



**ВТОРОЙ СЪЕЗД
АССОЦИАЦИИ АКУШЕРСКИХ
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ-РЕАНИМАТОЛОГОВ
19-21 ОКТЯБРЯ 2016**



г. Санкт-Петербург, площадь Победы, д. 1.
Гостиница "Park Inn by Radisson Пулковская"

Сохранение матки-что умеем



**ГБУЗ СО «ОДКБ №1» Областной
перинатальный центр г. Екатеринбург**

к.м.н. Жилин А.В.

к.м.н. Беломестнов С.Р.

к.м.н. Матковский А.А.

Table 1: Risk factors for PPH

a) presenting antenatally and associated with a substantial increase in the incidence of PPH; women with these factors should be advised to deliver in a consultant-led maternity unit

Risk factor	Four T's	Approximate odds ratio for PPH (99% CI)
● Suspected or proven placental abruption	Thrombin	13 (7.61–12.9)
● Known placenta praevia	Tone	12 (7.17–23)
● Multiple pregnancy	Tone	5 (3.0–6.6)
● Pre-eclampsia/gestational hypertension	Thrombin	4

b) presenting antenatally and associated with a significant (though smaller) increase in the incidence of PPH; these factors should be taken into account when discussing setting for delivery

Risk factor	Four T's	Approximate odds ratio for PPH (99% CI)
● Previous PPH	Tone	3
● Asian ethnicity	Tone	2 (1.48–2.12)
● Obesity (BMI >35)	Tone	2 (1.24–2.17)
● Anaemia (<9 g/dl)	–	2 (1.63–3.15)

c) becoming apparent during labour and delivery; these factors should prompt extra vigilance among clinical staff

Risk factor	Four T's	Approximate odds ratio for PPH (99% CI)
● Delivery by emergency caesarean section	Trauma	4 (3.28–3.95)
● Delivery by elective caesarean section	Trauma	2 (2.18–2.80)
● Induction of labour	–	2 (1.67–2.96)
● Retained placenta	Tissue	5 (3.36–7.87)
● Mediolateral episiotomy	Trauma	5
● Operative vaginal delivery	Trauma	2 (1.56–2.07)
● Prolonged labour (> 12 hours)	Tone	2
● Big baby (> 4 kg)	Tone/trauma	2 (1.38–2.60)
● Pyrexia in labour	Thrombin	2
● Age (> 40 years, not multiparous)	Tone	1.4 (1.16–1.74)



Причины кровотечений

FOUR TS	CAUSE	APPROXIMATE INCIDENCE (%)
Tone	Atonic uterus	70
Trauma	Lacerations, hematomas, inversion, rupture	20
Tissue	Retained tissue, invasive placenta	10
Thrombin	Coagulopathies	1

Prevention and Management of Postpartum Hemorrhage

JANICE M. ANDERSON, M.D., Forbes Family Medicine Residency Program, Western Pennsylvania Hospital Forbes Regional Campus, Monroeville, Pennsylvania
DUNCAN ETCHES, M.D., M.CL.SC., University of British Columbia Faculty of Medicine, Vancouver, British Columbia

Am Fam Physician. 2007 Mar 15;75(6):875-882.

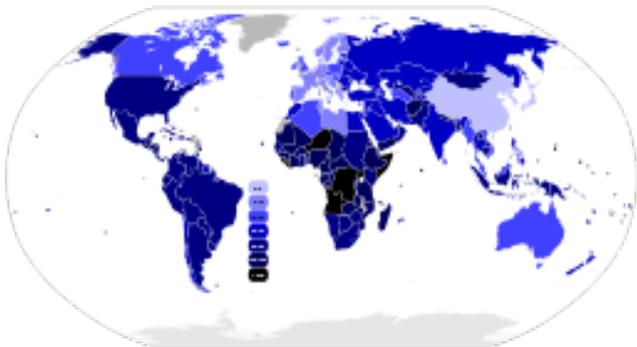
Показания для госпитализации в «ГБУЗ СО ОДКБ №1» Областной перинатальный центр г. Екатеринбург



- **Предлежание плаценты, вращение плаценты**
- Преэклампсия средней и тяжелой степени, эклампсия
- Заболевания печени, холестатический гепатоз
- **Доброкачественные опухоли матки больших размеров (>10 см), атипичное расположение узла**
- Заболевания крови (апластические, гемолитические анемии, тромбоцитопении), клинически подтвержденные дефекты гемостаза
- Тяжелая железодефицитная анемия (< 70 г/л)
- Онкологические заболевания любой локализации
- Наличие у плода врожденных аномалий развития
- Преждевременные роды, включая ПРПП, при сроке менее 30 недель



Приказ МЗ СО от 31.07.2013г. №966-п и от 01.08.14 №1004 –п «О маршрутизации беременных, рожениц и родильниц на территории Свердловской области»



50-е года 20 века- 1 на 30000 родов
70-е годы 1 на 4027-7000 родов
80-е годы 1 на 2510 родов
90-е годы 1 на 533 родов
Средняя частота врастания плаценты
1 на 1000-2500 родов

- ✓Breen J. L., Neubecker R., Gregori C. A., Franklin J. E. Jr. //Obstet. Gynecol. — 1977. — Vol. 49, № 1. — P. 43—47.
- ✓Read J. A., Cotton D. B., Miller F. C. //Obstet. Gynecol. — 1980. — Vol. 56, № 1. — P. 31—34.
- ✓Miller D. A., Chollet J. A., Goodwin T. M. //Am. J. Obstet. Gynecol. — 1997. — Vol. 177, № 1. — P. 210—214.
- ✓Wu S., Kocherginsky M., Hibbard J. U. //Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 192. — P. 1458—1461.
- ✓Eller A. G., Porter T. F., Soisson P., Silver R. M. //BJOG. — 2009. — Vol. 116, № 5. — P. 648—654.



Областной
перинатальный центр
2015-2016 (9мес.)
Родов 9504

401 пациентка с предлежанием
плаценты (4,2 %)
44 пациентки с вращением плаценты
(10,9%)

4,6 на 1000 родов

Особенности анамнеза и течения беременности пациенток с вращением плаценты, формированием «маточной грыжи» (несостоятельного рубца) при предлежании (абс.,%)

	(абс.,%)
Повторнобеременные, повторнородящие	44 (100%)
Рубцы на матке	39 (88,6%)
Выскабливания полости матки	36 (81,8%)
Курение	10 (22,3%)
Полное предлежание	37 (84,1%)
Неполное предлежание	7 (15,9%)
Кровотечение в 1-ом триместре	6 (13,6%)
Кровотечение во 2-ом триместре	1 (2,3%)
Анемия легкой степени	33(75%)
уровень	101,6±9,1
Анемия средней степени	5(11,4%)
уровень	81±6,04

Проблемы аномалий плацентации

- **Увеличение числа кесаревых сечений**
- **Родоразрешение данных пациенток сопровождается кровотечением**
- **Необходимость управления интраоперационной кровопотерей**
- **Проведение органосохраняющих вмешательств**
- **Своевременная диагностика вставания плаценты**
- **Оптимальная маршрутизация**

Placenta praevia, placenta praevia accreta and vasa praevia: diagnosis and management



Royal College of
Obstetricians and
Gynaecologists

Setting standards to improve women's health

Green-top Guideline No. 27

January 2011

Link between number of previous caesarean sections and risk of placenta accreta, placenta praevia and hysterectomy¹²⁷

Number of previous caesarean section(s)	Number of women	Number of women with placenta accreta	Chance of placenta accreta if placenta praevia	Number of hysterectomies
0	6201	15 (0.24%)	3%	40 (0.65%)
1	15 808	49 (0.31%)	11%	67 (0.42%)
2	6324	36 (0.57%)	40%	57 (0.9%)
3	1452	31 (2.13%)	61%	35 (2.4%)
4	258	6 (2.33%)	67%	9 (3.49%)
5	89	6 (6.74%)	67%	8 (8.99%)

Этапы ведения и родоразрешения пациенток с предлежанием, вращением плаценты

Этап консультативной помощи и направления

- Маршрутизация для консультативной помощи всех пациенток после проведения 2ого УЗИ скрининга в ГБУЗ СО «ОДКБ №1» при выявлении предлежания плаценты (признаков вращаения) (приказ МЗ СО)
- Проведение 3 скрининга в ГБУЗ СО «ОДКБ№1» (приказ МЗ СО)
- Направление для госпитализация в стационар в сроке 35 недель.
- Пациентки отдаленных территорий размещаются с 34 недель в пансионате ГБУЗ СО «ОДКБ №1» («шаговая» доступность помощи), с последующей госпитализацией.

Commentary 'All women with prior caesarean section should have a 6- to 8-week scan to predict placenta accreta'

The systematic review by Comstock et al., published in this issue, gives us confidence that an early ultrasound scan is sensitive and specific for the detection of placenta accreta. Appraisal of current scientific knowledge about placenta accreta will lead to the belief that we are in a cul-de-sac with this serious condition. There is an abundance of knowledge on the association of scar pregnancy and abnormal adherence of the placenta (Fylstra *Ob Gynecol Survey* 2002 57:537-543; Timor-Trisch et al. *AJOG* 2012;207:44.e1-13). This clinical link remains under-utilised. We think that it provides a clue to the solution of the problem of placenta accreta and suggests a hypothesis.

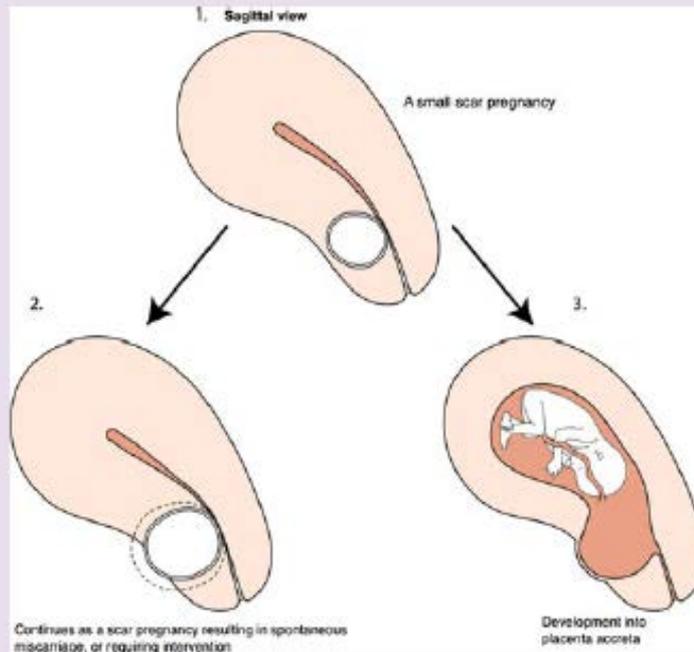


Figure 1. The fate of a low pregnancy sac in a scarred uterus.

Внедрение скрининга в сроке 6-8 недель гестации на формирование врастания хориона среди женщин перенесших кесарево сечение

H El-Refaey,^a F El-Hibri^b & N Youakim^c

^aDepartment of Obstetrics and Gynaecology, Chelsea and Westminster Hospital, London, UK

^bRoyal Surrey County Hospital, Guildford, UK

^cUniversity Hospital, Coventry, UK

Sensitivity and specificity of ultrasound and MRI.

	Se	Sp	PPV	NPV	Exact diagnosis
	%, (CI)				
Ultrasound	100	37.5	72.2	100	76.2
n = 42	(87.1–100)	(18–61)	(56–84)	(61–100)	(61–86)
MRI	76.9	50	71.4	57	66.7
n = 42	(58–89)	(28–72)	(52.9–84.7)	(32.6–79)	(51–79)
P * McNemar test	0.03	0.6			NS

Se = sensitivity, Sp = specificity, PPV = predictive positive value, NPV = negative predictive value.
doi:10.1371/journal.pone.0094866.t002

Riteau AS, Tassin M, Chambon G, Le Vaillant C, de Laveaucoupet J, et al. (2014) Accuracy of Ultrasonography and Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Placenta Accreta. PLoS ONE 9(4): e94866.

doi:10.1371/journal.pone.0094866 Published: April 14, 2014

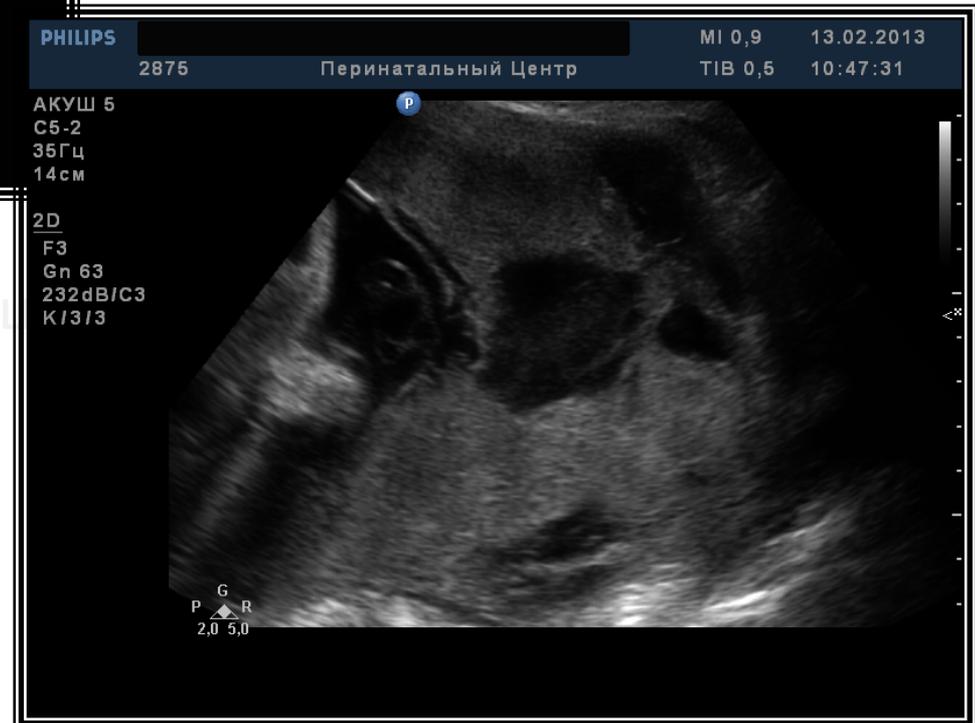
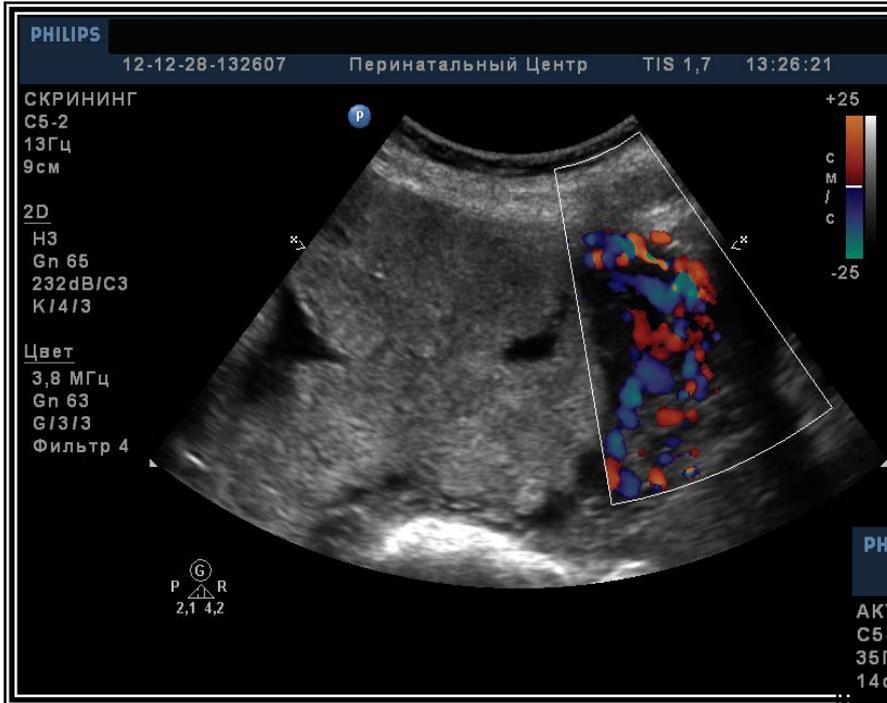
<http://127.0.0.1:8081/plosone/article?id=info:doi/10.1371/journal.pone.0094866>

Критерии «врастания плаценты»

- Истончение или отсутствие мышечной стенки матки в зоне плацентарной площадки
- Отсутствие четкой границы между плацентой и миометрием
- Наличие лакун плаценты («венозных» лакун), напоминающих «Swiss cheese», «Moth-eaten»
- Выраженная сосудистая сеть (васкуляризация) в месте врастания плаценты

УЗ диагностика

Выраженная васкуляризация в области рубца



Расширенные лакуны плаценты
«швейцарский сыр», «следы моли»

Этапы ведения и родоразрешения пациенток с предлежанием, вращением плаценты

Этап дородовой госпитализации

- При наличии анемии (Hb <100 г/л), проведение терапии антианемическими препаратами для парентерального применения
Легкой степени 33 (75%), Средней 5 (11,4%), тяжелая (2,3%)
- УЗ исследование для уточнения уровня расположения края плаценты, признаки вовлечения стенки мочевого пузыря.
- Проведение профилактики СДР новорожденного (учитывая «пограничный» срок родоразрешения).
- Заключение гемотрансфузиолога (определение концепции трансфузионной подготовки)

Проведение заместительной ГТТ* в зависимости от объема патологической кровопотери

Объем кровопотери	2013	ГТТ, %	2014	ГТТ, %	2015	ГТТ%
1,0-1,499	93 (61,5%)	13 (14%)	79 (52%)	23 (29%)	72(52%)	5(6,9%)
1,5-1,999	25 (16,5%)	11 (44%)	22 (14,6%)	20 (90%)	33(22%)	7(23%)
2,0 и более	33 (21,8%)	16 (48%)	49 (32,5%)	31 (63%)	37(26%)	25(67,6%)



	2013	2014	2015
Аппаратная реинфузия (абс, %)	289	293	265 (13%)
CellSaver	(12,4%)	(13,5%)↑	
Объем реинфузии (литры)	70,5	83,2	78,4
Гемодилюция (абс.)	79	77 (3,5%)	106 (5,2%)
	(3,4%)		
Объем реинфузии (литры)	35,6	32,9	46,35
Донорские Эритроциты (л)	68,8	109,9	104,6
Аутоэритроциты (л)	106,0	116,1 ↑	124,75

Методы консервативного гемостаза и кровесберегающие

технологии

- Применение утеротоников

- ✓ внутривенное введение окситоцина

- ✓ применение карбетоцина

- ✓ использование мизопростола

- Антифибринолитики (транексамовая кислота)

- Интраоперационная нормоволемическая гемодилюция

- Аппаратная реинфузия аутоэритроцитов

- Компоненты крови (СЗП, тромбоциты, криопреципитат)

- Факторы свертывания

РЕЗУЛЬТАТЫ МНОГОЦЕНТРОВОГО ПРОСПЕКТИВНОГО СРАВНИТЕЛЬНОГО РАНДОМИЗИРОВАННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТОВ ПАБАЛ® (КАРБЕТОЦИН) И ОКСИТОЦИН

*Беломестнов С.Р.¹, Галина Т.В.^{2,3}, Жилин А.В.¹, Кирбасова Н.П.⁴, Козыренко Е.М.⁵,
Куликов А.В.^{1,6}, Радзинский В.Е.^{2,3}, Рымашевский А.Н.^{7,8}, Холопов А.В.^{5,9},
Шифман Е.М.¹⁰, Цхай В.Б.^{11,12}*

¹ГБУЗ Свердловской области «Областная детская клиническая больница № 1», 620149, г. Екатеринбург;

²ГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», 117198, г. Москва; ³ГБУЗ г. Москвы «Городская клиническая больница № 29 им. Н.Э. Баумана Департамента здравоохранения г. Москвы», 111020, г. Москва; ⁴Институт профессионального образования ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России», 119991, г. Москва; ⁵ОГАУЗ «Областной перинатальный центр», 634040, г. Томск; ⁶ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, 620028, г. Екатеринбург; ⁷ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, 344022, г. Ростов-на-Дону; ⁸МБУЗ «Родильный дом № 5», 344022, г. Ростов-на-Дону; ⁹Департамент здравоохранения Томской области, 634041, Томская область, г. Томск; ¹⁰ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского», 129110, г. Москва; ¹¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, 660022, г. Красноярск; ¹²КБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства», 660074, г. Красноярск

1. Препарат Пабал® (карбетоцин) является эффективным утеротоническим средством, применение которого достоверно снижает объем кровопотери при абдоминальном родоразрешении по сравнению с окситоцином у пациенток с рубцом на матке, крупным плодом, многоплодной беременностью.

2. При профилактике кровотечения препаратом Пабал® (карбетоцин) значительно реже требуются дополнительные методы остановки кровотечения.

5. Сложные клинические ситуации, сочетающие предлежание и вращение плаценты, отслойку нормально или аномально расположенной плаценты, когда кровотечение обусловлено комплексом причин и нарушение тонуса матки не является ведущей, не служат прямым показанием для применения препарата Пабал® (карбетоцин); его применение при органосохраняющих операциях позволяет обеспечить надежный гемостаз и уменьшить объем кровопотери.

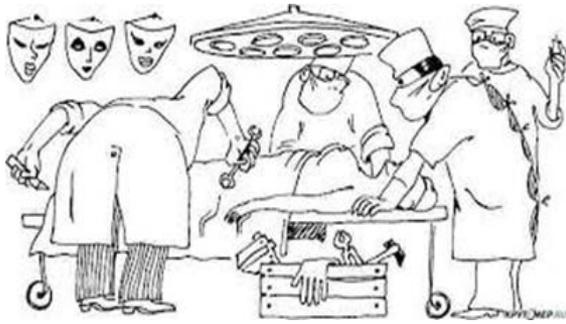


Методы поэтапного хирургического гемостаза

- Управляемая баллонная тампонада
- Перевязка маточных сосудов
- Компрессионные швы на матку
- «Uterine sandwich» (компрессионные швы+УБТ)
- Перевязка внутренних подвздошных артерий
- Гистерэктомия

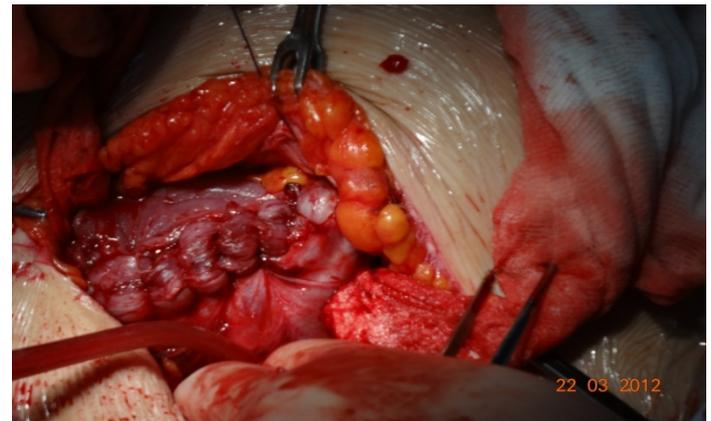
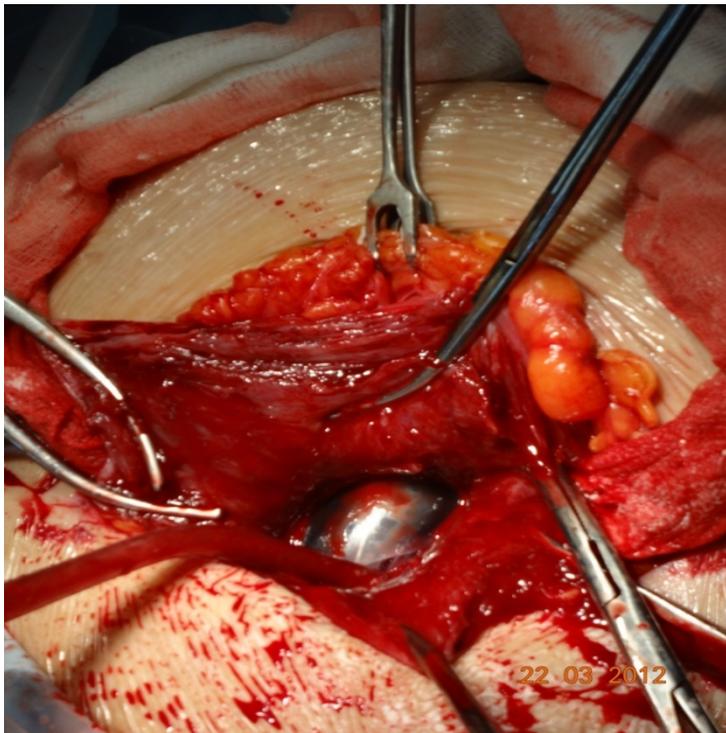
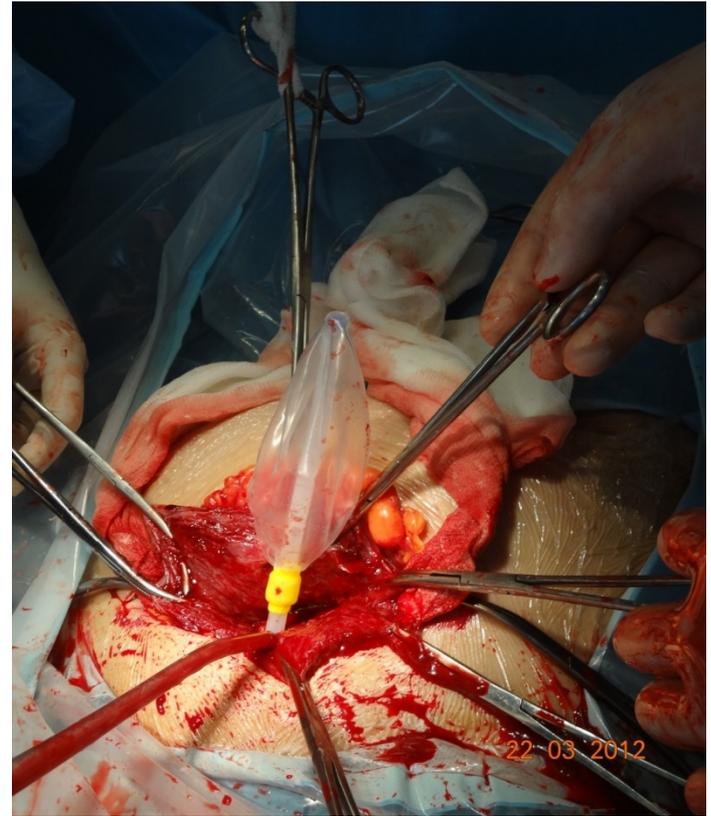
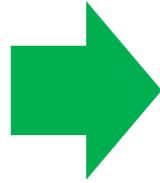
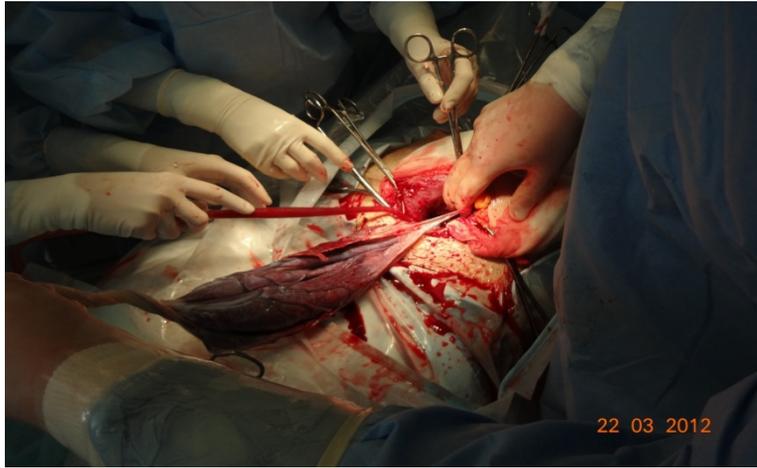


- Электрохирургия (аргоноплазменная коагуляция)
- Локальные гемостатические материалы



Хирургическая работа ОПЦ (абс,%)

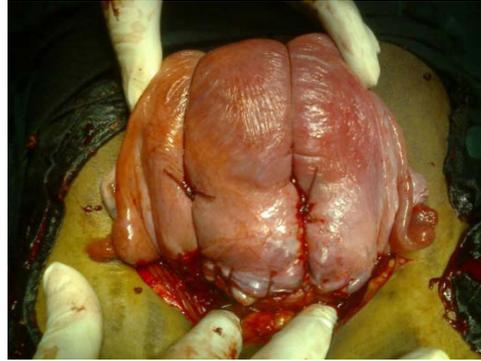
	2012	2013	2014	2015
Кесарево сечение	2367	2325	2174	2036
УБТ	370 (15,6%)	372 (16%)	382 (17,5%)	219 (10,7%)
Перевязка маточных сосудов	95 (4,01%)	229 (9,8%)	385 (17,7%)	232 (11,4%)
Перевязка внутренних подвздошных артерий	28 9 (1,2%)	25 (1,1%)	27 (1,2%)	11 (0,5%)
Компрессионные швы на матку	50 (2,1%)	77 (3,3%)	79 (3,6%)	145 (7,1%)



Компрессионные швы

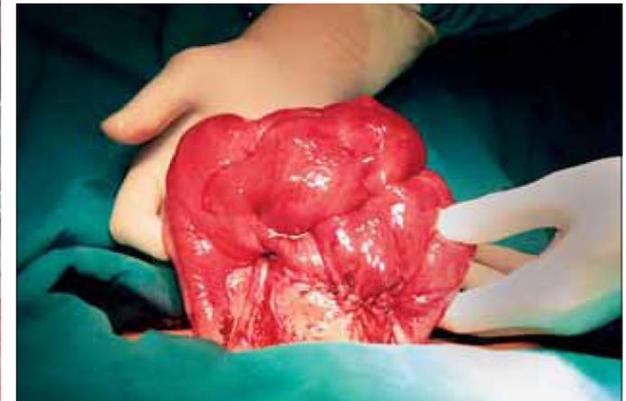
- По расположению на матке:

- ✓ Поперечные
- ✓ Вертикальные
- ✓ Комбинированные



- По отношению к стенкам матки:

- ✓ Сшивающие
- ✓ Сближающие
- ✓ Стягивающие
- ✓ Комбинированные



- Меняющие расположение тела матки



Uterine compression sutures for postpartum hemorrhage: an overview

SHIGEKI MATSUBARA, HITOSHI YANO, AKIHIDE OHKUCHI, TOMOYUKI KUWATA, RIE USUI & MITSUAKI SUZUKI

Department of Obstetrics and Gynecology, Jichi Medical University, Tochigi, Japan

Uterine compression sutures

S. Matsubara *et al.*

Table 1. Characteristics of various uterine compression sutures.

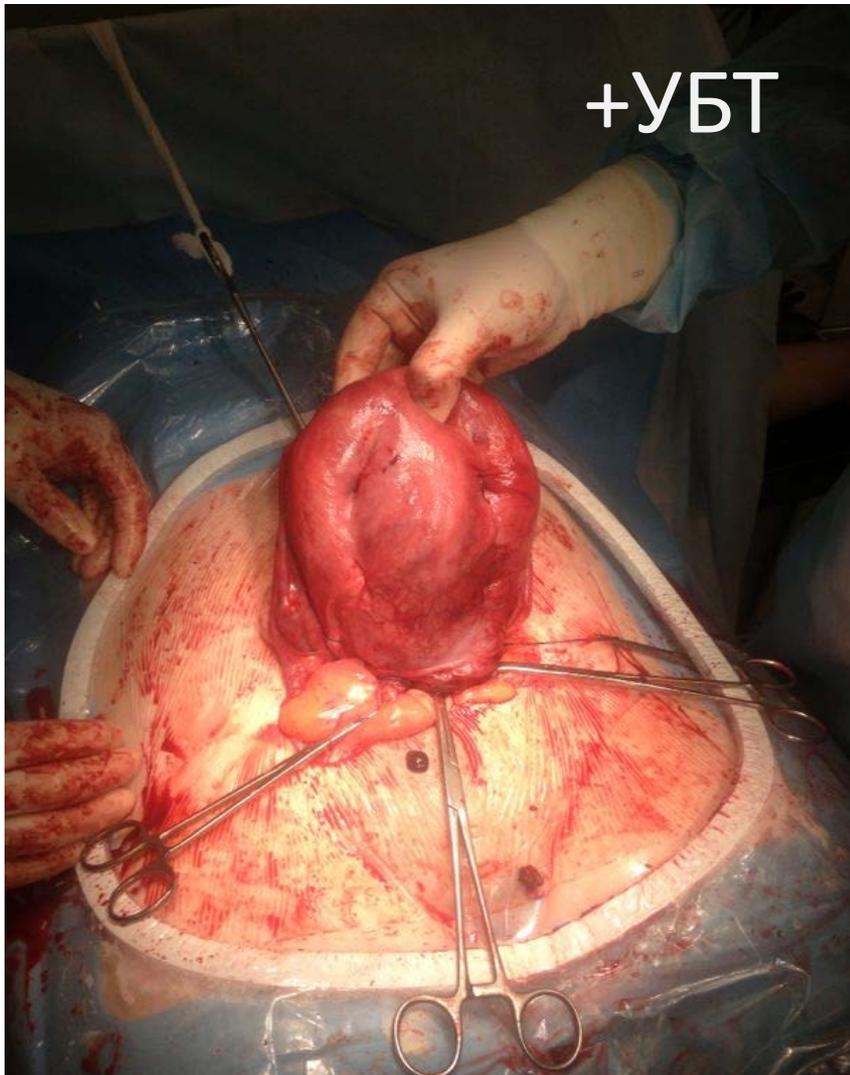
Procedure (year)	Number of patients	Transfixation of total uterine wall	Uterus open	Number of threads used	Hemostasis achieved (%)	Pregnancy or delivery after the suture (%)
B-Lynch (1997)	5	No ¹	Yes	1	5/5 (100)	2/5 (40)
Hayman (2002)	3	Yes	No	2	3/3 (100)	nd
Cho (2000)	23	Yes	No	4–5	23/23 (100)	4/10 (40)
Pereira (2005)	7	No	No	4–6	7/7 (100)	1/7 (14)
Ouahba (2007)	20	Yes	No	4	19/20 (95)	6/8 (75)
Hackethal (2008)	7	Yes	No	6–16	7/7 (100)	Pregnancy desire (-)
Makino-Takeda (2012)	3	Yes	No	4	3/3 (100)	nd
Matsubara-Yano (2009)	8	Yes	No	4–5	8/8 (100)	2/8 (25)
Marasinghe (2011)	17	Yes	No	2	13/17 (76)	2/10 (20)
Meydanli (2008)	7	Yes	No	1	6/7 (86)	Pregnancy desire (-)
Zheng (2011)	9	No	No	2	9/9 (100)	1/9 (11)
				Total	103/109 (97)	18/57 (32)

nd: not described.

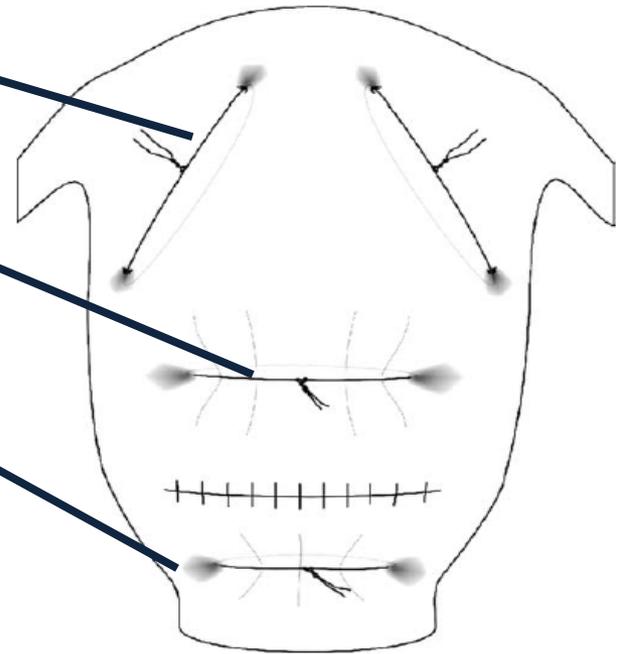
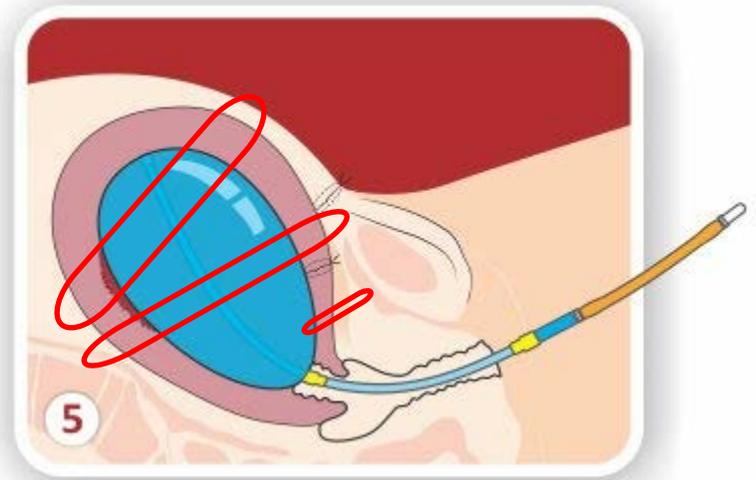
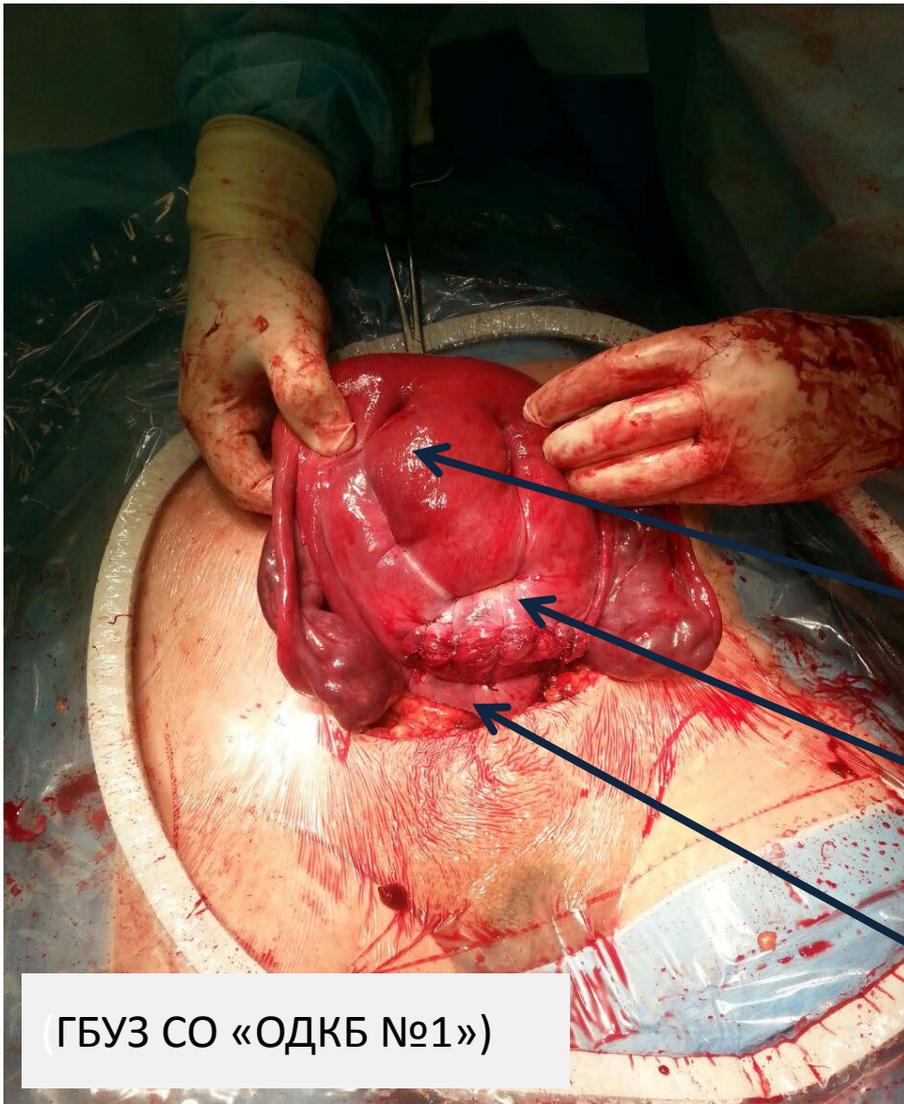
¹A needle penetrates the anterior (A) and posterior (P) uterine wall but does not transfix the uterus through the AP diameter.

**Эффективность
гемостаза**



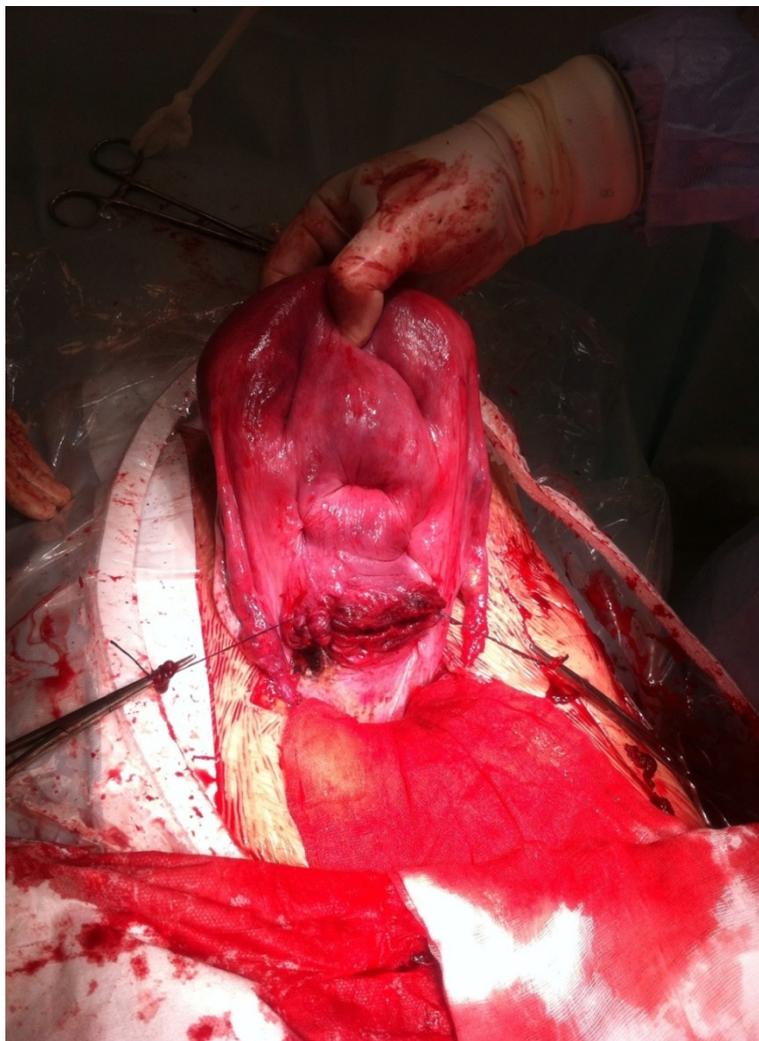


Варианты компрессионо-сшивных технологий
(ГБУЗ СО «ОДКБ №1»)



«Uterine sandwich» (компрессионные швы+УБТ)

Figure 2. Final result.



Шов предложен проф.
Бариновым С.В. (г. Омск)

Варианты компрессионных технологий

Показания для применения компрессионно-сшивных технологий

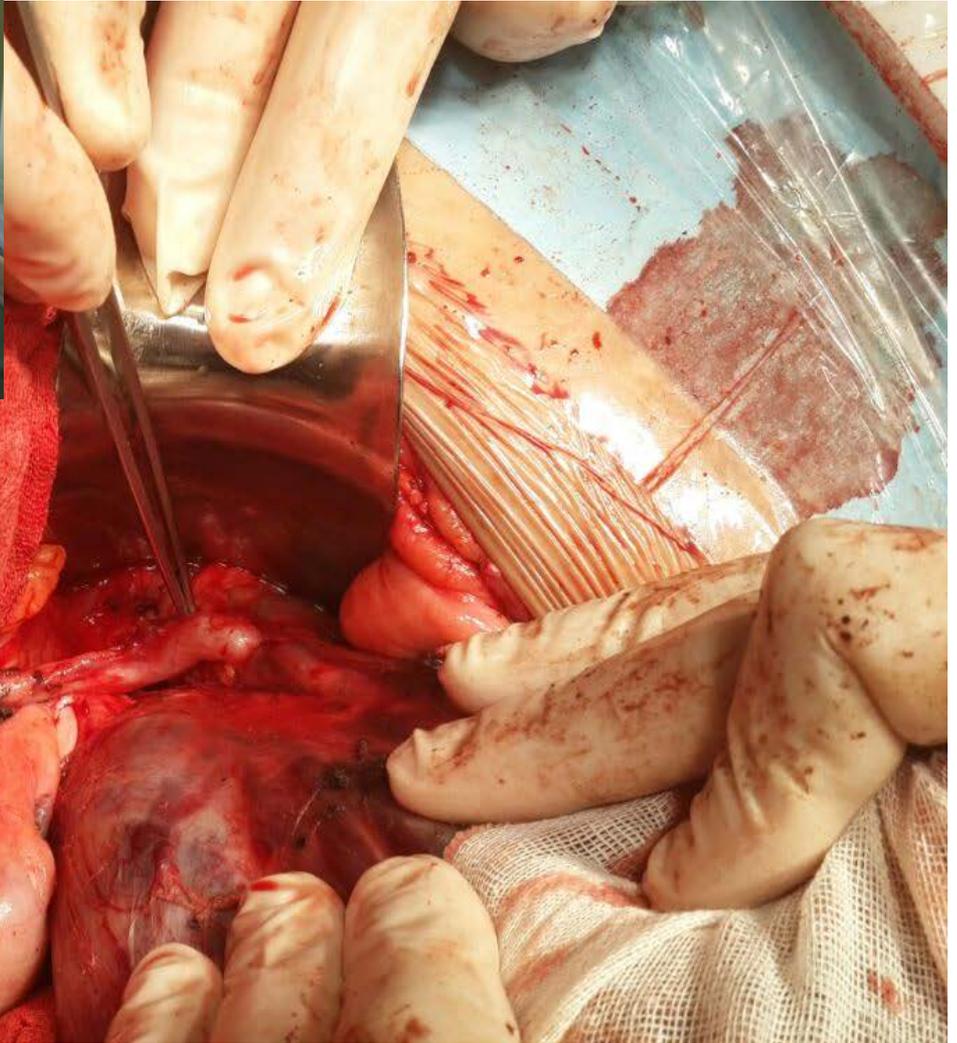
- профилактика кровотечения у пациенток группы риска (предлежание плаценты, тяжелая преэклампсия, кровотечение в анамнезе, после проведения метропластики)
- гипотоническое кровотечение во время кесарева сечения
- гипотоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде при неэффективности принятых мер (лапаротомия после спонтанных родов)
- кровотечение из плацентарной площадки в области нижнего сегмента при предлежании плаценты

Этапы ведения и родоразрешения пациенток с предлежанием, вращением плаценты

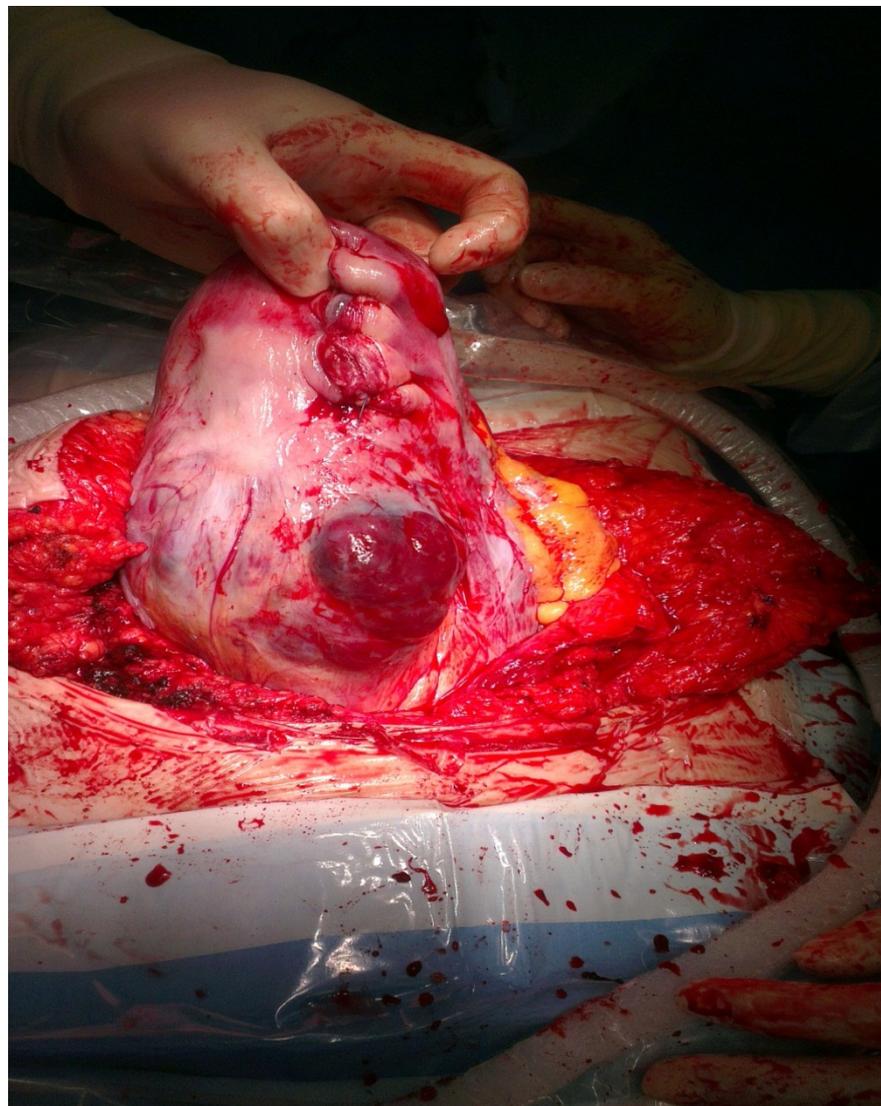
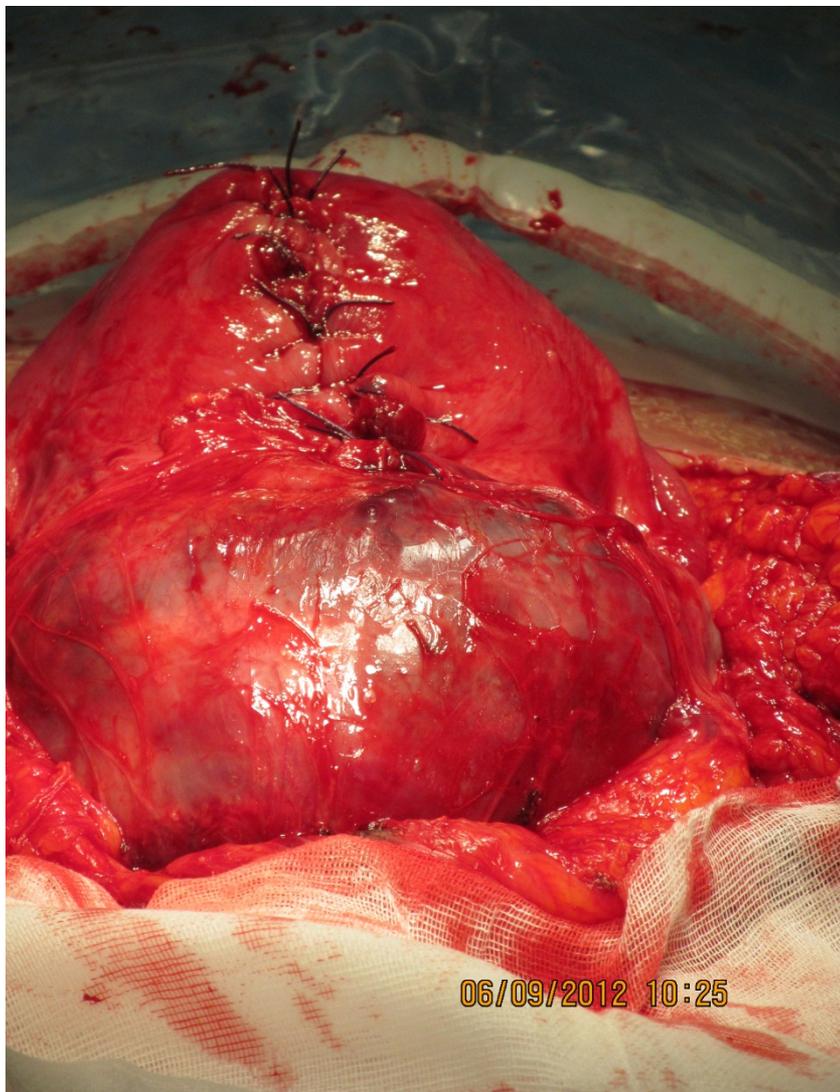
Интраоперационный этап

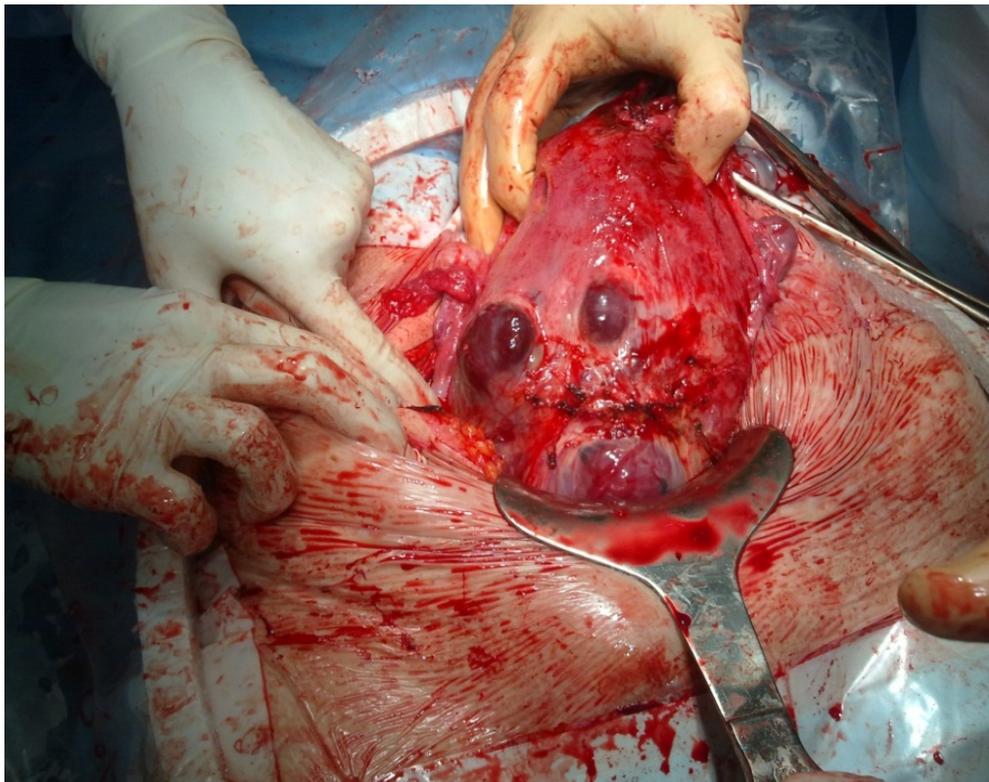
- При подозрении на вовлечение стенки мочевого пузыря, проведение цистоскопии, катеризация мочеточников (уролог ОДКБ №1) Травма мочевого пузыря 7 (15,9%)
- Участие в операции абдоминального хирурга (0,25 ставки в штатном расписании родового отделения).
- Проведение нормоволемическая гемоделиции (в 48,6% в 2015-16 гг.)
- Варианты анестезии СМА (16,2%), ЭТН (83,8%)
- Нижняя срединная лапаротомия с обходом пупка
- Выведение матки с плодом, определение способа разреза на матке в зависимости от размеров «маточной грыжи»
- Корпоральный (29,7%), донное (43,2%), нижний сегмент (27,02%)
- Извлечение плода
- Наложение зажимов, либо лигатур на края разреза на матке
- На данном этапе контроль выделений из влагалища, при их отсутствии, этап «бережного» отделения мочевого пузыря для определение границ «маточной» грыжи, возможности проведения ее иссечения, проведение метропластики.

Катеризация мочеточников



Несостоятельность рубцов при предлежании плаценты, формирование «маточной грыжи»



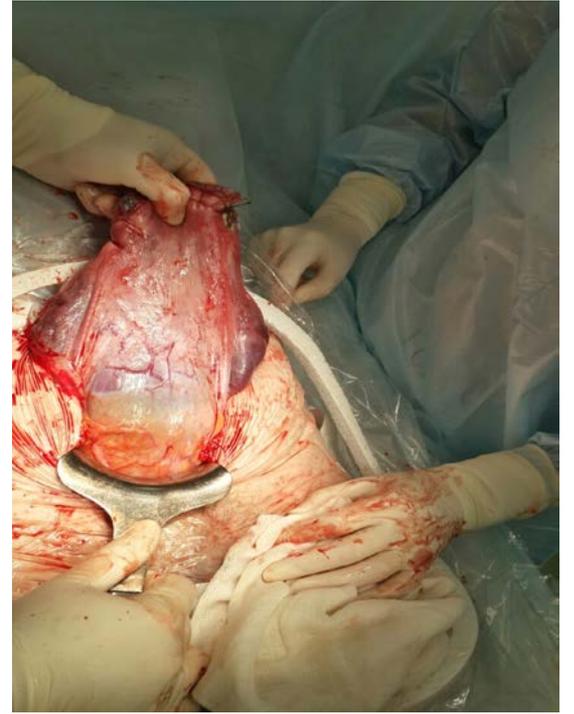
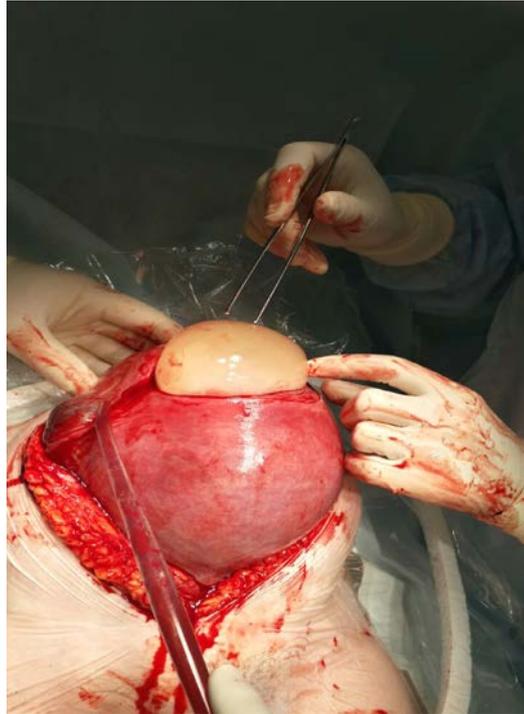
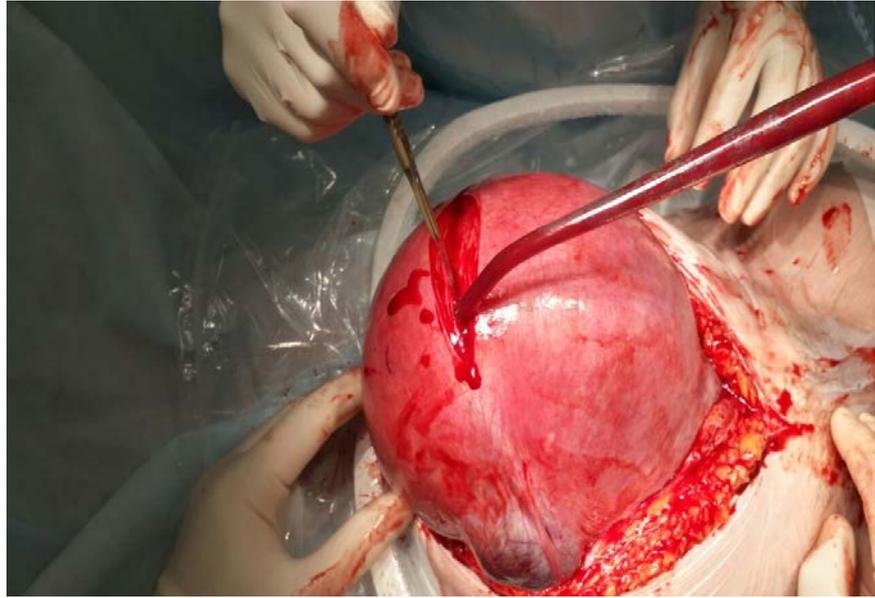


Вовлечение стенки
мочевого пузыря

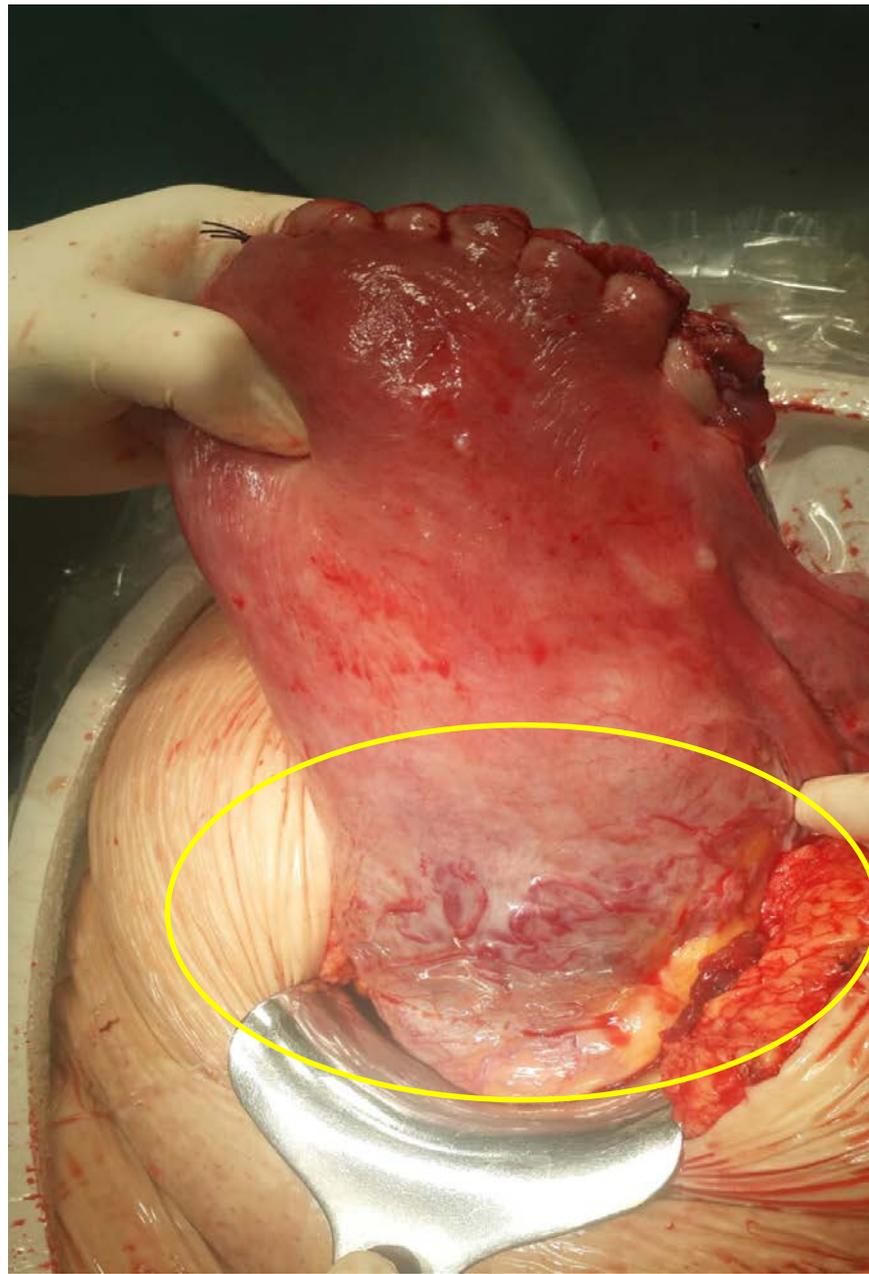


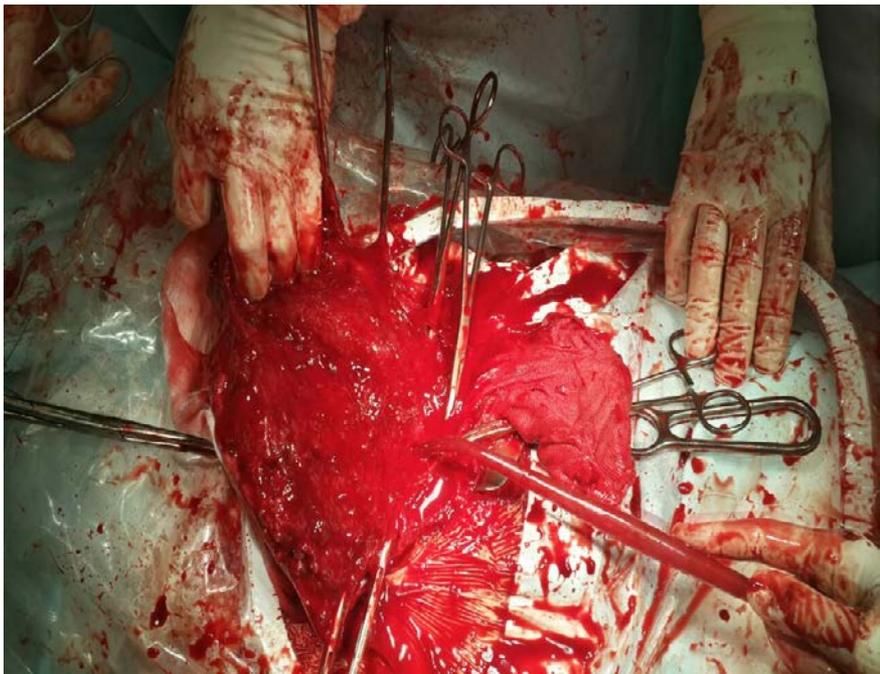


Маточная грыжа

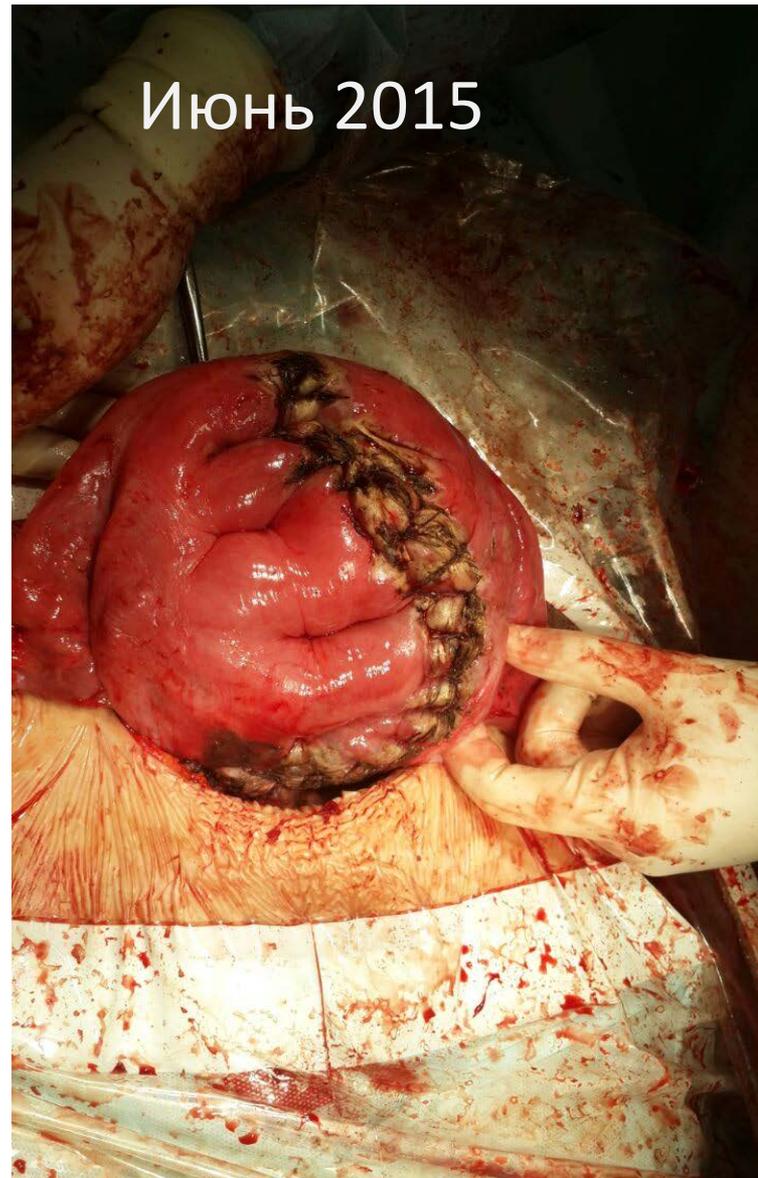


ДОННОЕ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

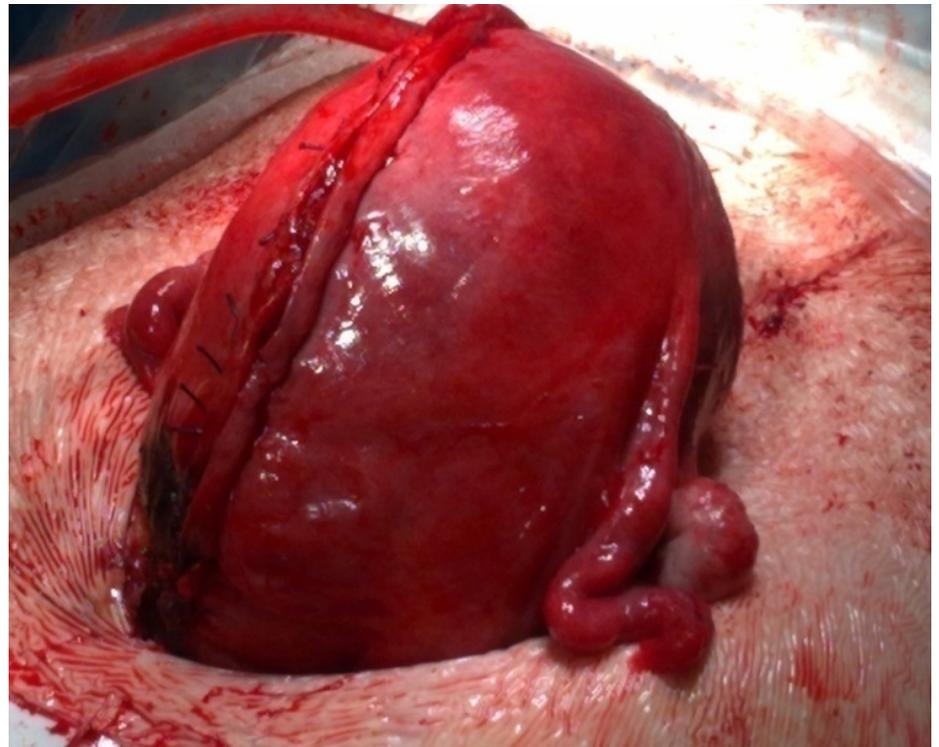
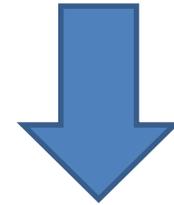
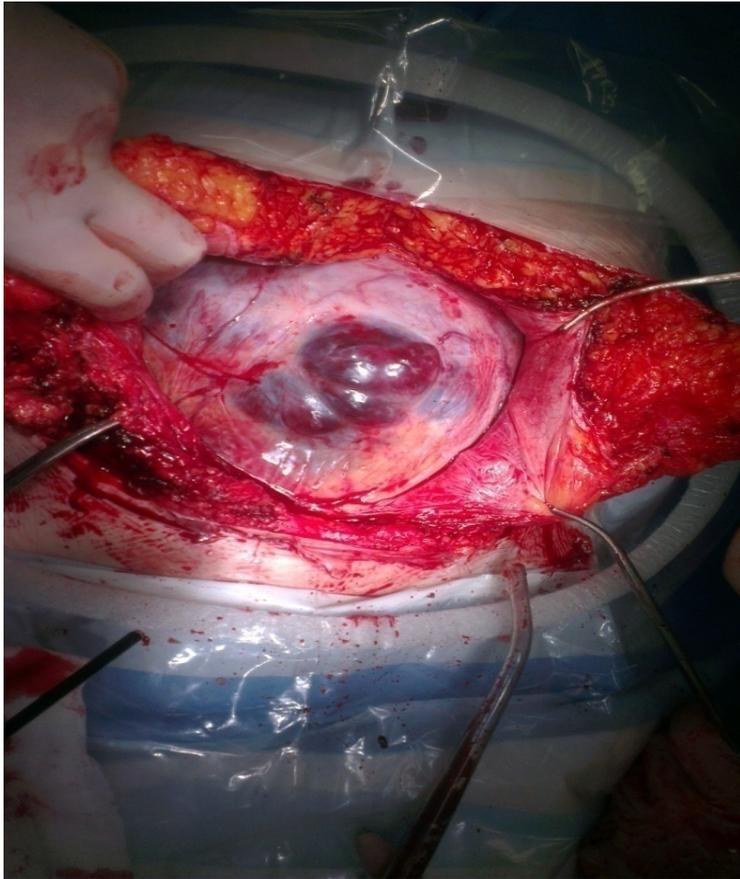




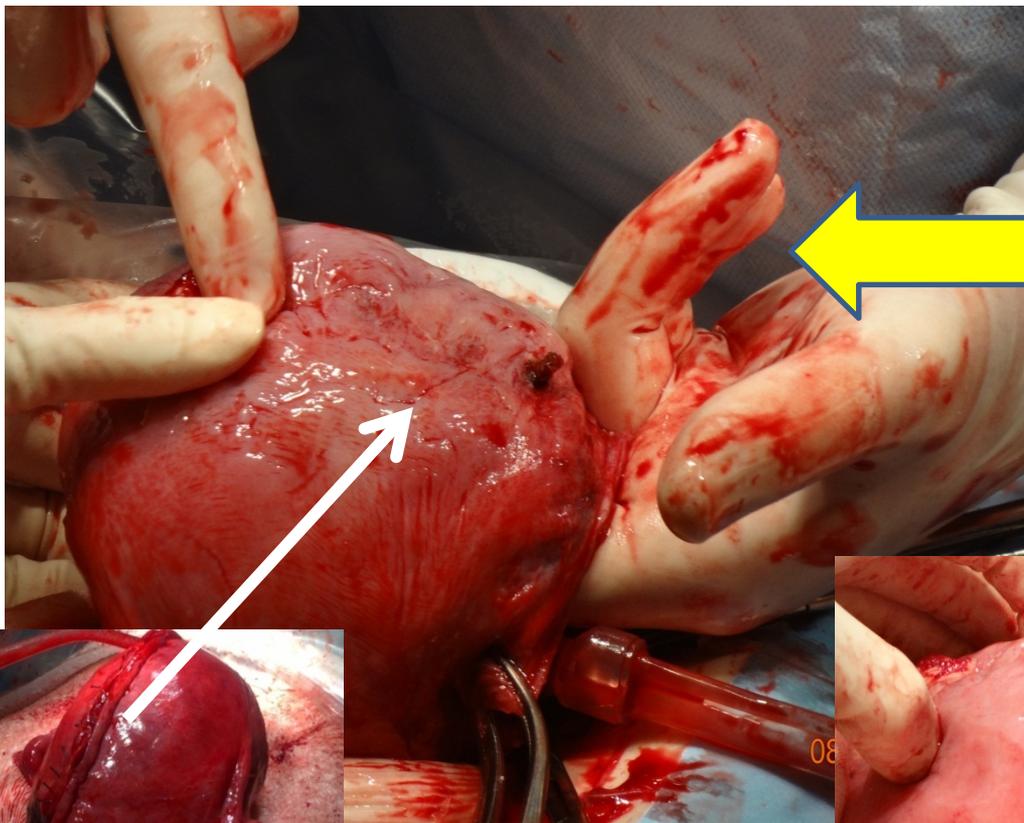
Проведение метропластики при вращении плаценты в область нижнего сегмента и передней стенки матки у пациентки с 3 рубцами на матке. Область обширного шва на матке обработана аргоно-плазменной коагуляцией. Возраст пациентки 29 лет.



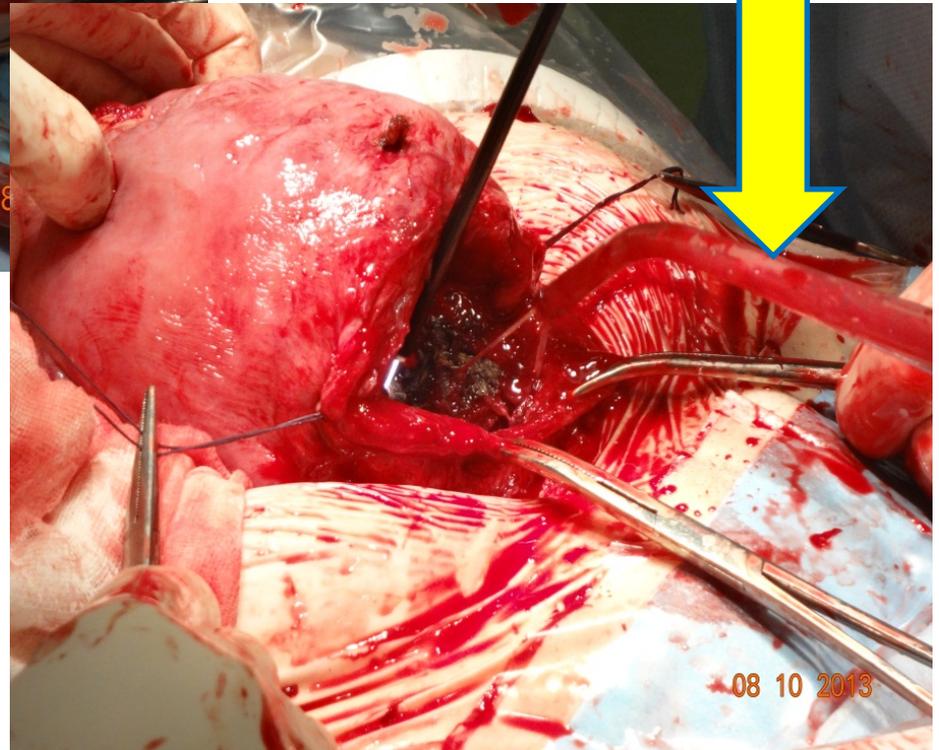
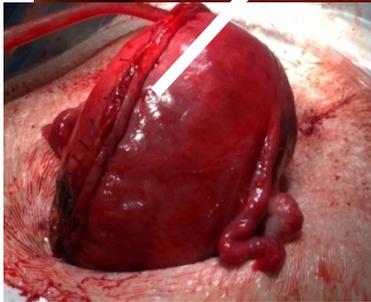
Произведено: корпоральное
кесарево сечение, иссечение
«маточной грыжи», метропластика



09.02.2012

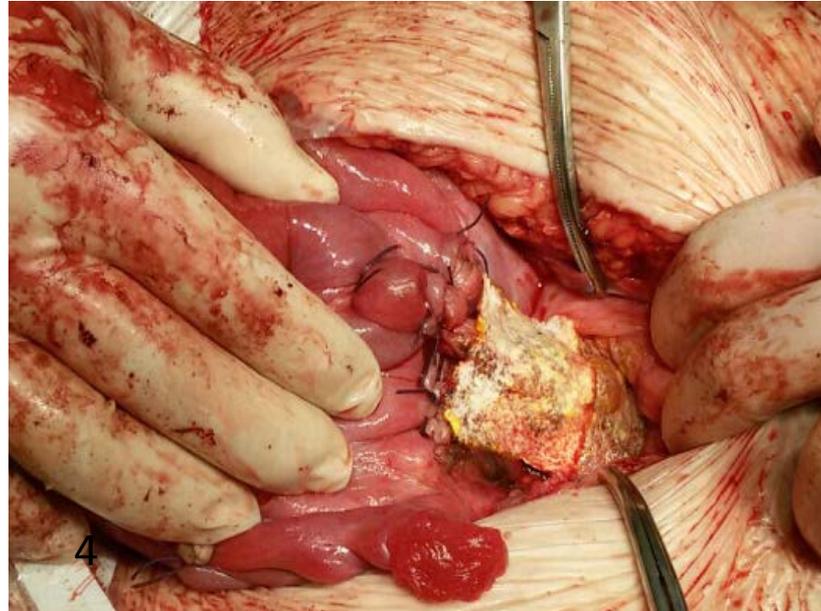
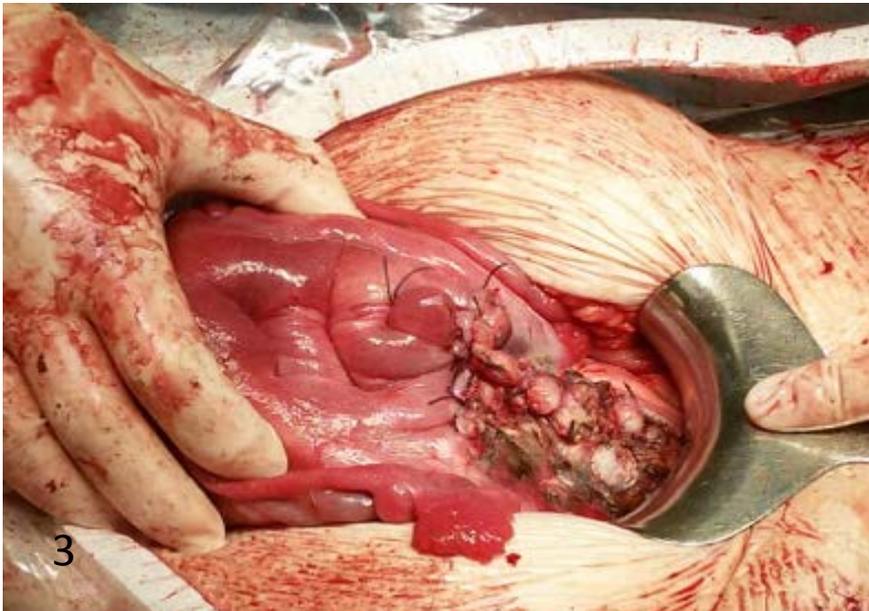


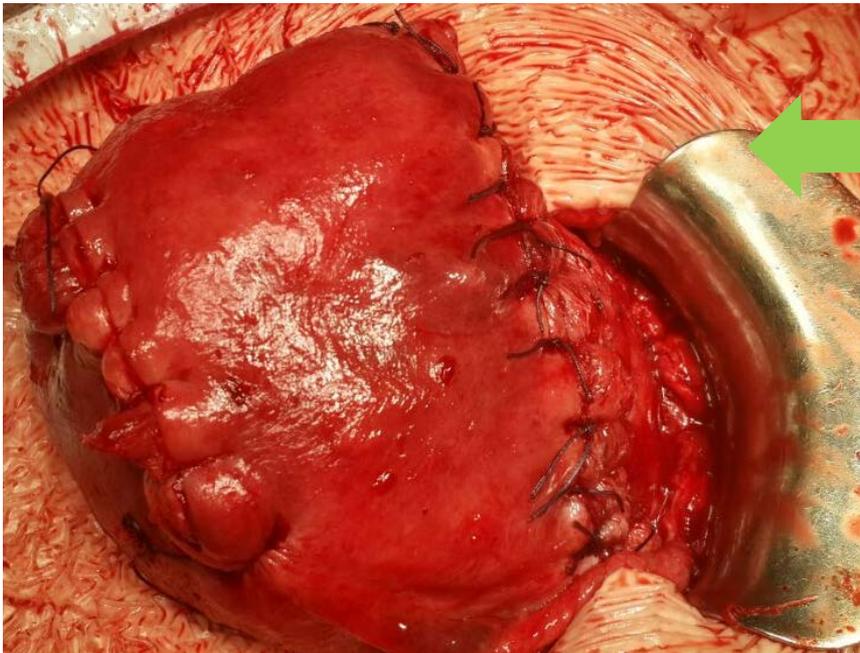
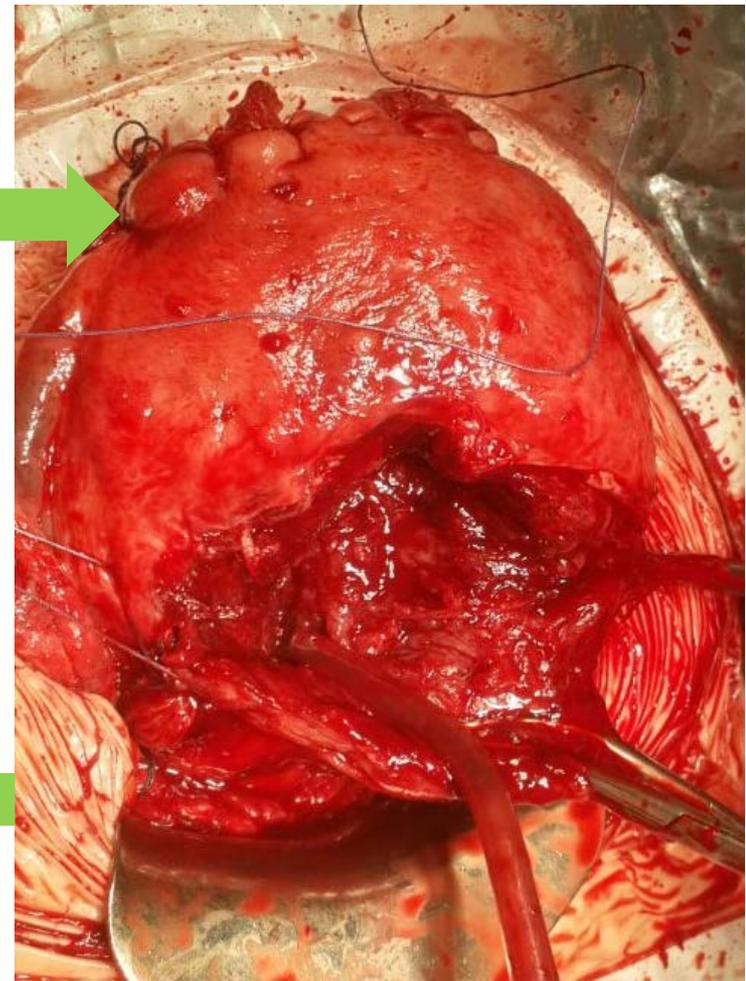
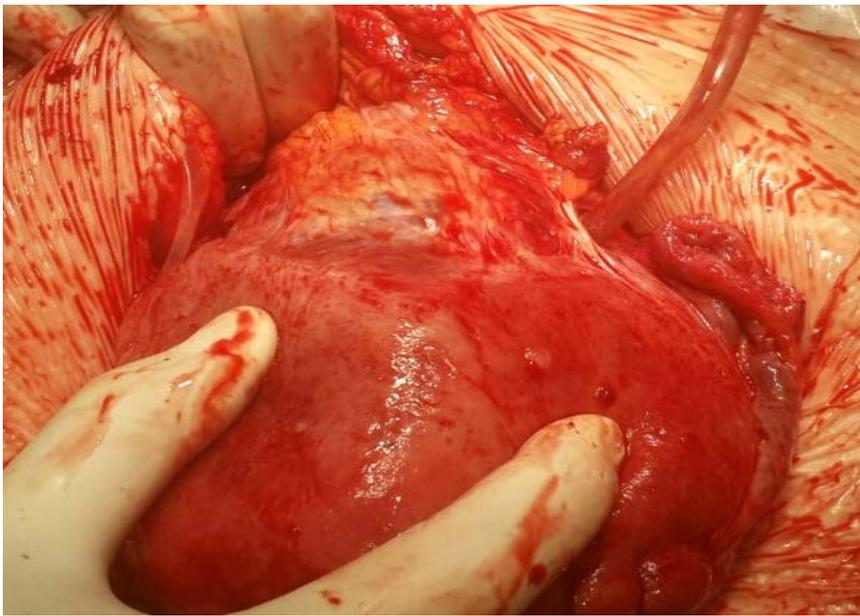
Корпоральный рубец на матке
состоятельный.
Проведено КС в
нижнем маточном
сегменте



08.10.2013

08 10 2013





Этапы определения границ
«маточной» грыжи,
иссечения, формирование
стенки матки

Этапы ведения и родоразрешения пациенток с предлежанием, вращением плаценты

- На всех этапах операции использование CellSaver (90,9%)
- Минимизация использования салфеток (контроль операционной сестры)
- Достижение эффективного возврата аутокрови (среднее значение $692,5 \pm 490,6$ мл)

Пример: Возврат 1760 мл при общей кровопотере более 5000 мл (операция 29.01.16)

- До этапа метропластики перевязка восходящих маточных сосудов (92,85%), возможно сочетание с перевязкой ВПА (7,4%).
- Применение сшивающих компрессионных швов (89,2%), возможно «маточного» сэндвича (сочетание с УБТ) (7,14%)
- Интраоперационная пауза. Контроль гемостаза (хирургического, лабораторного-ТЭГ)
- Оптимально применение современных гемостатических материалов в области сформированной стенки матки.

При метропластике:

2 случая расширение объема операции до гистерэктомии в связи с продолжающимся кровотечением в раннем послеоперационном периоде

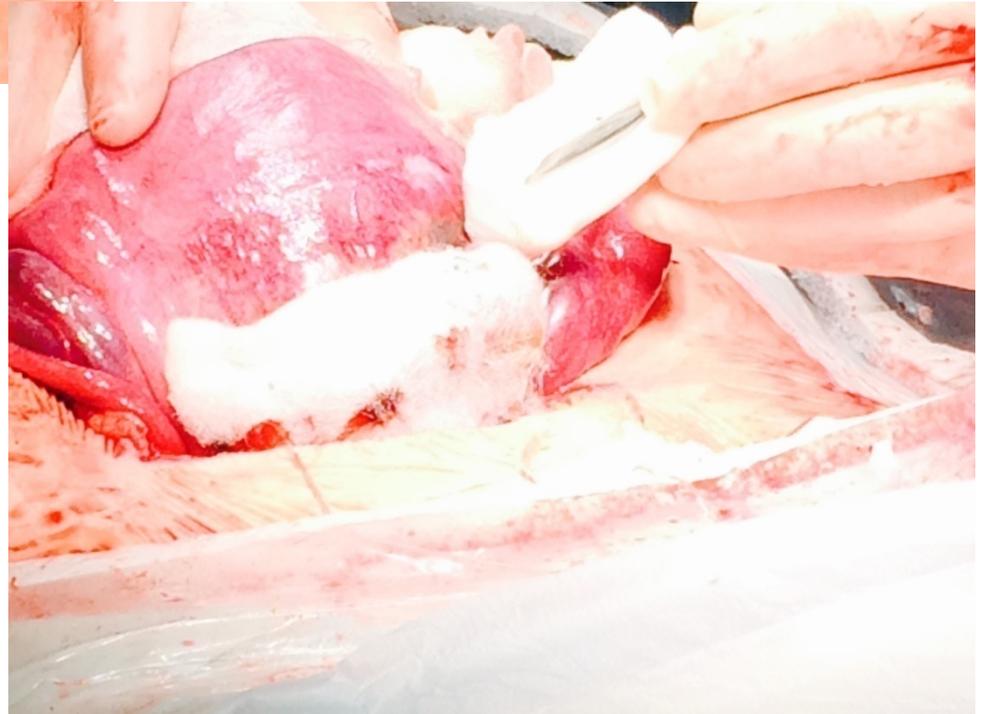
1 случай позднего послеродового кровотечения на 3 сутки после операции, с проведением релапаротомии, гистерэктомии.

Гемоблок – 1% водный раствор неполной серебряной соли полиакриловой кислоты. Содержит наночастицы серебра.



Ускоряет стадию первичного сосудисто-тромбоцитарного гемостаза за счет повышения вязкости крови и усиления образования агрегатов тромбоцитов при формировании на раневой поверхности полимерной прозрачной пленки.

Современные гемостатические материалы



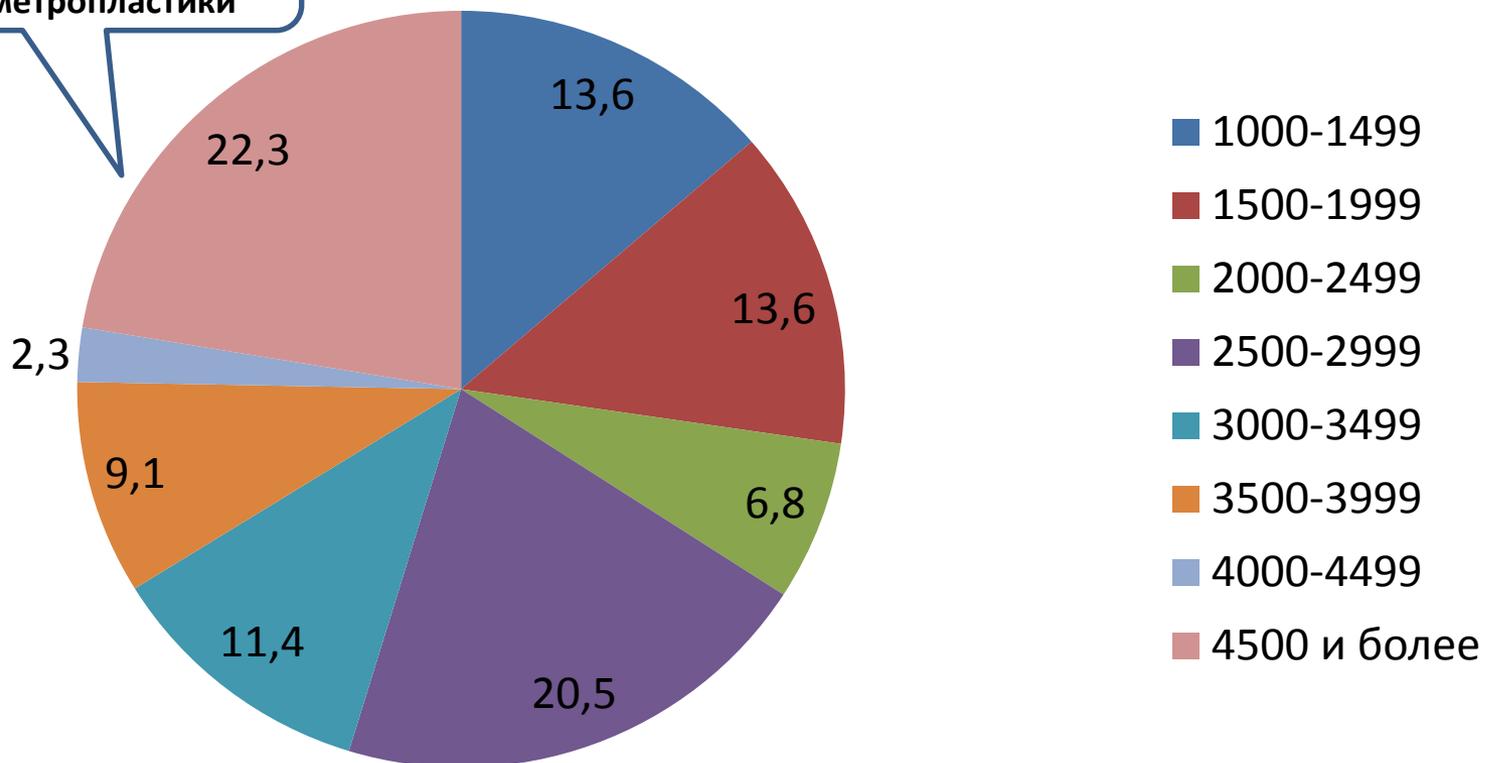
Особенности родоразрешения пациенток с вращением плаценты, формированием «маточной грыжи» (несостоятельного рубца) при предлежании (абс.,%)

Число пациенток	44
Экстренность (кровотечение, декомпенсированная ХФНП, тяжелая преэклампсия)	8 (18,1%)
Метропластика	14 (31,8%)
Релапаротомия после метропластики с гистерэктомией	3 (6,8%)
Экстирпация матки	7 (15,9%)
Ампутация матки	26 (59,1%)
Использование технологии LigaSure	2 (4,5%)
ПВПА	3 (6,8%)
CellSaver	40 (90,9%)
Возврат	692±490,6
Вес ребенка (гр.)	2684,05±860,26
Рост (см.)	47,9±6,1
Апгар 1	5,3±2,0
Апгар 5	6,6±1,8
ОРИТН	13 (29,5%)

Объемы кровопотери при родоразрешении

пациенток с вращением плаценты (n=44) (%)

36,4% при
проведении
метропластики





СПАСИБО !