

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

**Затверджено:**  
на засіданні кафедри  
акушерства і гінекології №2  
протокол № 10 від 10 січня 2017 року  
Завідувач кафедри  
д.м.н., проф. \_\_\_\_\_ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА  
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	<b>Тромбогеморагічний синдром в акушерстві і гінекології</b> (код курсу 6.1.4)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

## I. Мета заняття

ДВЗ-синдром залишається найбільш небезпечним проявом захворювань, які призводять до летальних наслідків. В акушерській практиці тромбогеморагічний синдром та його ускладнення стійко займають ведуче місце серед причин материнської смертності. Як правило, причиною його розвитку є масивні крововтрати, частота яких становить 8-11% від загальної кількості пологів.

## II. Об'єм повторної інформації

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

## III. Об'єм нової інформації

1. Визначення поняття «ДВЗ – синдрому».
2. Фактори ризику розвитку ДВЗ- синдрому.
3. Класифікація ДВЗ- синдрому.
4. Патогенез ДВЗ- синдрому.
5. Клініка та клінічні прояви ДВЗ- синдрому в залежності від стадії.
6. Діагностика ДВЗ- синдрому.
7. Методи лікування ДВЗ- синдрому.
8. Методи профілактики геморагічного шоку і ДВЗ- синдрому.

## IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

## V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

## Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

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

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінити фактори ризику розвитку геморагічного шоку (за даними історії пологів).		+	
2.	Оцінити фактори ризику ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів)		+	
3.	Оцінити об'єм крововтрати (за даними історії пологів).		+	
4.	Визначити стадію ДВЗ-синдрому (на підставі наданих лабораторних аналізів)		+	
5.	Визначити послідовність лікування хронічної та гострої форми ДВЗ-синдрому (за даними історії пологів).		+	
6.	Визначити послідовність лікування геморагічного шоку (за даними історії пологів).		+	

## VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

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

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

### *Питання*

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

### *Завдання для самостійної роботи по темі заняття*

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

### *Тестові завдання*

1. Вагітність IV, роди 1, раптом розпочалася кровотеча. Об'єктивно: жінка у свідомості, шкіра бліда, t°- 35,8°C, Ps- 100/хв., слабого наповнення, АТ- 90/60 мм. рт.ст. Плід у поздовжньому положенні, голівка високо над входом у малий таз, серцебиття плода -

130/хв. РV (у операційній): піхва наповнена згортками крові, шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрито, через склепіння піхви визначається утворення м'якої консистенції, голівка плода високо над входом у малий таз. При дослідженні кровотеча посилюється. Діагноз?

**A** \*Передлежання плаценти. Геморагічний шок I ступеню.

**B** Розрив матки. Геморагічний шок II ступеню.

**C** Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти. Геморагічний шок I ступеню.

**D** Розрив судин пуповини. Геморагічний шок II ступеню.

**E** Передчасні пологи. Геморагічний шок I ступеню.

2. Перераховані стани сприяють розвитку хронічної форми ДВЗ-синдрому, крім:

1. Важкі форми пізнього гестозу.
2. Мертвий плід,
3. Післяпологовий ендометрит.
4. Рубець на матці.
5. Пізній гестоз

3. Якому препаратів Ви віддасте перевагу при трансфузійно-гемостатичній терапії ДВЗ-синдрому?

1. Свіжозамороженій плазмі.
2. Розчинові альбуміну.
3. Сухій плазмі.
4. Кріопреципітату
5. Реополіглюкіну

#### **Ситуаційні задачі :**

1. Вагітність IV, роди 1, раптом розпочалася кровотеча. Об'єктивно: жінка у свідомості, шкіра бліда,  $t^{\circ}$ - 35,8 $^{\circ}$ C, Ps- 100/хв., слабого наповнення, АТ- 90/60 мм. рт.ст. Плід у поздовжньому положенні, голівка високо над входом у малий таз, серцебиття плода - 130/хв. РV (у операційній): піхва наповнена згортками крові, шийка матки сформована, зовнішнє вічко закрито, через склепіння піхви визначається утворення м'якої консистенції, голівка плода високо над входом у малий таз. При дослідженні кровотеча посилюється.

Діагноз? Що робити?

2. Під час пологів діагностовано гіпотонічну кровоточу. Загальний стан породіллі важкий. Виражена блідість шкірних покривів, акроціаноз, ступор, занепокоєння, глухість серцевих тонів, задишка. Пульс – 130 уд./хв, АТ 80/40 мм рт ст. Крововтрата 1600 мл.

Діагноз? Що робити?

3. У роділлі під час пологів виникло відшарування нормально розташованої плаценти. доставлена каретою швидкої допомоги зі скаргами на р Об'єктивно: шкірні покриви та видимі слизові бліді, АТ 80/50 мм рт. ст., Ps- 126/хв., слабого наповнення. Матка напружена, зліва біля дна визначається вип'ячування та різка болючість цієї ділянки. Серцебиття плода – 170/хв., глухе. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття маткового вічка 5,0 см, плідний міхур цілий, Виділення кров'янисті, згортків немає. Проба Лі-Уайта 15 хв.

Діагноз? Що робити?

#### **VIII. Методичні матеріали до практичного заняття**

# СИНДРОМ ДИСЕМІНОВАНОГО ВНУТРІШНЬОСУДИННОГО ЗГОРТАННЯ КРОВІ В АКУШЕРСТВІ

## Шифр МКХ-10 - D 65.

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

### 1. Чинники ризику виникнення ДВЗ-синдрому в акушерстві:

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

### 2. Класифікація ДВЗ –синдрому:

#### *За клінічним перебігом:*

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

#### *За клінічними стадіями перебігу:*

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

### 3. Діагностика

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

Стадії ДВЗ- синдрому	Клініко – лабораторні прояви
I – гіперкоагуляція	Кров із матки згортається на 3-й хв. і швидше Згортання венозної крові нормальне Хронометрична гіперкоагуляція Етаноловий тест (ЕТ) (+)

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

#### **I стадія – гіперкоагуляція**

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

Наслідками гіперкоагуляції можуть бути:

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

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

## II стадія – гіпокоагуляція без генералізованої активації фібринолізу

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

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

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

## III стадія – гіпокоагуляція з генералізованою активацією фібринолізу

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

З'являються ознаки синдрому поліорганної недостатності.

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

## IV стадія – повне незгортання крові.

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

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

## 4. Лабораторна діагностика.

Таблиця 2. Лабораторні критерії стадій ДВЗ-синдрому.

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

<b>Норма</b>	6 – 9 хв.	немає	30 – 40 с	150 – 300	11 – 12 с	16 – 20 с	2,0 – 4,5 г/л
--------------	-----------	-------	-----------	-----------	-----------	-----------	---------------

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

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

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

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

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

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

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

**Кількість тромбоцитів** (норма 150 – 300 тис.\* 10<sup>9</sup> /л). Зменшення їх вмісту свідчить про виснаження тромбоцитарної ланки гемостазу і розвиток коагулопатії споживання (В).

## 5. Профілактика ДВЗ - синдрому.

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

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

Без суворих показань не застосовують препарати, які викликають тромбоцитопенію або порушують функцію тромбоцитів (гепарин, реополіглокин, дипіридабол, напівсинтетичні пеніциліни) (С).

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

## 6. Лікування.

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

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

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

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

Таблиця 3. Рекомендовані дози інгібіторів протеолізу у залежності від фази ДВЗ-синдрому.

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

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

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

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

## 8. Лікування синдрому поліорганної недостатності.

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

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

1. Гайструк А.Н., Гайструк Н.А., Мороз О.В. Неотложные состояния в акушерстве / Под ред. А.Н. Гайструка. – Винница, 2006. – 528 с.
2. Дикий О.М. Шок, термінальні стани, припинення кровообігу. – Полтава: АСМІ, 2003. – 288 с.
3. Зайнулина М.С., Корнюшина Е.А., Степанян М.Л. и др. Тромбофилии в акушерской практике. – Спб.: Издательство Н-Л, 2005. – 46 с.
4. Колесниченко А.П., Грицан Г.В. Особенности этиопатогенеза, диагностики и интенсивной терапии ДВС-синдрома при критических состояниях в акушерско-гинекологической клинике / Методические рекомендации. – Красноярск, 2001. – 29 с.
5. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Краткое руководство. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. - 256 с.
6. Камінський В.В., Голяновський О.В., Ткаченко Р.О. Масивні акушерські кровотечі / Під ред. В.В. Камінського. – Київ: Тріумф, 2010. –232 с.
7. Лихачев В.К. Практическое акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей. – М.: МИА, 2010. – 720 с.
8. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомним курсом: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
9. Лихачов В.К. Практическая гинекология с неотложными состояниями: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2013.-840 с.
10. Сенчук А.Я., Венцковский Б.М. Тромбоэмболические осложнения в акушерстве и гинекологии: Монография / А.Я.Сенчук, Б.М.Венцковский, Т.П.гарник и др. – К.: Маком, 2003.
11. 11. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги» (синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові в акушерстві).
12. В.М.Сидельникова, П.А.Кирющенков Гемостаз и беременность. – М., „Триада-Х”, 2004.
13. Акушерские кровотечения: пособие для врачей /М.А. Репина, Т.У.Кузьминых ДО.С.Зайнулина и др.УПод ред. Э. К. Айламазяна, 2009.- 60 с.

**Методичну розробку практичного заняття підготував д.мед.н професор кафедри акушерства і гінекології № 2 Ліхачов В.К.**

**20.10.2016**

**Прорецензував професор В.К.Ліхачов**

**Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року**

**Методична розробка переглянута і доповнена „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_201\_\_р.**