



*Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан  
Мемлекеттік Медицина Университеті*

**Мамандығы:** Жалпы дәрігерлік тәжірибе  
**Пәні:** Акушерия және Гинекология ЖТД

**Тақырып:** «Босану және босанудан кейінгі қан кетумен  
күресу жолдары»

**Орындаған:** *Жарылқасын Г.С*  
**Тексерген:** *Кунаков Н.Н*  
**Тобы:** *706*

**Ақтөбе 2016**

# Жоспары:

## *I. Кіріспе*

## *II. Негізгі бөлім:*

- 1) Акушерлік қан кетулердің маңыздылығы
- 2) Босану кезіндегі қан кетулер
- 3) Босанудан кейінгі қан кету себептері
- 4) Босанудан кейінгі қан кету белгілері мен емі

## *III. Қорытынды*

## *IV. Қолданылған әдебиеттер*

# Кіріспе

Жүктілік және бала босану кезіндегі қан кетулер ауыр асқынулар болып есептеледі және оның ана өліміне жетелеуі мүмкін. Акушерлік қан кетулердің ерекшелігі оның бала босану үдерісіне байланысты шаршау, ауыру факторы фонында дамуы, бала босану жарақаттануларымен, босанудың ауыр асқынуларымен жиі бірге жүруі болып табылады. Бұл факторлар организмдегі патофизиологиялық өзгерістердің ауырлығын өзара қиындатады және геморрагиялық шоктың дамуына ықпал етеді.

Қазіргі таңдағы акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету саласында өзекті мәселелердің бірі ана мен бала өлімі болып табылады. Бұл көрсеткіш төмендегідей елдерге тән:

✓ Туу көрсеткіші жоғары;

✓ Тұрғындардың репродуктивті және соматикалық денсаулық деңгейінің төмендігі;

✓ Жоғары халық саны;

✓ Тұрғындарға төмен деңгейде медико-санитарлық көмек көрсету;

✓ Емдік-сауықтыру мекемелерінің төмен деңгейде құралдармен жабдыкталуы.

Патологиялардың ішіндегі аналар өліміндегі үлесі де зор, перинатальді асқынулар ішінде де маңызды орын алады. Жүктілік, босану және босанғаннан кейінгі кезеңдердегі аса ауыр әрі жиі кездесетін асқынуларды **акушерлік қан кетулер** деп атайды. Жоғалған қан мөлшерінің маңыздылығы қандағы гемоглобиннің бастапқы мөлшеріне байланысты. Қазақстан республикасында акушерлік қан кетулер әрбір 20-шы жүктілік пен босанудың ағымын ауырлата түседі. Қазақстанда осы асқынудың жиілігі соңғы жылдарда тұрақты жоғары деңгейде қалып отыр. Күнделікті жұмыста 1000-1200мл көлемдегі қан жоғалту ауқымды болып саналады. Қазақстан Республикасында 2010 ж. акушерлік қан кету ана өлімінің – 11,9% , 2011 ж. – 26,9%, Ана өлімі зерттеуі бойынша 2013 жылы – 52 адам санын құраса, ал 2013 жылы – 49 адам санын құрады. Ана өлімінің жарты сына жуығы босанғаннан кейінгі алғашқы 24 сағат ішінде орын алады.

## ЖҮКТІЛІКТІҢ ЕРТЕ МЕРЗІМІНДЕГІ АКУШЕРЛІК ҚАН КЕТУЛЕР

**Өздігінен болған түсік** – жүктіліктің 22 аптасына дейінгі өздігінен үзілуі немесе жүктіліктің салмағы 500г кем, бойы 25см қысқа, тіршілік етуге қабілетсіз ұрықтың туылуымен аяқталуы. 15-44 жастағы әйелдер арасындағы барлық жүктілікке шаққандағы оның жиілігі 15-20% және де 20 жасқа дейінгілерде 12%, 20 жастан асқандарда - 26% жетеді. Өздігінен болған түсікке себепші факторлары: ұрықтың хромосомды аномалиялары, имплантация ақаулары, инфекциялық аурулар, жатыр ақаулары, иммунды қайшылықтар және т.б.

**Жатырдан тыс жүктілік** – ұрықтанған аналық жұмыртқасының имплантациясы мен дамуы жатыр қуысынан тыс жерде орын алады. Барлық жүктіліктердің 1-2% қамтиды, барлық босануларға қатынаста – 0,8-2,4% жиілікпен кездеседі. Эктопиялық жүктілік ана өлімінің жүктіліктің ерте мерзіміндегі себепшісі ретінде 10-15% құрайды.

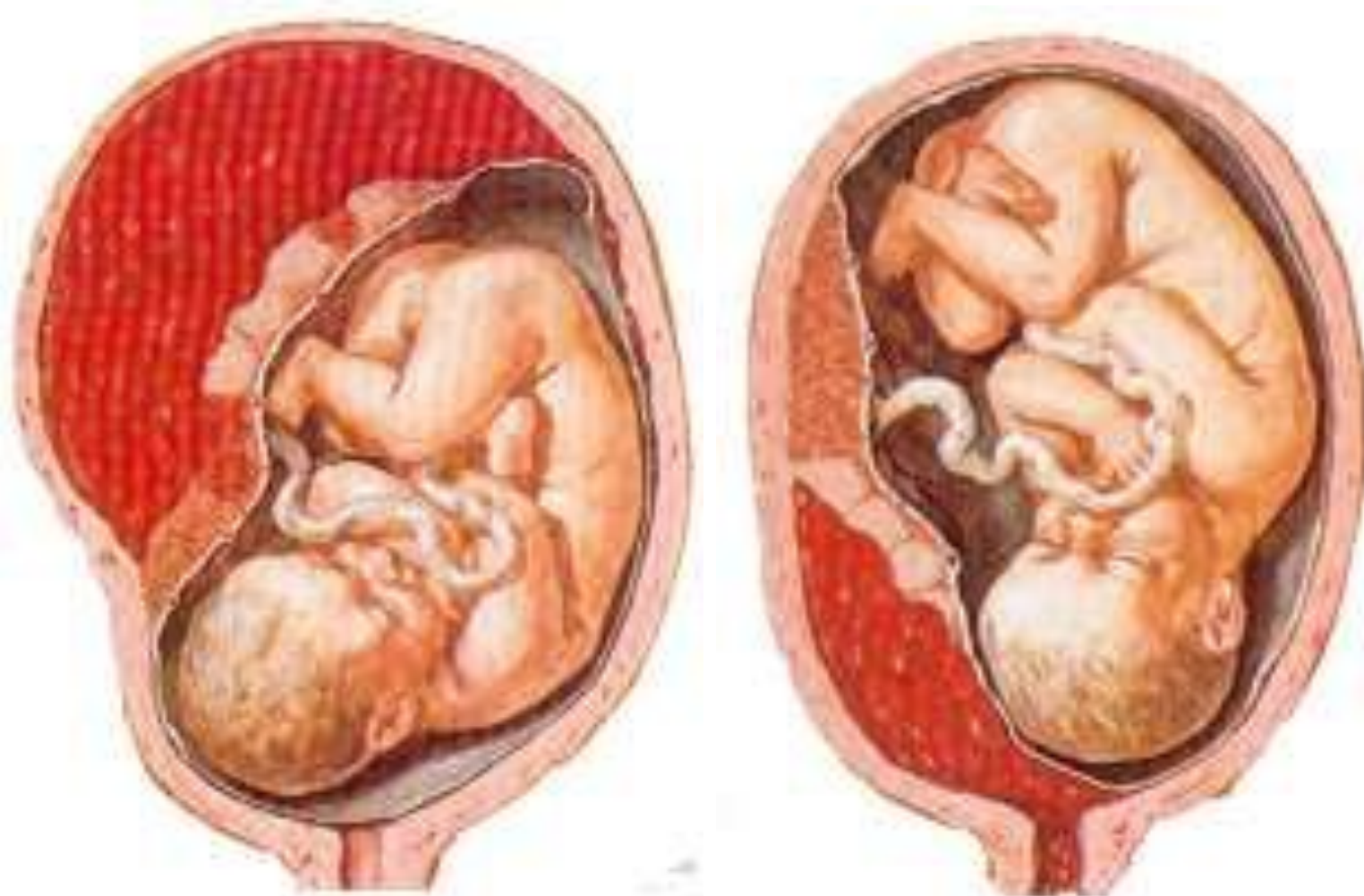
## ЖҮКТІЛІКТІҢ КЕШ КЕЗЕҢІНДЕГІ ҚАН КЕТУЛЕР

**Қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын сыдырылуы (ҚОПМБС)**— плацентаның нәресте туылғанға дейін жүктілік және босану кезінде толық немесе жартылай жатыр қабырғасынан ажырауы. Бұл патологияның кездесу жиілігі 0,8-0,9% құрайды.

**Плацентаның алда жатуы** – плацентаның жатырдың төменгі сегментіне бекіп орналасуы. Кездесу жиілігі – 1:200 құрайды, жүктіліктің II триместірінде анықталған плацентаның алда жатуы 80-90% жағдайда өздігінен қалпына келуі мүмкін. Плацентаның алда жатуын шарттайтын маңызды факторлар: алдыңғы жүктіліктері түсіктермен аяқталған, соның салдарынан болатын эндометрий өзгерістері, децидуальді тіннің даму патологиясы болып табылады. Қауіп факторларына: көп жүктілік, әйелдің жасы (35 жастан асқандар), жатыр тыртығы, көпұрықты жүктілік, анамнезіндегі болған плацентаның алда жатуы жатады.

# Уақытынан бұрын ажыраған плацента

- ❑ Қан кету
- ❑ Ауырсыну



**Босанғаннан кейінгі қан** - Ерте немесе кеш босанғаннан кейінгі кезеңде орын алған туу арна қан кету. Босанғаннан кейінгі қан жиі ірі акушерлік асқынулар салдары болып табылады. босанғаннан кейінгі қан құйылу ауырлығы қан жоғалту анықталады. Қан туу канал, жатыр қуысына сараптама, УДЗ тексеру кезінде диагностикаланады. Гистерэктомия - босанғаннан кейінгі қан құйылу емі кейде инфузионды-трансфузионды терапия, uterotonic агенттер басқаруды, ушивание көз жасын, талап етеді.





## Босанғаннан кейінгі қан

- Босанғаннан кейінгі қан кету себептері
- Босанғаннан кейінгі қан кету белгілері
- РРН диагностикасы
- Босанғаннан кейінгі қан құйылу емі
- Босанғаннан кейінгі қан кету алдын алу
- Босанғаннан кейінгі қан - Мәскеуде емдеу

Босанғаннан кейінгі қан құйылу қаупі, ол қан көп мөлшерде тез жоғалуына және ана өлімге әкелуі мүмкін, бұл қан жоғалту мол болуы босанғаннан кейінгі қарқынды аналық қан және үлкен жара бетіне ықпал етеді. Әдетте, жүкті әйелдің денесі тамырішілік қан көлемін ұлғайту арқылы босану кезінде физиологиялық қолайлы қан жоғалту (дене салмағының 0 5%) дайын. Сонымен қатар, жарадан қан босанғаннан кейінгі жатырдың шағын кемелер ұю және тромб қалыптастыру бір мезгілде қосу жатыр артерияларды терең бұлшық қабаттарының қуаты жатыр бұлшық еттердің жиырылуы, қысу және ауыстыруды кедергі болып табылады.

Ерте босанғаннан кейінгі қан туғаннан кейінгі алғашқы 2 сағат орын, туғаннан кейін 6 апта 2 сағат кейінірек кезеңде дамуы мүмкін. босанғаннан кейінгі қан құйылу нәтижесі қан қарқыны, консервативті емдеу тиімділігі, ОПК дамыту, жоғалған қан көлеміне байланысты. Босанғаннан кейінгі қан құйылу алдын алу акушерия және гинекология өзекті міндет болып табылады.

## Босанғаннан кейінгі қан кету себептері

Гипотензия (тонусының және жатырдың бұлшық жиырылу қызметінің болмауы төмендету) немесе atonia (жатырдың тонусының толық жоғалту, азайту қабілеті, миометрий ынталандыру жауап болмауы): босанғаннан кейінгі қан кетулер жиі миометрий жиырылу функциясының бұзылуына байланысты. Осы босанғаннан кейінгі қан құйылу себептері миометрий жылы миома және жатыр миома, тыртық процестер болып табылады; Бірнеше жүктілік, Polyhydramnios, созылмалы еңбек ірі жеміс кезінде жатырдың созылу шамадан тыс; Жатыр тонусын төмендету препараттарын қолдану.

Босанғаннан кейінгі қан жатырдың кідіріс пайда болуы мүмкін плацентаның қалады: плацентаның тілім және ұрықтың мембраналар бөлшектер. Ол, жатырдың қалыпты қысқаруы кедергі қабыну дамыту және кенеттен босанғаннан кейінгі жұлдыру қан ынталандырады. Ішінара плацента accreta, еңбек үшінші кезеңінің дұрыс басқару, diskoordinirovannaya еңбек, жатыр мойны спазмы нәтижесінде плацента бөлу туралы бұзғаны үшін.

Босанғаннан кейінгі қан тудыратын факторлар, салдарынан бұрын орындалған хирургиялық араласулар үшін эндометрий туралы сарқылуын немесе атрофиясы бола алады - кесар, аборт, консервативті Myomectomy, аналық кюретаж.

Синдромы - босанғаннан кейінгі қан кету пайда антикоагулянтот отырып, байланысты туа біткен ауытқулар үшін анасының қан ұю бұзғаны үшін ОПК дамуына ықпал етуі мүмкін.

Жиі босанғаннан кейінгі қан кету жарақат (үзілістер) немесе еңбек және жеткізу кезінде жыныс жолдарының кішкін дамыту. Босанғаннан кейінгі қан құйылу жоғары тәуекел гестоздар, previa және ерте бала жолдасының ажырауы, жүктілікті қорқытып, fetoplacental жеткіліксіздігі, ұрықтың қазыналық ұстанымын, анасы немесе эндометрит цервицит болуын, жүрек-қан тамырлары және орталық жүйке жүйесінің созылмалы аурулары, бүйрек, бауыр бар.

## **Босанғаннан кейінгі қан кету белгілері**

Қан жоғалту саны мен қарқындылығы байланысты босанғаннан кейінгі қан кету клиникалық көріністері. Жатыр азайту есірткі әсерінен төмен өлуге кейде, кезде атониялық жатырдың, сыртқы медициналық айла босанғаннан кейінгі қан жауап бермейді, әдетте шамадан тыс, бірақ толқынды сипаты болуы мүмкін. Объективті гипотония, тахикардия, тері бозаруы анықталады.

0 қан жоғалту көлемі, физиологиялық төзімділікпен ретінде қарастырылады дене салмағы аналардың 5%; патологиялық босанғаннан кейінгі қан құйылу туралы айтып жоғалған қан көлемін ұлғайту арқылы. сын - дене салмағының 1% асатын қан шығын сомасы, оның үстінен, жаппай болып саналады. Сыни қан жоғалту кезінде өмірлік маңызды органдарында қайтымсыз өзгерістерге геморрагиялық шок және ДВС дамуы мүмкін.

Соңында босанғаннан әйел іш ауруы апару, үлкен ұйыған, жағымсыз иіс жарқын қызыл түс бөлектеп, қарқынды және ұзақ lochia ескертуге тиіс.

## БОСАНУДАН КЕЙІНГІ ҚАН КЕТУЛЕРДІҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОСТИКАСЫ

Тән симптомдар	Мүмкін симптомдар	Болжамды диагноз
Қалдықтар шыққаннан соң жыныс жолдарынан қан кету; Жатырдың жұмсақ консистенциясы; Жатыр жиырылмайды	Геморрагиялық шок симптомдары	Жатыр атониясы
Профузды жатырлық қан кету; Іштегі жіті ауырсыну	Геморрагиялық және жарақаттық шок симптомдары; Пальпация кезінде жаты түбі анықталмайды; жатыр түбі іншекте көрінеді	Жатырдың айналып кетуі
Қан кету Айқын ауыру синдромы;	Геморрагиялық және жарақаттық шок симптомдары; Іштің кебуі, құрсақ қуысындағы бос сұйықтық	Жатырдың жыртылуы
Қан кету Алшақтау белгілерінің болмауы және 30 минут ішіндегі қалдықтардың шығуы	Жатыр консистенциясы тығыз	Жартылай тығыз жабысу немесе плацентаның жартылай жабысуы
Қан кету; Қалдықты тексеру кезінде плацентарлық тіннің немесе қабықтың ақауы	Жатыр консистенциясы тығыз	Қалдық бөліктерінің жатырда бөгелуі
Сыртқы қан кету Жатырдың тығыз консистенциясы Қалдықтың бүтіндігі		Жұмсақ босану жолдарының жыртылуы

## **РРН диагностикасы**

Қазіргі заманғы клиникалық гинекология уақыт және коагуляция мәртебесі ұюын (ұюының) қан, жүктілік гемоглобин деңгейдегі кезінде мониторинг қамтиды босанғаннан кейінгі қан кету қаупін, қан сарысуында қызыл қан жасушалары және тромбоциттер санын бағалайды.

Жатырдың гипотензия, және атонии flabbiness еңбек үшінші кезеңінің, миометрий нашар жиырылу, дәйекті кезеңнің ұзағырақ барысында диагноз болуы мүмкін.

РРН диагностикасы бөлінген, плацента және ұрық қабының, сондай-ақ жарақат туу каналының сараптама тұтастығын мұқият сараптама негізделген. Жалпы анестезияға астында, гинеколог қолмен мұқият миометрий төмендету алдын, үзілістер болуына немесе болмауына қалған плацента бөліктерін, қан ұйыған, немесе қолданыстағы Ісіктердің даму кемістігін жатыр қуысына оқуға орындайды.

Босанғаннан кейінгі қан құйылу алдын алуда маңызды рөл кеш ойындар Жатырдың плацентарлы ұлпасының және ұрық қабының қалған фрагменттері анықтауға мүмкіндік беретін, жеткізгеннен кейін 2-3 күн бойынша кіші жамбас УДЗ жүргізу.

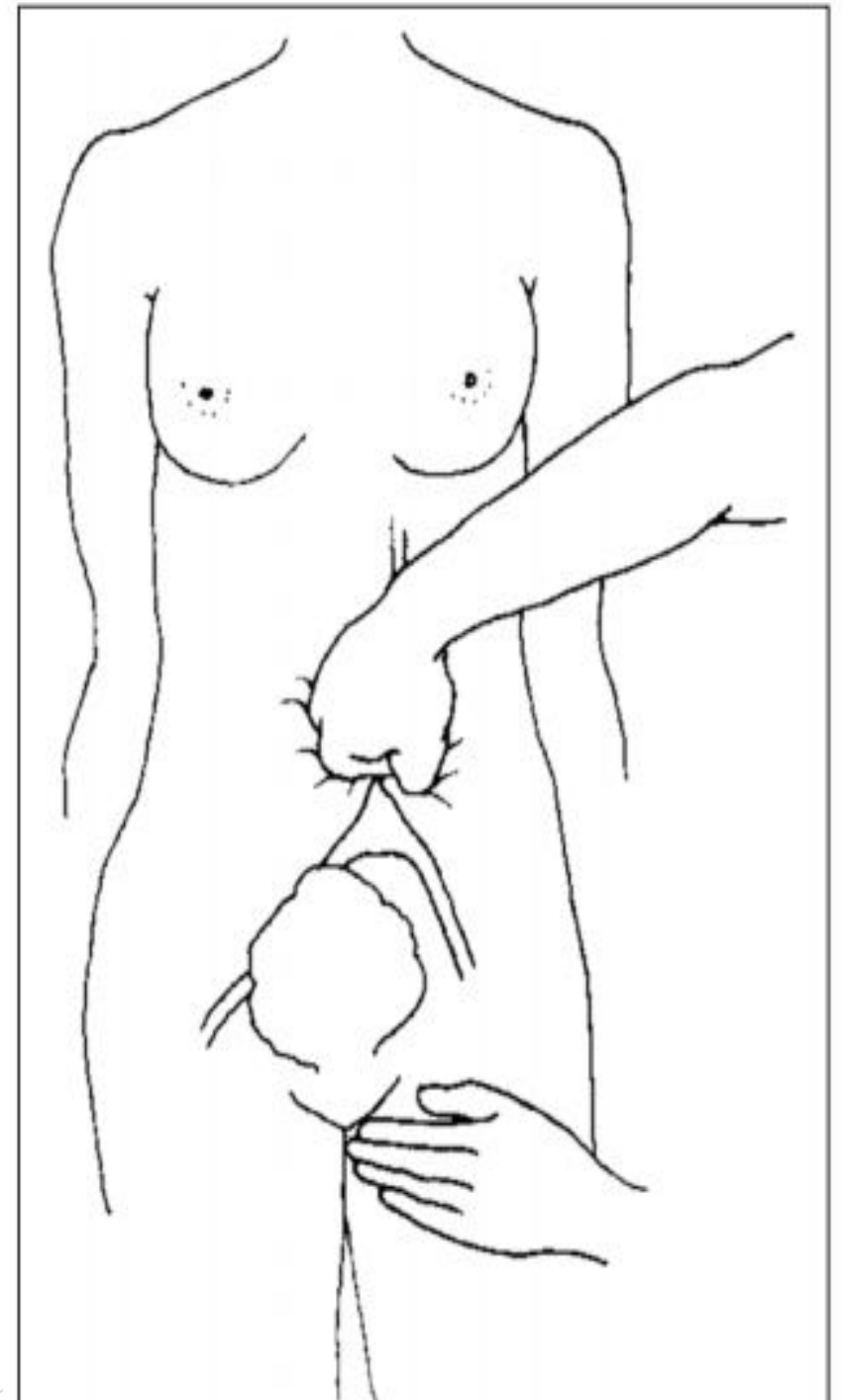
Босанудан кейінгі қан кетудің себебі 4 базалық бұзылыстың этиологиялық процесі болу мүмкін:

1. Жатырдың жиырылғыштық қасиетінің төмендеуі (“Т” – тонус)
2. Жатыр қуысында тіннің қалуы (“Т” – тін)
3. Босану жолдарының жарақаты (“Т”- травма)
4. Коагуляцияның бұзылуы (“Т” – тромбин)

“Тонус”	“Тін”	“Травма”	“Тромбин”
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Жатыр массажы</li> <li>• Утеротониктер (2 кесте)</li> <li>• Жатыр қуысын қолмен тексеру</li> <li>• Жатырдың бимануальды компрессиясы</li> </ul>	<p>Жатыр қуысын қолмен тексеру (ерекше жағдада кюретаж)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Босану жолдары жұмсақ тіндерінің жарақатын тігу</li> <li>• Жатыр жыртылуында лапаротомия</li> <li>• Жатыр айналуын коррекциялау</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Қан үю факторларын құю (ЖМП, тромбоцитарлы масса криопреципитаты)</li> <li>• Антифибринолитик</li> <li>• Рекомбинантты VII қан үю факторы 90 мкг/кг, қажет жағдайда 1,5-2 сағ.соң дозаны қайталау</li> </ul>

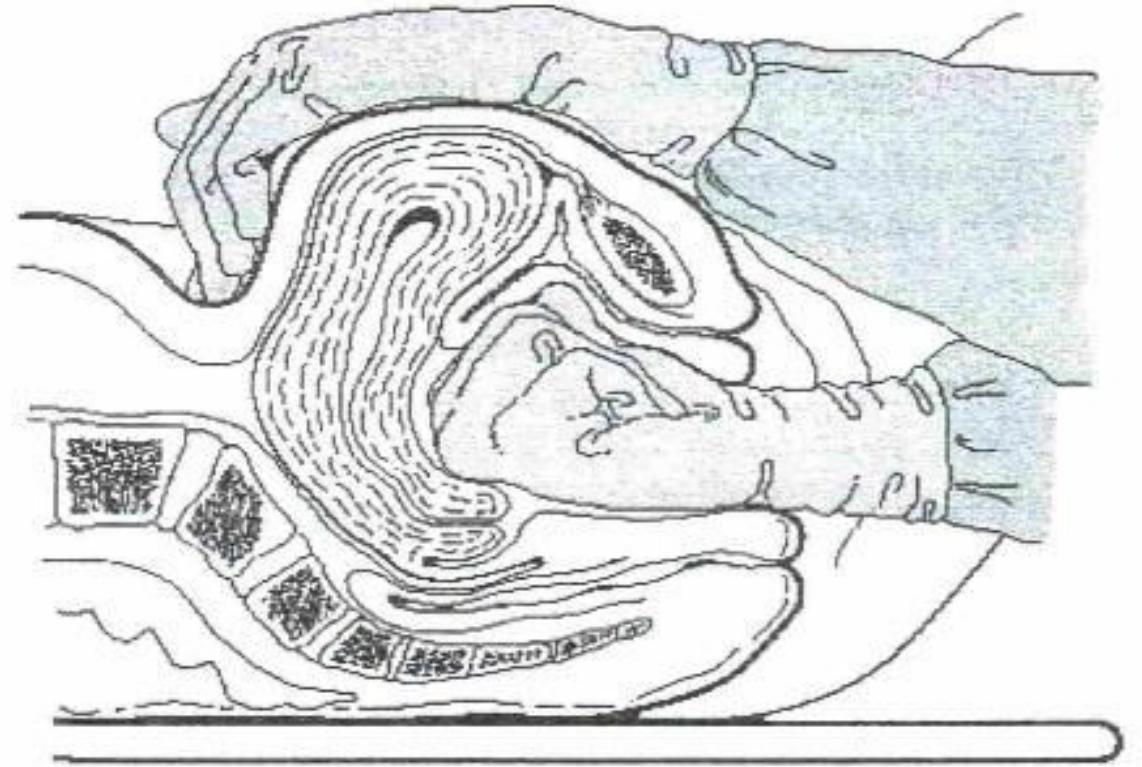
## Жатырдың бимануальды компрессиясы

1. Стерильді қолғап киіп, қолыңызбен қынапқа кіріңіз және қолыңызды жұдырықтаңыз. 2. Жұдырықты алдыңғы күмбезге қойыңыз және онымен жатырдың алдыңғы қабырғасын басыңыз. 3. Басқа қолыңызбен алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы жатырдың артқы қабырғасын қынапқа енгізілген қолыңызға бағыттап басыңыз. Қан кету тоқтап, жатыр жиырылғанша басуды жалғастырыңыз (2-ші сурет). 3-ші қадам – Құрсақ аортасын басу – Алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы жұмылған жұдырықпен құрсақ аортасына төмендеуші қысымды қолдану. – Басу нүктесі кіндіктен жоғары және кішкене солға орналасқан. – Ерте босанғаннан кейінгі кезеңде аорта пульсациясы алдыңғы құрсақ қабырғасы арқылы оңай анықталады. – Басқа қолыңызбен сан артериясын толық басылуды бағалау үшін пальпациялаңыз. – Егер пульс анықталса, жұдырықпен басылған қысым жеткіліксіз болғаны және керісінше.



Орындау техникасы:

1. Стерильді қолғапты киіп, оң қолды қынапқа енгізіп, жұдырықтап қысады;
2. Енгізілген жұдырықты қынаптың алдыңғы күмбезіне орналастырып, онымен жатырдың алдыңғы 56 қабырғасын қысады;
3. Екінші қолмен іштің алдыңғы қабырғасы арқылы жатырдың артқы қабырғасын алға қарай қысады;
4. Жатырды екі қолдың арасында, жатыр толық жиырылғанша қысады.





## Босанғаннан кейінгі қан құйылу емі

Бастапқы босанғаннан кейінгі қан, оның себептерін, жедел қан жоғалту өте жылдам тоқтатып, алдын алу, қан қысымын, қан көлемі мен тұрақтандыру айналым қалпына келуі кезде болып табылады. Босанғаннан кейінгі қан құйылу қарсы күресте консервативтік (дәрілік, механикалық) және хирургиялық емдеу екі пайдаланып, маңызды кешенді тәсіл болып табылады.

Көктамыршілік uterotonic агенттер (әдетте окситоцин metilergometrina) мойны простагландиндердің инъекциялар - Жатыр бұлшық жиырылу белсенділігін ынталандыру үшін сыртқы жатырдың массаж, және нәтижелерін болмаған кезде ғұмыр, катетеризацию мен қуық босату, жергілікті гипотермия (іш мұз) жүзеге асырылады.

Жасырын көшірме және жедел қан жоғалту босанғаннан кейінгі қан құйылу зардаптарын жоюды қалпына келтіру үшін қан компоненттері мен плазмалық препараттармен инфузионды-трансфузионды терапия жұмсайды.

Жергілікті наркозымен sutured олардың Айна туу канал тексеру барысында жатыр мойны, қынап қабырғасының және промежности Екпін анықтау бойынша. Сіз (тіпті қан болмаған жағдайда) плацентаның тұтастығын бұзатын болса, сондай-ақ, гипотоникалық босанғаннан кейінгі қан Жалпы наркозымен жатырдың қолмен төтенше сараптамасын өткізді. Жатыр қабырғаларының аудит барысында қан ұйыған жою плацента және мембраналар қалдықтарын қолмен әкетуді жүзеге асырады; Жатырдың Екпін органының болуын анықтау.

Жатыр үзілуіне жағдайда төтенше laparotomy жара жабу немесе жатырдың жою жүзеге асырылады. Плацента accreta кезде белгілері, сондай-ақ, шешілмейтін босанғаннан кейінгі қан кетулер гистерэктомии (ішкі мықын артериялары эмболизациии немесе жатырдың тамырларының перевязкой отырып, қажет болған жағдайда) болып табылады.

Босанғаннан кейінгі қан Хирургиялық араласу реанимация бір мезгілде жүзеге асырылады: қан жоғалту, гемодинамикалық тұрақтандыру мен қан қысымын. Тромб синдромның дамуына Олардың уақтылы қайтыс босану әйелді сақтайды.

**2 кесте – Утеротоникалық препараттар**

Параметрлері	Утеротониктер			
	Окситоцин	Эргометрин Метилэргометрин	Простагландин F2 $\alpha$ (энзапрост)	Мизопростол
Бастақы мөлшері және енгізу әдісі	10 Б б/е немесе 5 Б к/т (сорғалатып)	0,2 мг б/е немесе к/т (баяу)	0,25 мл б/е Жатыр б/е	800-1000 мг ректальды
Қайталама мөлшері	20 Б к/т тамшылатып сұйықтық 60 тамшы мин	0,2 мг б/е әр15 мин (қажет жағдайда– 0,2 мг б/е немесе к/т (баяу) әр 4 сағ	0,25 мл әр15 мин	
Максимальды мөлшері	Құрамында 60 Б окситоцині бар 3 л сұйықтықтан артық емес	5 доза (1,0 мг)	8 доза (2 мл)	
Қауіпті әсері	Қан тамыры б/е қабырғасының босаңсуы	Шеткері вазоконстрикция (гипертензия, инсульт, бронхоспазм), жатырдың тоникалық жиырылуы	Гипотония, тахикардия, ТАЖ жоғарылауы, лоқсу, құсу, бас ауруы, гипертониялық криз түрінде парадоксальды реакция	Қалтырау
Қарсы көрсеткіші, ескерту	-	Презкламписия, гипертензия, жүрек аурулары	к/т енгізуге болмайды Демікле	

**3 кесте – Лапаротомия (сатылы хирургиялық гемостаз)**

Лапаротомия. Жатырға 1 доза (0,25) простагландин инъекциясы. Жатыр денесіне, жатыр бұрыштарына бөлшектеп 4 инъекция. О'Лири бойынша жатыр артериясын байлау.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ТІШҚҰ-синдромы болмағанда</li> <li>• Кювелер жатыры болмағанда</li> <li>• Жатыр мойны жарақаты болмағанда</li> </ul>
Б-Линч бойынша хирургиялық компрессионды тігіс салу.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ТІШҚҰ-синдромы болмағанда</li> <li>• Кювелер жатыры болмағанда</li> <li>• Жатыр мойны жарақаты болмағанда</li> <li>• Енгізілген простагландин әсері болмағанда</li> </ul>
Жатыр қосалқыларынсыз жатыр ампутациясы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ТІШҚҰ-синдромы болмағанда</li> <li>• Кювелер жатыры болмағанда</li> <li>• Жатыр мойны жарақаты болмағанда</li> <li>• Енгізілген простагландин әсері болмағанда</li> <li>• Компрессионды тігіс әсері болмағанда</li> <li>• Коррекцияланбайтын жатыр айналымы</li> <li>• Плацентаның шынайы бітісуі</li> </ul>
Жатыр экстирпациясы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кювелер жатыры</li> <li>• Жатыр мойны жарақаты</li> <li>• Жатыр жыртылуы</li> <li>• Плацентаның шынайы бітісуі</li> <li>• Плацентаның мойындық жабысуы</li> </ul>
Ішкі мықын артериясын байлаумен жатыр экстирпациясы	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ТІШҚҰ-синдромы белгілері</li> <li>• Коагулопатиялық қан кету</li> </ul>

## **Босанғаннан кейінгі қан кету алдын алу**

Антикоагулянтов қабылдау қолайсыз акушерлік және гинекологиялық тарихы бар әйелдер, ұюының аурулары, босанғаннан кейінгі қан кету қаупі жоғары, сондықтан жүктілік процесіне арнайы медициналық бақылауымен болып табылады және мамандандырылған перзентханалар бағытталған.

Босанғаннан кейінгі қан әйелдер алдын алу мақсатында барабар жатыр қысқарту ықпал есірткі айдалады. Бірінші 2 сағат жеткізгеннен кейін перзентханаға барлық аналар ерте босанғаннан кейінгі кезеңде қан шығын сомасын бағалау үшін динамикалық медициналық бақылауымен жүзеге асырылады.



# Әдебиеттер:

- 1 Айламазян Э.К., Репина М.А., Кузьминых Т.У. Акушерские кровотечения: (профилактика и лечение) // Акушерство и гинекология. – 2009. – №3. – С. 15–20
- 2 Кровотечения в послеродовом периоде. Методическое письмо №1812-ВС МЗ и СР РФ от 13 марта 2008 года. <http://meduniver.com/Medical/Book/>
- 3 Левитэ Е.М., Боринская И.Г., Чернова Е.А. Оперативная кровопотеря: измерение, лечение // Российский медицинский журнал. – 2006. – №3. – С. 16-20 <http://www.mmbook.ru/>
- 4 Радзинский В.Е., Жуковский Я.Г., Оленева Т.В. и др. Лечение гипотонических маточных кровотечений. Новая технология старого метода // Акушерство и гинекология. – 2007. – №1. – С. 48–50. <http://www.webmedinfo.ru/library>
- 5 Савельева Г.М., Курцер М.А., Шалина Р.И. Материнская смертность и пути ее снижения // Акушерство и гинекология. – 2009. – №3. – С. 11–15. <http://meduniver.com/Medical/Book/>
- 6 Carroli G et al. Epidemiology of postpartum haemorrhage: a systematic review // Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2008; 22:999–1012. <http://nowa.cc/showthread.php?t=161143>

Назарыңызға рахмет!