

KRAUJAVIMO VĒLYVUOJU NĒŠTUMO LAIKOTARPIU, GIMDYMO METU IR ANKSTYVUOJU LAIKOTARPIU PO GIMDYMO DIAGNOSTIKOS IR GYDYMO METODIKA

I. KRAUJAVIMAS VĒLYVUOJU NĒŠTUMO LAIKOTARPIU IR GIMDYMO METU (TLK 10-O44, O45)

1. Apibrēzimas

Kraujavimas vēlyvuoju nēštumo laikotarpiu ir gimdyMO metu, tai yra kraujavimas iš lYties organu po 22 nēštumo savaitēs iki gimdyMO pabaigos, kuris gali bŪti gausus ir pavojingas moters ir vaisiaus gyvybei. Kraujavimu komplikojasi 2–8 proc. nēštumu ir gimdyMu.

2. Etiologija ir klasifikacija

2.1. Kraujavimo priežastys susijusios su nēštumu:

2.1.1. placentos pirmēiga;

2.1.2. ankstyvas placentos atsiskyrimas;

2.1.3. žemas placentos prisitvirtinimas;

2.1.4. gimdos plyšimas;

2.1.5. dangaluose prisitvirtinusios virkštelēs kraujagysliu plyšimas;

2.1.6. gimdos kaklelio vidiniu žiomenu veniniu rezginiu įplyšimas lyginantis ir (ar) trumpējant gimdos kakleliui, taip pat pasišalinus gleiviu „kamščiui“.

2.2. Kraujavimo priežastys, nesusijusios su nēštumu:

2.2.1. gimdos kaklelio vėžys;

2.2.2. gimdos kaklelio uždegimas;

2.2.3. gimdos kaklelio polipas;

2.2.4. makšties varikoziniu mazgu plyšimas;

2.2.5. kraujavimas po lytiniu santykiu ar po makštinio tyrimo ir kt.

II. PLACENTOS PIRMEIGA (TLK 10-O44)

3. Apibrēzimas

3.1. Placentos pirmēiga yra placentos prisitvirtinimas apatiniame gimdos segmente, kai iš dalies arba visiškai uždengiami vidiniai gimdos kaklelio žiomenys.

3.2. Esant placentos pirmēigai, gali prasidėti staigus ir gausus kraujavimas, sukeliantis sunkias komplikacijas:

3.2.1. motinai – hemoraginį šoką, gimdos pašalinimą, mirtį;

3.2.2. vaisiui – neišnešiotumą, perinatalinę mirtį, nukraujavimą (jeigu cezario pjūvio metu vaisius traukiamas per placentą).

4. Etiologija

4.1. Placentos pirmēiga pasitaiko 0,26–0,7 proc. nēštumu. Pagrindinė placentos pirmēigos priežastis – distrofiniai gimdos gleivinės pokyčiai ir (ar) sutikusi kraujotaka apatinėje gimdos dalyje. Dažniausiai placentos pirmēigos priežastis nežinoma.

4.2. Dažnesni rizikos veiksniai:

4.2.1. randas apatiniame gimdos segmente po buvusių cezario pjūvio ir kitu gimdos operacijų;

4.2.2. buvę daug nēštumu ir gimdyMu;

4.2.3. vyresnis nēščiosios amžius;

4.2.4. daugiavaisis nēštumas;

4.2.5. rūkymas;

4.2.6. buvę gimdos išgramdymai;

4.2.7. vaisiaus apsigimimai.

5. Klasifikacija

5.1. Visiška placentos pirmēiga – kai placenta visiškai dengia vidinius gimdos kaklelio žiomenis.

5.2. Dalinė (kraštinė, šoninė) placentos pirmēiga – kai atstumas tarp placentos krašto ir vidiniu gimdos kaklelio žiomenu yra mažiau kaip 2 cm.

6. Diagnostika

6.1. Klinikiniai požymiai:

6.1.1. staiga, be priežasties prasidėjęs gausus kraujavimas iš genitalijų. Kraujavimas, esant placentos pirmeigai, prasideda dėl mechaninio placentos krašto atsidalijimo nuo gimdos sienelės, susitraukiant gimdai ir (ar) formuojantis apatiniam gimdos segmentui, taip pat dėl tiesioginių intravaginių manipulacijų (lytiniai santykiai, makštinis tyrimas);

6.1.2. palpuojant gimda minkšta ir neskausminga;

6.1.3. nėra vaisiaus hipoksijos požymių;

6.1.4. 50 proc. placentos pirmeigos atvejų buvo netaisyklinga vaisiaus padėtis;

6.1.5. išilginės vaisiaus padėties atveju pirmeigė dalis būna aukštai virš įeigos į mažąjį dubenį.

6.2. Apžiūra – makštinis tyrimas negalimas, apžiūrėti tik makštis skėtikliais (**C lygio rekomendacija**).

6.3. Ultragarsinis tyrimas (per makštį ar per pilvo sieną). Placentos pirmeigos atvejais ultragarsinis tyrimas per makštį yra saugus ir žymiai tikslesnis nei tyrimas per pilvo sieną (**B lygio rekomendacija**). Esant randui gimdoje ir placentos pirmeigai, kuomet placentos implantacija priekinėje gimdos sienoje, rekomenduojama doplerometrija dėl įtariamo placentos įaugimo (**C lygio rekomendacija**).

6.4. Nėščiosios gyvybinių funkcijų įvertinimas.

6.5. Vaisiaus būklės įvertinimas.

6.6. Laboratoriniai tyrimai (klinikinis kraujo tyrimas, kraujo grupės ir rezus faktoriaus (Rh D) nustatymas, kraujo krešumo rodiklių nustatymas).

7. Taktika ir gydymas

7.1. Prasidėjus kraujavimui placentos pirmeigos atveju, moteris turi būti hospitalizuojama į akušerijos skyrių (**C lygio rekomendacija**). Patvirtinus placentos pirmeigą, tolesnė gydymo taktika pasirenkama atsižvelgiant į kraujavimo intensyvumą, nėštumo dydį ir vaisiaus brandumą. Placentos pirmeigos atvejais saugiausias gimdymo būdas yra cezario pjūvio operacija (**B lygio rekomendacija**). Pjūvis gimdoje pasirenkamas atsižvelgiant į individualią akušerinę situaciją.

7.2. Prasidėjus gausiam moters gyvybei pavojingam kraujavimui, neatsižvelgiant į nėštumo dydį, skubiai daroma cezario pjūvio operacija, koreguojama hipovolemija ir mažakraujystė.

7.3. Jeigu kraujavimas negausus, o nėštumas neišnešiotas, pasirenkama konservatyvi taktika: gulimas (lovos) režimas, skiriama tokolizė (esant indikacijų) ir gliukokortikoidų vaisiaus plaučiams brandinti (nuo 24 iki 34 nėštumo savaitės) (**A lygio rekomendacija**).

7.4. Nėščiosioms, kurioms nustatytas neigiamas rezus faktorius, esant kliniškai reikšmingam kraujavimui, skiriama anti-D imunoglobulino (**C lygio rekomendacija**).

III. ANKSTYVAS PLACENTOS ATSISKYRIMAS (TLK 10-O45)

8. Apibrėžimas

8.1. Ankstyvas placentos atsiskyrimas – tai normaliai prisitvirtinusios placentos atsidalijimas nuo gimdos sienelių iki vaisiaus užgimimo. Ankstyvas placentos atsiskyrimas pasitaiko 0,5–1,8 proc. nėščiųjų, apie 50 proc. atvejų placenta prieš laiką atsidalija nėštumo metu.

8.2. Dėl ankstyvojo placentos atsiskyrimo moteriai dažniausiai atsiranda šių komplikacijų: gimdos apopleksija ir pogimdyminis kraujavimas, hemoraginis šokas, DIKS, inkstų ir smegenų išemija, hipofizės išeminė nekrozė, mirtis; vaisiui ir naujagimiui – perinatalinė žūtis (iki 67 proc.), neišnešiotumas, augimo sulėtėjimas, anemija.

9. Etiologija.

9.1. Daugeliu atvejų ankstyvo placentos atsiskyrimo etiologija išlieka neaiški. Tiesioginės priežastys yra pilvo traumos (pvz., smūgis į moters pilvą, pilvo trauma autoavarijos metu).

9.2. Ankstyvą placentos atsiskyrimą skatinančios priežastys:

9.2.1. ankstyvas placentos atsiskyrimas ankstesnių nėštumų metu;

9.2.2. lėtinė ar nėštumo sukelta hipertenzija, preeklampsija;

9.2.3. kraujagyslių nepakankamumas ar pažeidimas (cukrinis diabetas, kolagenozė, įgimta trombofilija);

9.2.4. įgimta hipofibrinogenemija;

9.2.5. gimdos anomalijos ir augliai (miomos);

9.2.6. daugkartinis gimdymas;

9.2.7. vyresnis nėščiosios amžius;

9.2.8. rūkymas;

9.2.9. narkotikų vartojimas (ypač kokaino);

9.2.10. chorionamnionitas;

9.2.11. trumpa virkštelė;

9.2.12. staigus pertentos gimdos vidinio tūrio sumažėjimas.

10. Klasifikacija

10.1. Dalies placentos ankstyvas atsiskyrimas.

10.2. Visos placentos ankstyvas atsiskyrimas.

11. Diagnostika

11.1. Būdingi klinikiniai požymiai:

11.1.1. kraujavimas per makštį (apie 80 proc. atvejų) ar vidinis kraujavimas (retroplacentinė hematoma);

11.1.2. ūminis, stiprus pilvo skausmas;

11.1.3. gimdos skausmingumas;

11.1.4. dažni gimdos susitraukimai, tarp jų gali išlikti padidėjęs gimdos tonusas;

11.1.5. vaisiaus hipoksijos požymiai;

11.1.6. hipovoleminis šokas;

11.1.7. kraujo krešėjimo sutrikimai.

11.2. Ultragarinio tyrimo jautrumas ir specifiskumas diagnozuojant ankstyvą placentos atsiskyrimą, yra mažas, tačiau šį tyrimą reikia atlikti, kad būtų nustatyta, ar kraujavimo priežastis nėra placentos pirmeiga.

11.3. Diagnozę patvirtina po gimdymo randamas tvirtai prie placentos motininio paviršiaus prilipęs kraujo krešulys.

12. Taktika ir gydymas

12.1. Taktika priklauso nuo įtariamo ankstyvo placentos atsiskyrimo dydžio, moters ir vaisiaus būklės, nėštumo laiko bei komplikacijų. Įtarus ankstyvą placentos atsiskyrimą, nėščioji skubiai hospitalizuojama (**C lygio rekomendacija**), stebimos ir vertinamos moters gyvybinės funkcijos (arterinis kraujo spaudimas(AKS), širdies susitraukimų dažnis (ŠSD), diurezė, esant galimybei – pulsoksimetrija), stebima vaisiaus būklė, vertinamas gimdos tonusas (registruojama kardiotokograma), atliekamas ultragarinis tyrimas (atmesti placentos pirmeigą, įvertinti vaisiaus dydį), laboratoriniai tyrimai (klinikinis kraujo tyrimas, kraujo grupės ir rezus faktoriaus (Rh D), kraujo krešumo rodiklių nustatymas, kraujo tapatumo mėginio atlikimas prieš hemotransfuziją), sutapatinama ir rezervuojama 2–4 vnt. eritrocitų masės.

12.2. Konservatyvi (stebėjimo) taktika pasirenkama, kai:

12.2.1. vaisius nesubrendęs;

12.2.2. nėra vaisiaus hipoksijos požymių;

12.2.3. gimdos tonusas normalus;

12.2.4. moters hemodinamika stabili.

12.3. Veiksmai, pasirinkus konservatyvią taktiką:

12.3.1. vaisiaus būklės stebėjimas (dėl hipoksijos ir augimo sulėtėjimo);

12.3.2. moters gyvybinių funkcijų stebėjimas;

12.3.3. tokolizė (prireikus) ir vaisiaus plaučių brandinimas (nuo 24 iki 34 nėštumo savaitės) (**A lygio rekomendacija**).

12.4. Aktyvi taktika (nėštumo užbaigimas) pasirenkama, kai yra:

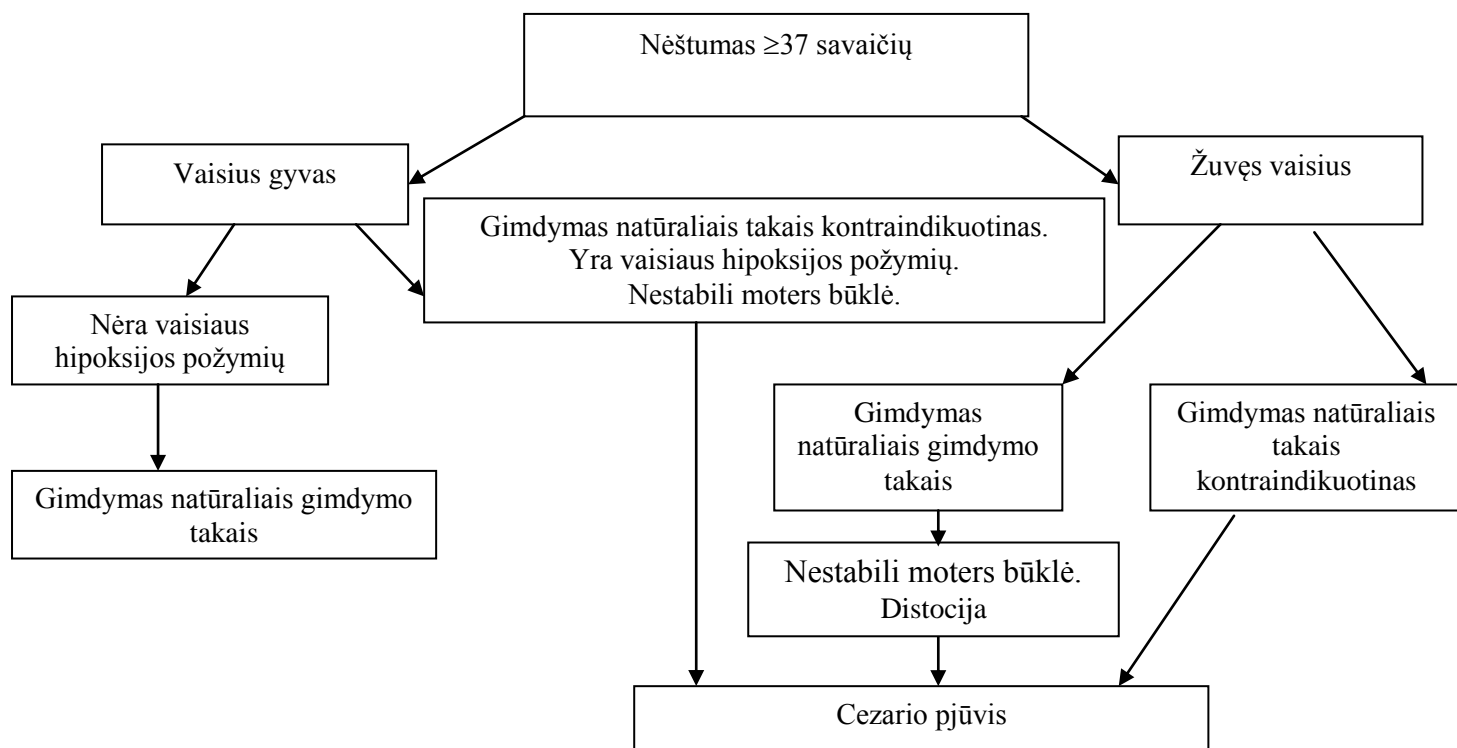
12.4.1. moters gyvybei pavojingas kraujavimas;

12.4.2. vaisiaus hipoksija;

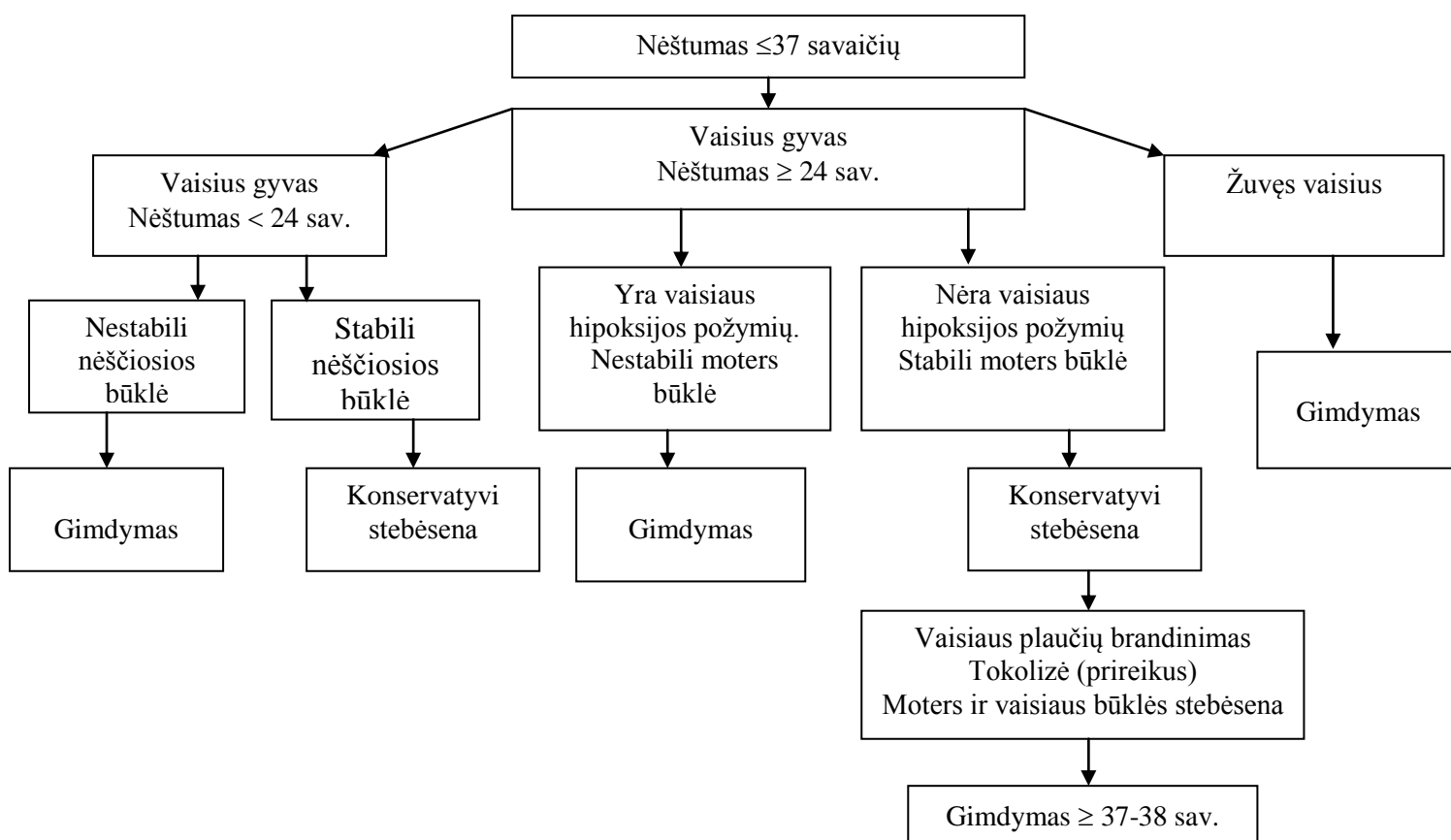
12.4.3. išnešiotas (subrendęs) vaisius;

12.4.4. žuvęs vaisius.

12.5. Veiksmų algoritmas ankstyvo placentos atsiskyrimo atveju, esant ≥ 37 savaičių nėštumui



12.6. Veiksmų algoritmas ankstyvo placentos atsiskyrimo atveju, esant ≤ 37 savaičių nėštumui



- 12.7. Gimdyti natūraliais gimdymo takais rekomenduojama, kai:
- 12.7.1. nėra vaisiaus hipoksijos požymių arba vaisius žuvis;
 - 12.7.2. kraujavimas nepavojingas moters gyvybei;
 - 12.7.3. kai gimdymas numatomas per *vias naturales*, atliekama:
 - 12.7.3.1. amniotomija;
 - 12.7.3.2. neprasidedant savaiminei gimdymo veiklai, stimuliacija oksitocinu į veną;
 - 12.7.3.3. esant indikacijų, hipovolemijos ir kraujo krešėjimo sutrikimų korekcija.
- 12.8. Cezario pjūvį rekomenduojama atlikti, kai:
- 12.8.1. yra vaisiaus hipoksijos požymių;
 - 12.8.2. yra moters gyvybei pavojingas kraujavimas;
 - 12.8.3. nepavykus sužadinti gimdymo.

IV. KRAUJAVIMAS PO GIMDYMO (TLK 10-O70, O71, O72)

13. Apibrėžimas

13.1. Kraujavimu ankstyvuoju laikotarpiu po gimdymo vadinamas kraujavimas per pirmąsias 24 valandas po gimdymo, kai gimdyvė netenka 500 ml ar daugiau kraujo po gimdymo natūraliais takais ar daugiau nei 1000 ml cezario pjūvio operacijos metu ir (ar) dėl to sutrinka hemodinamika.

13.2. Kraujavimu ankstyvuoju laikotarpiu po gimdymo komplikuojasi 1,4–3,6 proc. natūralių gimdymų, iki 6,4 proc. – cezario pjūvio operacijų.

14. Etiologija

14.1. Gimdos atonija. Tai yra dažniausia kraujavimo ankstyvuoju laikotarpiu po gimdymo priežastis (iki 80 proc. atvejų). Gimdos atoniją sąlygojantys veiksniai (šie rizikos veiksniai gimdos atoniją lemia tik dviem trečdaliais gimdymų, todėl kartais jos numatyti neįmanoma):

- 14.1.1. anatominis ir funkcinis gimdos raumens nepakankamumas (sklaidos anomalijos, miomos);
- 14.1.2. gimdos pertempimas (daugiavaisis nėštumas, stambus vaisius, polihidramnionas);
- 14.1.3. degeneraciniai pokyčiai (daug gimdymų, gimdos išgrandymai, endometritai);
- 14.1.4. pogimdyminis kraujavimas ankstesnių gimdymų metu;
- 14.1.5. užsitęsęs ar greitas gimdymas;
- 14.1.6. oksitocinu sužadintas ar skatintas gimdymas;
- 14.1.7. vakuuminė vaisiaus ekstrakcija, akušerinėmis replėmis užbaigtas gimdymas;
- 14.1.8. sunki preeklampsija ar eklampsija;
- 14.1.9. bendroji anestezija (ypač su halogeniniais junginiais);
- 14.1.10. tokolitinių vaistų vartojimas;
- 14.1.11. intrauterinė infekcija.

14.2. Gimdymo takų, gimdos plyšimas ir tai sąlygojantys rizikos veiksniai:

- 14.2.1. randas gimdoje;
- 14.2.2. stambus vaisius;
- 14.2.3. vaisiaus galvos ir moters dubens neatitikimas;
- 14.2.4. gimdymo veiklos perstimuliavimas;
- 14.2.5. replių naudojimas;
- 14.2.6. vaisiaus vidinis apgręžimas ir ištraukimas;
- 14.2.7. buvę daug gimdymų;
- 14.2.8. jaugusi/priaugusi placenta ankstesnių gimdymų metu;
- 14.2.9. gimdos vystymosi anomalijos.

14.3. Gimdos išsivertimas ir jį sąlygojantys rizikos veiksniai:

- 14.3.1. neteisinga placentinio laikotarpio priežiūra;
- 14.3.2. stambus vaisius;
- 14.3.3. pirmas gimdymas.

14.4. Priaugusi ir jaugusi placenta ir tai sąlygojantys rizikos veiksniai:

- 14.4.1. randas gimdoje;
- 14.4.2. daugkartiniai gimdymai;
- 14.4.3. anksčiau atlikti gimdos išgrandymai;

14.4.4. vyresnis moters amžius;

14.4.5. hipertenzinės būklės;

14.4.6. placentos pirmėiga.

14.5. Kraujo krešėjimo sutrikimai ir dažniausios jų priežastys:

14.5.1. gestacinė trombocitopenija (gimdymas natūraliais takais saugus, jei trombocitų yra $\geq 50 \times 10^9/l$, cezario pjūvis, epidurinė ar spinalinė anestezija saugūs, jei trombocitų $\geq 80 \times 10^9/l$);

14.5.2. idiopatinė trombocitopeninė purpura (skiriama trombocitų masės transfuzija);

14.5.3. *von Willebrand* liga (skiriamas sintetinis desmopresinas, krioprecipitatas, hemoptinas);

14.5.4. diseminuota intravaskulinė koagulacija:

14.5.4.1. dažniausios diseminuotos intravaskulinės koagulacijos priežastys:

14.5.4.1.1. placentos priešlaikinis atsidalinimas;

14.5.4.1.2. seniai (>5 savaičių) gimdoje žuvęs vaisius;

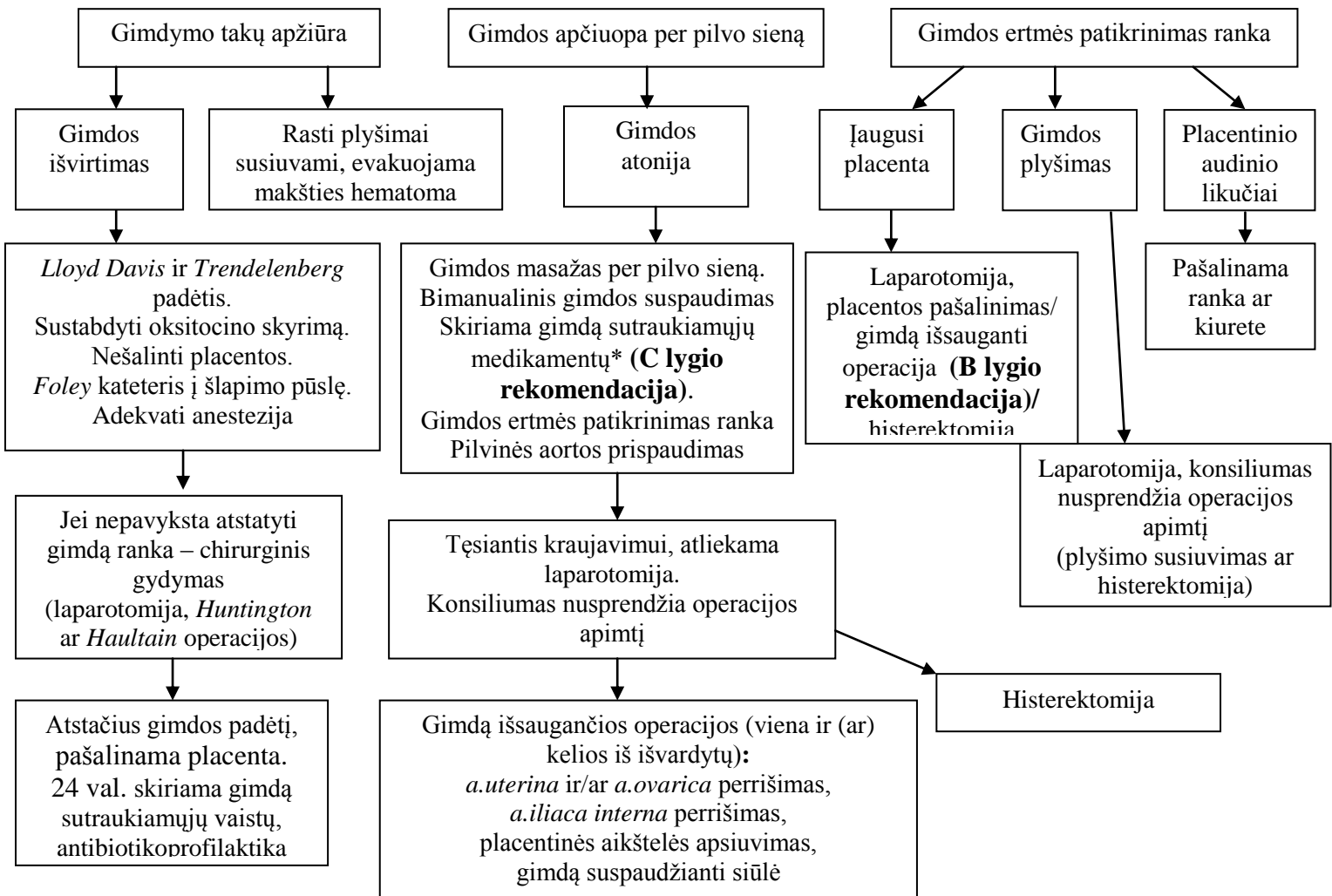
14.5.4.1.3. embolija vaisiaus vandenimis;

14.5.4.1.4. masyvus nukraujavimas ir masyvi kraujo transfuzija;

14.5.4.1.5. septicemija (septinis abortas, pogimdyminis sepsis);

14.5.4.1.6. sunki preeklampsija, eklampsija.

15. Ankstyvo pogimdyminio kraujavimo diagnostikos ir gydymo algoritmas



16. Gydymo organizavimas

16.1. Pagalbą teikiančioje komandoje turėtų būti:

gydytojai akušeriai ginekologai, akušeriai, gydytojas anesteziologas reanimatologas, anestezijos ir intensyviosios terapijos slaugytojas, slaugytojo padėjėjas (**C lygio rekomendacija**).

16.2. Vienas atsakingas asmuo stebi ir registruoja:

- 16.2.1. netekto kraujo kiekį;
 16.2.2. moters gyvybines funkcijas (AKS, ŠSD, diurezę);
 16.2.3. skiriamų tirpalų bei vaistų dozes.
 16.3. Visi išvardyti veiksmai ir procedūros atliekami vienu metu ir greitai:
 16.3.1. nustatoma ir šalinama kraujavimo priežastis (žr. Algoritmą);
 16.3.2. kateterizuojamos dvi periferinės venos (viena ne plonesniu kaip 14–16G kateteriu);
 16.3.3. atliekami (jei neatlikta anksčiau) laboratoriniai tyrimai (klinikinis kraujo tyrimas, kraujo grupės ir rezus faktoriaus (Rh D), kraujo krešumo rodiklių nustatymas, kraujo tapatumo mėginio atlikimas prieš hemotransfuziją), sutapatinama ir rezervuojama 2–4 vnt. eritrocitų masės;
 16.3.4. gimdyvei tiekiamas deguonis per kaukę 8 l/min. greičiu;
 16.3.5. pradedama intraveninė hipovolemijos korekcija kristaloidų tirpalais (Ringerio ar izotoninis tirpalas);
 16.3.6. įstatomas nuolatinis kateteris į šlapimo pūslę;
 16.3.7. atsiradus hipoksemijai, tapačios eritrocitų masės transfuzija (išskirtiniais atvejais – 0(I) grupės Rh(-));
 16.3.8. išryškėjus kraujo krešumo sutrikimams, skiriama trūkstantų krešumo faktorių.

17. Gimdos atonijai gydyti rekomenduojami vaistai, jų dozės ir vartojimo būdai

Vaistas	Dozė	Skyrimo būdas	Dozės kartojimo intervalas	Kontraindikacijos
Oksitocinas	20–80 VV/1000 ml kristaloidų tirpalo	i/v (papildomai galima 10 VV i/r, i/m)	nuolatinė infuzija	nėra
Skalsių alkaloidai (<i>Methylergometrine</i>)	0,2 mg	į raumenis	kita dozė po 15 min., toliau kas 2–4 val.	hipertenzija, vainikinės kraujotakos nepakankamumas
Sintetinio PGE ₁ analogas misoprostolis (<i>Cytotec</i>)	600µg	Geriamas arba po liežuviu (arba į tiesiąją žarną)	Vienkartinė dozė Galima pakartoti ne anksčiau kaip po 2 val.	nėra
15 metil PGF _{2α} (<i>Enzaprost, Carboprost, Hemabate</i>)	0,25 mg	i/r., i/m.	kas 15–90 min. ne daugiau kaip 8 dozės (iš viso 2 mg)	aktyvios širdies, kepenų ir inkstų ligos, astma
Prostaglandinai E ₂ (<i>Dinoprostone, Prostin E2</i>)	20 mg	į tiesiąją žarną	kas 2 val.	hipotenzija

i/r. – į raumenis, i/v. – į veną, i/m – į miometriumą laparotomijos metu.

18. Pogimdyminio kraujavimo profilaktika

18.1. Kiekvienoje gimdymo pagalbą teikiančioje gydymo įstaigoje privalo būti pogimdyminio kraujavimo profilaktikos ir gydymo protokolas (**C lygio rekomendacija**).

18.2. Esant pogimdyminio kraujavimo rizikai, turi būti pasiruošta galimam eritrocitų masės perpylimui (nustatyta kraujo grupė ir Rh faktorius, sutapatinta ir rezervuota 2 vnt. eritrocitų masės).

18.3. Aktyvi placentinio laikotarpio priežiūra:

18.3.1. oksitocino 5–10 VV į veną (leidžiant neskiestą, gali sukelti ryškią hipotenziją) arba į raumenis, užgimus priekiniam vaisiaus petukui;

18.3.2. ankstyvas virkštelės perkirpimas (per 3 min.);

18.3.3. kontroliuojamas traukimas už virkštelės.

18.4. Aktyvi taktika placentiniu laikotarpiu 60–70 proc. sumažina pogimdyminio kraujavimo atvejų (**A lygio rekomendacija**), sumažėja gimdymo metu netenkamo kraujo kiekis, rečiau atliekamos chirurginės intervencijos bei eritrocitų masės transfuzijos, todėl rekomenduojama taikyti visoms gimdyvėms.

19. Prognozė

- 19.1. Gimdyvių nukraujavimo ir mirties išvengiama, jei:
 - 19.1.1. tiksliai įvertinamas netekto kraujo kiekis;
 - 19.1.2. adekvačiai ir greitai koreguojama hipovolemija;
 - 19.1.3. skiriama reikalingų medikamentų;
 - 19.1.4. laiku priimamas sprendimas atlikti chirurgines intervencijas.

Metodikos rengėjai

1. Laima Maleckienė, KMU Akušerijos ir ginekologijos klinika, Eivenių g. 2, Kaunas.
2. Jolita Zakarevičienė, Vilniaus universiteto Akušerijos ir ginekologijos klinika, Antakalnio g. 57, Vilnius.
3. Romoaldas Juršėnas, Vilniaus miesto universitetinė ligoninė, Antakalnio g. 57, Vilnius.
4. Diana Ramašauskaitė, Vilniaus universiteto Akušerijos ir ginekologijos klinika, Antakalnio g. 57, Vilnius.
5. Jurgita Balčiūnienė, Šiaulių ligoninės Akušerijos ir ginekologijos klinika, Architektų g. 75, Šiauliai.
6. Neringa Kaupaitė, Respublikinės Klaipėdos ligoninės konsultacinė poliklinika, S. Nėries g. 3, Klaipėda.

Literatūra:

1. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;107(4):927–939.
2. Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstetrics&Gynecology*. 2006;108(4):1005–1012.
3. Yeo L, Ananth CV, Vintzileos AM. Placenta abruption. In : Sciarra JJ, editor. *Gynecology and obstetrics*. Philadelphia. Lippincott William and Wilkins; 2001. Vol 2; Chap 50. p. 1–25.
4. ACOG practice bulletin. Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 108(4):1039–1045.
5. Cumingham FG, Leveno KJ, Bleom LS, Williams Obstetrics 22–nd edition 2005 p. 823 – 849.
6. R. Nadišauskienė, B. Stray – Pedersen „Geros akušerinės praktikos gairės“, 2005; p.110 – 111.
7. G. Drąsutienė „Akušerijos ir ginekologijos praktikos vadovas“, 2008; p.114 – 118, 206 – 211.
8. „Akušerijos ir ginekologijos praktikos vadovas“, 2003; p.186 – 188.
9. Maleckienė L. Kraujavimas nėštumo metu. R. Nadišauskienė „Nėštumo patologija“, 2008; UAB „Vitae litera“ Kaunas p.50 – 56.
10. Maleckienė L. Kraujavimas placentiniu ir ankstyvuojų pogimdyminiu laikotarpiu. R. Nadišauskienė „Gimdymas“, 2004; UAB „Vitae litera“ Kaunas; p.97 – 102.
11. Blum J, Alfirevic Z, Walraven G, Weeks A, Winikoff B. Treatment of postpartum haemorrhage with misoprostol. *Int J Obstet Gynecol* 2007;99:S202-S205.
12. Gulmezoglu AM, Villar J, Ngoc NT, Piaggio G, Carroli G, Adetoro L et al. WHO multicentre randomised trial of misoprostol in the management of the third stage of labour. *Lancet* 2001;358:689-695.
13. B – Lynch C, Coker A, Lawal AH, Abu J, Cowen MJ. The B – Lynch surgical technique for the control of massive postpartum hemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five case reported. *Br J Obstet Gynecol* 1997 [medline].
14. Placenta previa and placenta praevia accreta: diagnosis and mangement. RCOG guideline No.27, 2005.