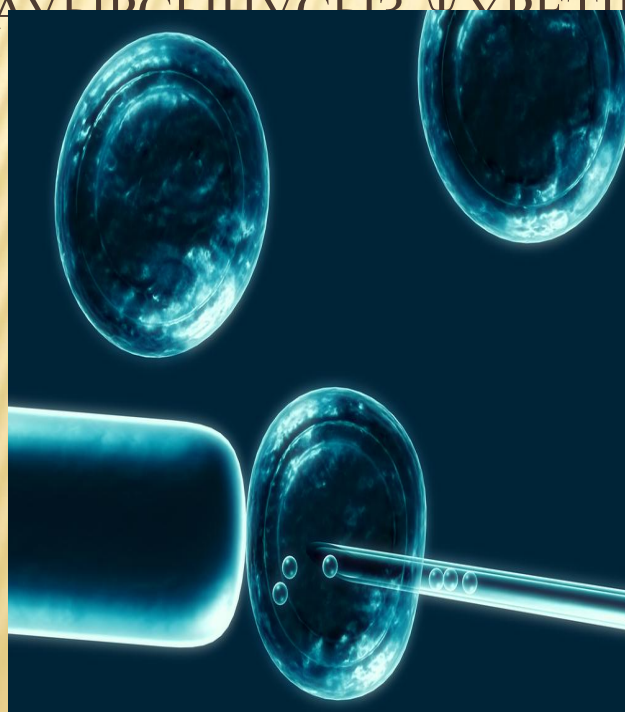
БЕДЕУЛІКТІ ЕМДЕУ ӘДІСТЕРІ:

- Репродуктивті технологияның көмекші әдісі (РТК) бедеулікті емдеуде кеңінен қолданылады. Бұл кезде ұрықтану мен эмбрионның даму кезеңдері ағзадан тыс болады. РТК көмегімен бедеуліктің барлық белгілі формалары емделеді.
- **Бұған жататындар:**
- Экстракорпоральді ұрықтандыру — ЭКҰ
- Жұмыртқажасушасының цитоплазмасына сперматозоидтарды егу
- Сперманың доноры
- Ооциттардың доноры
- Суррогатты аналық
- Жатыршілік инсеминация;

- **Экстрокарпоральді ұрықтандыру:** (лат. extra — сыртынан, және лат.corpus — дене, яғни денеден тыс ұрықтандыру) — бедеулік кезінде қолданылатын репродуктивті технологияның көмекші әдісі болып табылады.
- Синонимы: «пробиркада ұрықтандыру», «ұрықтандыру in vitro», «жасанды ұрықтандыру».
- ЭКҰ әдісінің мағынасы: жұмыртқажасушаны әйел ағзасынан алып және «in vitro» жағдайында жасанды ұрықтандырады, алынған эмбрионды 2-5 күн аралығында инкубаторда дамытады, сонан соң эмбрионды одан ары дамуы үшін жатыр қуысына ауыстырады .
- **Көрсеткіші:** әйел мен ерлердің әртүрлі бедеулігі
- **Қарсы көрсетілімдері:** жүктілік пен босанудың ана мен бала өміріне қауіп төндірілген кезде Пациенттің спермасын мастурбация көмегімен алады. Сперманы әйелінің фолликулдарын пункциялау күні алады. Жұмыртқажасушамен ұрықтандыру алдында сперматозоидтарды сұйықтығынан ажыратады. Ол үшін қоректік ортада көп қайтара центрифугалайды.
Ұрықтандыруды екі тәсілдің біреуімен жасайды:
- **1) инсеминация in vitro;**
- **2) сперматозоидтардың интраципотлазмалық инъекциясы (ICSI, ИКСИ).**
- **Біріншіде,** 100-200 мың сперматозоидты қоректік ортадағы жалғыз жұмыртқажасушасына қосады. 2-3 сағ соң сперматозоидтардың біреуі жасуша ішіне кірген соң ұрықтану болады.
- **Екінші тәсілде (ИКСИ)** микрохирургиялық құрал көмегімен сперматозоидты жұмыртқажасуша ішіне енгізеді.
- Сперматозоид жұмыртқажасушаға енген соң эмбрион болады. Эмбриондарды жасанды жағдайда 2-5 күн ұстайды. Ол үшін CO₂-инкубатор-шкафын қолданады. Эмбриондарды қоректік ортасы бар пластикалық тостағаншада сақтайды. Эмбриондардың қоректік орталарында негізгі физиологиялық иондар (Na⁺, K⁺, Ca²⁺, Mg²⁺, Cl⁻, CO₃²⁻ и т. б.), энергетикалық субстраттар (глюкоза, пируват, лактат), аминқышқыл, жиі витаминдер сарысу ақуыздары .

ҰРЫҚТАНҒАН СОҢ 2-5 КҮНДЕРІ ҒАНА ТАСЫМАЛДАЙДЫ. ЕМШАРА АНЕСТЕЗИЯНЫ ҚАЖЕТ ЕТПЕЙДІ ЖӘНЕ БІРНЕШЕ МИНУТ ІШІНДЕ ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ КРЕСЛОДА ЖҮЗЕГЕ АСАДЫ. ЭМБРИОНДЫ АРНАЙЫ ЭЛАСТИКАЛЫҚ КАТЕТЕРМЕН ЖАТЫР МОЙНЫ АРҚЫЛЫ ЖАТЫРҒА ЕНГІЗЕДІ. ҰРЫҚТЫ КӨТЕРЕАЛМАУШЫЛЫҚТА НАУҚАС ӘЙЕЛ СУРРОГАТТЫ АНАНЫҢ КӨМЕГІНЕ ЖҮГІНУІНЕ БОЛАДЫ.

ИНСЕМИНАЦИЯ: ЖАТЫР ІШІНЕ СПЕРМА ЖАҚСАРТЫЛЫП ЕНГІЗІЛЕДІ. БҰЛ ОПЕРАЦИЯ ЕМДЕУ ЦИКЛЫ КЕЗІНДЕ БІР РЕТ ҚАНА ЖАСАЛАДЫ. БҰЛ СПЕРМАНЫ ТҮТІКТІҢ ШЫҒА БЕРІСІНЕ ДЕЙІН ПЛАСТИКТАН ЖАСАЛҒАН ЖІҢІШКЕ КАТЕТЕРМЕН ЕНГІЗЕТІН ТЕЗ ӘРІ ЕШҚАНДАЙ АУЫРСЫНУСЫЗ ЖҮРЕТІН ПРОЦЕДУРА



Көрсеткіштер:

□ *Ер адам жағынан:*

- 1. Сперманың субфертильділігі – сперманың ұрықтандыру қабілеті төмен;
- 2. эякуляторлы-сексуалды бұзылыстар.

□ *Әйел жағынан:*

- 1. Цервикалды бедеулік – жатырға енетін қажетті сперматозоидтардың санын шектейтін жатыр қасиетінің өзгеруі
- 2. вагинизм – жыныстық қатынаспен шақырылған қорқыныштан қынап бұлшықетінің өзіндік жиылылуы.

□ **Қарсы көрсетілімдер:**

- Әйел жағынан: Жүктілік қарсыкөрсетілген аурулар;
- Жатыр патологиялары (жүктілік көтере алмаушылық);
Аналық без ісігі;
- Қатерлі ісіктер;

□ **Инсеминация процедурасы келесі кезеңдерден тұрады:**

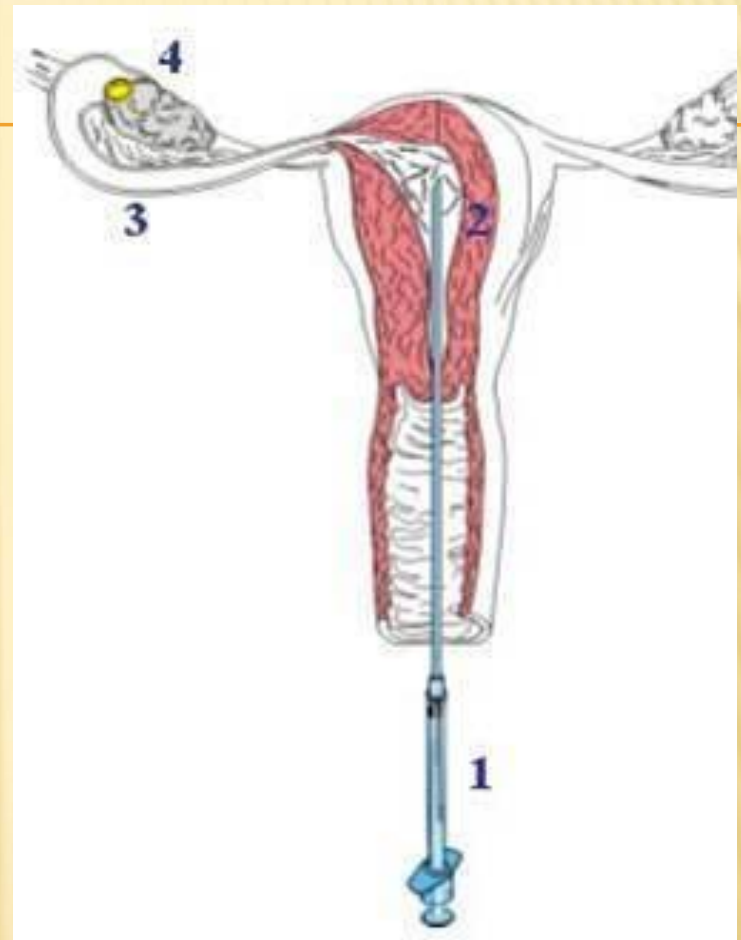
- Овуляцияның стимуляциясы;
- Жұмыртқажасушаның дамуы мен жатырдың шырышты қабатының дайындалу процесстерін бақылау;
- Инсеминацияны жасаудың дәл уақытын анықтау;

□ Спермаларды өңдеу;

□ Өңделген сперматозоидтарды жатыр қуысына енгізу.

Инсеминация ұзақтығы 2 минут.

Инсеминациядан кейін әйел 20-30 минут бойы горизонтальді қалпын сақтайды.



1- өңделген спермасы бар катетер; 2- жатыр қуысы; 3- жатыр түтігі; 4- аналық без (фоликуласымен);

- ▣ **Ооциттердің донация (ДО)** — әйелдің немесе еркектің гаметалары жоқ болған жағдайда донорлы жыныс жасушаларын қолдану арқылы бедеулікті емдейді. Ооциттердің донациялық программасы өздерінің жұмыртқажасушасы жоқ немесе жетілмейтін әйелдерге арналған.
- ▣ ОД программасы келесі кезеңдерден тұрады:
- ▣ Донор мен реципиенттің менструалдық циклдарының синхронизациясы (бедеу әйелде);
- ▣ Донор ооциттерінің стимуляциясы;
- ▣ Ооцит донорының аналық без пункциясы;
- ▣ Эмбриологиялық кезең;
- ▣ Реципиент жатыр қуысына эмбрионды тасымалдау;
- ▣ Реципиенттің лютеинді фазасын қолдау.

- ▣ **Суррогатты аналық.** Әйел өз еркімен жүкті болып, биологиялық бөгде баланы дүниеге әкелген соң басқа генетикалық әке-шешесіне тәрбиелеуге беруді пайдалатын репродуктивті технологияның көмекші әдісі. Суррогатты ана баланы 9 ай көтеріп және туғанына қарамастан заң жүзінде баланың ата-анасы басқа болады.

□ **Преимплантационды диагностикалау әдісі:**

- Эмбриондардың жатыр қабырғасына бекімей тұрғанда генетикалық аномалияларын диагностикалау. Мұндай диагностиканы ЭКҰ негізделген репродуктивті технологияны қолданғанда ғана жүзеге асуы мүмкін.
- **Преимплантационды диагностиканы жүргізу үшін көрсетілімдер:**
- Хромосомды транслокация, инверсия және де хромосоманың басқа генетикалық патологияны таситын сонымен қатар ген және хромосомды аурулар бар науқастар;
- Жыныс жасушаларында хромосомды аномалиялардың жиілігі жоғары науқастар
- **ПД жүргізу үшін екі негізгі генетикалық зерттеу қолданылады:**
- хромосомды бұзылыстардың саны үшін және транслокацияда қолданылатын әдіс FISH (флуоресцентная гибридизация in situ).
- Моногенді аурулары анықтау үшін ПТР әдісі қолданылады.
- **ПД артықшылықтары:**
- Хромосомды патологиялары жоқ эмбриондарды таңдап және жатырға тасымалдау;
- Генетикалық ақауы бар балалардың туылу қаупін төмендетеді
- Көтереалмаушылық қаупін төмендету;
- Көпұрықты қаупін төмендету;
- Жақсы имплантацияға мүмкіндіктің өсуі;
- Баланың сау туылуына мүмкіндіктің өсуі.

ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

- ✓ Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. 2-е изд., доп. М.: Медицинская книга. – Н.Новгород: НГМА, 2003.
- ✓ Возможности малоинвазивной хирургии в лечении больных шеечной беременностью / А.И. Ищенко, А.Д. Липман, А.А. Бахвалова, А.А. Ищенко. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2004. – Т. 3. – №3. – С.16-20.
- ✓ Дивакова Т.С., Сачек Ю.А., Тихонова Л.В. Коррекция нарушений эндокринной системы у больных после хирургического лечения эктопической беременности. Вестник ВГМУ. – 2006. – Т. 5. – №2. – С. 49-54.
- ✓ Кира Е.Ф. Репродуктивная хирургия в гинекологии // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.: ПАНТОРИ, 2005. – С. 29-31.
- ✓ Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н.Стрижакова, А. И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2000. – 379 с., ил.