



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

7 (93) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

7 (93)

2026

Июль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 618.36-007.251:618.14-089.168.1-06:618.5

ВЕДЕНИЕ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ С РУБЦОМ НА МАТКЕ

Н.Х. Олимова, С.А. Матьякубова

Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул.
Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

✓ Резюме

Патологическое предлежание плаценты у беременных с рубцом на матке является одной из наиболее сложных и прогностически неблагоприятных проблем современного акушерства. В последние годы отмечается устойчивый рост частоты данной патологии, что связано прежде всего с увеличением количества операций кесарево сечение, повторных хирургических вмешательств на матке и улучшением выживаемости женщин репродуктивного возраста после оперативного родоразрешения. Наличие рубца на матке нарушает процессы нормальной имплантации и плацентации, способствуя формированию предлежания плаценты и развитию различных форм Placenta accreta spectrum.

Ключевые слова: Аутогемотрансфузия, кесарево сечение, placenta accreta spectrum, cell-saver.

LABOR MANAGEMENT IN PREGNANT WOMEN WITH PATHOLOGICAL PLACENTA PREVIA WITH A UTERINE SCAR

N.Kh. Olimova, S.A. Matyakubova

Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, Farobiy Street, 2,
Tel: +998781507825 Email: info@tdmu.uz

✓ Resume

Pathological placenta previa in pregnant women with a uterine scar is one of the most complex and prognostically unfavorable problems in modern obstetrics. In recent years, there has been a steady increase in the incidence of this pathology, primarily due to the increase in the number of cesarean sections, repeat uterine surgeries, and improved survival rates for women of reproductive age after operative delivery. The presence of a uterine scar disrupts normal implantation and placentation, contributing to the development of placenta previa and various forms of placenta accreta spectrum.

Keywords: Autologous blood transfusion, cesarean section, placenta accreta spectrum, cell-saver.

PATOLOGIK YO'LDI OLDINDA BO'LGAN BACHAN CHANDI BILAN HOMILADORLIK AYOLLARDA TO'G'RIQNI BOSHQARISH

N.X. Olimova, S.A. Matyakubova

Toshkent Davlat Tibbiyot Universiteti, 100109 Toshkent, O'zbekiston, Farobiy ko'chasi, 2,
Tel: +998781507825 Elektron pochta: info@tdmu.uz

✓ Rezyume

Bachadon chandig'i bo'lgan homilador ayollarda patologik yo'ldosh oldinda joylashishi zamonaviy akusherlikdagi eng murakkab va prognostik jihatdan noqulay muammolardan biridir. So'nggi yillarda ushbu patologiyani tarqalishi barqaror ravishda oshib bormoqda, bu asosan sezaryen, takroriy bachadon operatsiyalari sonining ko'payishi va operatsiyadan keyin reproduktiv yoshdagi ayollarning omon qolish darajasining oshishi bilan bog'liq. Bachadon chandig'ining mavjudligi normal implantatsiya va yo'ldosh joylashuvini buzadi, yo'ldosh oldinda joylashishi va yo'ldosh akkreta spektrining turli shakllarining rivojlanishiga hissa qo'shadi.

Kalit so'zlar: Avtolog qon quyish, sezaryen, platsenta akkreta spektri, hujayra saqllovchi.

Актуальность

В условиях массивного акушерского кровотечения особое значение приобретает применение современных кровосберегающих технологий, направленных на быстрое и полноценное восполнение циркулирующего объема крови. Одним из наиболее перспективных методов является интраоперационная аппаратная аутогемотрансфузия, основанная на сборе, обработке и возврате пациентке собственных эритроцитов во время операции [9, 14]. Использование аппарата аутогемотрансфузии позволяет существенно уменьшить потребность в донорских компонентах крови, снизить риск посттрансфузионных осложнений, минимизировать трансфузионную нагрузку и повысить безопасность органосохраняющих операций при патологической плацентации [3, 13].

Современные исследования свидетельствуют, что применение аппаратной аутогемотрансфузии при кесаревом сечении у пациенток высокого геморрагического риска способствует более стабильному поддержанию гемодинамики, снижению частоты массивных гемотрансфузий, уменьшению длительности пребывания в Отделении реанимации и интенсивной терапии и улучшению послеоперационных исходов [4, 14]. Особенно важным является использование данной технологии у беременных с PAS, где объем кровопотери нередко превышает 2000–3000 мл и требует немедленной компенсации [15].

Несмотря на развитие современных хирургических и анестезиологических технологий, в настоящее время отсутствует единый алгоритм ведения родов у беременных с патологическим предлежанием плаценты и рубцом на матке, включающий оценку прогностических критериев массивного кровотечения, стратификацию геморрагического риска и дифференцированное применение аппаратной аутогемотрансфузии [7, 16]. Недостаточно изученными остаются вопросы определения показаний к использованию системы cell-saver, оценки её клинической эффективности при органосохраняющих операциях и влияния на материнские исходы [11, 13].

Цель исследования: оптимизация ведения родов у беременных с патологическим предлежанием плаценты и рубцом на матке на основе разработки прогностических критериев массивного кровотечения и применения интраоперационной аппаратной аутогемотрансфузии.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 162 беременные с предлежанием плаценты и рубцом на матке, которые находились на обследовании, лечении и родоразрешении в РСНПМЦМиР Хорезмского филиала в период с 2021 по 2025 года. Ведение пациенток осуществлялось в соответствии с действующими национальными клиническими рекомендациями и международными протоколами FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics), ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) и RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists).

Исследование выполнено в дизайне ретроспективно-проспективного когортного исследования. Ретроспективный этап включал изучение медицинской документации, клинико-анамнестических данных, результатов инструментальных исследований и особенностей оперативного родоразрешения. Проспективный этап предусматривал комплексное клинико-инструментальное обследование пациенток, оценку факторов риска массивного акушерского кровотечения, проведение морфологического и иммуногистохимического исследования плацентарного ложа, а также анализ эффективности интраоперационной аппаратной аутогемотрансфузии.

В зависимости от объема интраоперационной кровопотери все пациентки были разделены на две группы. В основную группу вошли 44 беременные, у которых во время оперативного родоразрешения развилось массивное акушерское кровотечение (ОГ). В соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения и современными клиническими рекомендациями массивным считали кровотечение объемом более 1500 мл. Группу сравнения составили 118 пациенток, у которых объем кровопотери не превышал 1500 мл (ГС).

Критериями включения в исследование являлись наличие предлежания плаценты, рубца на матке после кесарева сечения или других реконструктивно-пластических операций на матке, а также завершение беременности путем абдоминального родоразрешения.

Критериями исключения служили многоплодная беременность, врожденные пороки развития плода, тяжелая экстрагенитальная патология в стадии декомпенсации и неполный объем клинико-инструментального обследования.

Всем пациенткам проводилось комплексное клиническое обследование с анализом анамнестических, акушерских и соматических данных. Изучались возраст беременных, количество беременностей и родов, число предыдущих кесаревых сечений, наличие оперативных вмешательств на матке, особенности течения настоящей беременности, случаи антенатального кровотечения и срок родоразрешения.

Инструментальное обследование включало ультразвуковое исследование органов малого таза с оценкой локализации плаценты, степени перекрытия внутреннего зева, толщины миометрия в области рубца на матке, наличия плацентарных лакун, нарушения ретроплацентарной гипоксической зоны, повышенной васкуляризации и других признаков патологической инвазии плаценты. Цветовое доплеровское картирование использовалось для оценки особенностей сосудистой архитектоники плацентарного ложа и степени вовлечения миометрия в патологический процесс.

Результат и обсуждения

Анализ возрастной структуры обследованных пациенток показал, что основную долю беременных с предлежанием плаценты и рубцом на матке в обеих исследуемых группах составили женщины активного репродуктивного возраста от 30 до 35 лет. В основной группе данный возрастной интервал был представлен 21 пациенткой (47,7%), тогда как в группе сравнения - 52 женщинами (44,1%). Таким образом, практически каждая вторая пациентка в исследовании относилась к возрастной категории 30–35 лет (табл. 1).

Таблица 1

Распределение беременных с предлежанием плаценты и рубцом на матке по возрастным группам

Возраст, лет	Основная группа (n=44)	Группа сравнения (n=118)	χ^2	p
20–25	1 (2,3%)	9 (7,6%)	1,57	0,210
25–30	12 (27,3%)	34 (28,8%)	0,04	0,846
30–35	21 (47,7%)	52 (44,1%)	0,17	0,679
35–45	10 (22,7%)	23 (19,5%)	0,22	0,640
Общее сравнение распределения	44 (100%)	118 (100%)	1,78	0,620

Анализ распределения обследованных пациенток по количеству родов показал наличие статистически значимых различий между основной группой и группой сравнения ($\chi^2=12,18$; $p=0,007$). Полученные данные свидетельствуют о том, что развитие массивного акушерского кровотечения у беременных с предлежанием плаценты и рубцом на матке ассоциировано с более высоким паритетом (табл. 2).

Таблица 2

Распределение обследованных пациенток по количеству родов в анамнезе

Количество родов	Основная группа (n=44)	Группа сравнения (n=118)	χ^2	p
II роды	4 (9,1%)	44 (37,3%)	12,26	0,0005
III роды	20 (45,5%)	58 (49,2%)	0,18	0,671
IV роды	17 (38,6%)	33 (28,0%)	1,69	0,194
V роды	3 (6,8%)	5 (4,2%)	0,47	0,492
Общее сравнение	44 (100,0%)	118 (100,0%)	12,18	0,007

В структуре паритета пациенток основной группы преобладали III и IV роды, которые были зарегистрированы у 20 (45,5%) и 17 (38,6%) женщин соответственно. В группе сравнения аналогичные показатели составили 49,2% (58 из 118) и 28,0% (33 из 118). Таким образом, на

долю III–IV родов приходилось 84,1% всех наблюдений в основной группе и 77,2% в группе сравнения.

Особого внимания заслуживает распределение пациенток по числу повторных родов. Частота IV–V родов в основной группе достигала 45,4% (20 из 44), тогда как среди пациенток без массивного кровотечения данный показатель составил 32,2% (38 из 118), что в 1,4 раза ниже. Это свидетельствует о тенденции к увеличению риска массивной кровопотери у многорожавших женщин с предлежанием плаценты и рубцом на матке.

Анализ распределения пациенток по виду предлежания плаценты выявил статистически значимые различия между исследуемыми группами ($\chi^2=24,87$; $p<0,001$). Полученные результаты свидетельствуют о тесной взаимосвязи между характером расположения плаценты и риском развития массивного акушерского кровотечения у беременных с рубцом на матке (табл. 4).

Таблица 3

Распределение обследованных пациенток по виду предлежания плаценты

Вид предлежания плаценты	Основная группа (n=44)	Группа сравнения (n=118)	χ^2	p
Полное предлежание	43 (97,7%)	78 (66,1%)	16,55	<0,001
Частичное предлежание	1 (2,3%)	12 (10,2%)	2,72	0,099
Низкое расположение плаценты	0 (0%)	28 (23,7%)	12,56	<0,001
Всего	44 (100,0%)	118 (100,0%)	24,87	<0,001

В структуре плацентарной локализации у пациенток основной группы практически во всех наблюдениях диагностировалось полное предлежание плаценты - у 43 из 44 женщин (97,7%). В группе сравнения данный показатель был существенно ниже и составил 66,1% (78 из 118). Различия носили высокодостоверный характер ($\chi^2=16,55$; $p<0,001$). Таким образом, частота полного предлежания плаценты среди пациенток с массивным кровотечением была в 1,5 раза выше по сравнению с группой без геморрагических осложнений.

Частичное предлежание плаценты встречалось значительно реже и было зарегистрировано лишь у одной пациентки основной группы (2,3%) и у 12 женщин группы сравнения (10,2%). Несмотря на более высокую распространенность данной формы в группе сравнения, статистически значимых различий между группами не выявлено ($\chi^2=2,72$; $p=0,099$).

Низкое расположение плаценты отсутствовало среди пациенток с массивным акушерским кровотечением, тогда как в группе сравнения данный вариант плацентации наблюдался у 28 женщин (23,7%). Выявленные различия были статистически значимыми ($p<0,001$), что свидетельствует о значительно более благоприятном течении беременности и родоразрешения при низком расположении плаценты по сравнению с ее полным предлежанием.

К числу ведущих прогностических критериев относятся: полное предлежание плаценты, наличие двух и более кесаревых сечений в анамнезе, тяжелые формы PAS, прежде всего placenta percreta, ультразвуковые признаки патологической инвазии плаценты, а также высокий паритет (табл. 9).

Таблица 4

Основные предикторы массивного акушерского кровотечения

Предиктор	Основная группа (n=44)	Группа сравнения (n=118)	χ^2	p
Полное предлежание плаценты	43 (97,7%)	78 (66,1%)	16,55	<0,001
≥ 2 кесаревых сечения в анамнезе	36 (81,8%)	51 (43,2%)	19,24	<0,001
Placenta percreta	29 (65,9%)	11 (9,3%)	54,96	<0,001
PAS по данным УЗИ	43 (97,7%)	73 (61,9%)	20,27	<0,001
Истончение миометрия <1 мм	35 (79,5%)	27 (22,9%)	43,56	<0,001
Отсутствие ретроплацентарной зоны	37 (84,1%)	34 (28,8%)	39,78	<0,001
Bridging vessels	31 (70,5%)	18 (15,3%)	46,29	<0,001
IV–V роды в анамнезе	20 (45,4%)	38 (32,2%)	12,18	0,007

Проведенный анализ показал, что наиболее выраженная статистическая связь с развитием массивного кровотечения была установлена для placenta percreta. Данная форма патологической плацентации выявлена у 29 (65,9%) пациенток основной группы и только у 11 (9,3%) женщин группы сравнения ($\chi^2=54,96$; $p<0,001$). Следовательно, placenta percreta следует рассматривать как один из наиболее значимых предикторов критической интраоперационной кровопотери.

Вторым важным критерием является наличие двух и более кесаревых сечений в анамнезе. В основной группе данный фактор отмечен у 36 (81,8%) пациенток, тогда как в группе сравнения - у 51 (43,2%) женщины ($\chi^2=19,24$; $p<0,001$). Это подтверждает прямую связь между повторными оперативными вмешательствами на матке, нарушением структуры нижнего сегмента и повышением риска патологической плацентации. В структуре кровопотери у пациенток основной группы наиболее часто встречался объем от 2500 до 3000 мл, который был зарегистрирован у 19 из 44 женщин (43,2%). Кровопотеря в пределах 1500–2500 мл отмечена у 16 (36,4%) пациенток, а наиболее тяжелые геморрагические осложнения с объемом кровопотери 3000–4000 мл выявлены у 9 (20,4%) беременных. Следовательно, практически у двух третей пациенток основной группы (63,6%) объем кровопотери превышал 2500 мл, что свидетельствует о крайне высокой частоте тяжелых геморрагических осложнений.

В группе сравнения преобладала кровопотеря от 500 до 1000 мл, зарегистрированная у 55 из 118 пациенток (46,6%). Объем кровопотери от 1000 до 1500 мл отмечен у 40 женщин (33,9%), тогда как кровопотеря менее 500 мл наблюдалась у 23 пациенток (19,5%). Таким образом, у 66,1% беременных группы сравнения объем кровопотери не превышал 1000 мл, что соответствует физиологически и клинически приемлемому уровню кровопотери при оперативном родоразрешении.

Средний объем интраоперационной кровопотери в основной группе составил 2631 ± 560 мл, тогда как в группе сравнения данный показатель был равен 822 ± 290 мл. Различия между группами были статистически значимыми ($p<0,001$). Следовательно, средняя кровопотеря у пациенток с массивным акушерским кровотечением превышала аналогичный показатель группы сравнения в 3,2 раза.

Обсуждение

Одной из задач настоящего исследования являлась оценка эффективности применения интраоперационной аппаратной аутогемотрансфузии у беременных с предлежанием плаценты и рубцом на матке. Аппарат интраоперационной аутогемотрансфузии был использован у 27 из 44 пациенток (61,4%) с массивным акушерским кровотечением (рис. 1). У остальных 17 (38,6%) женщин операция выполнялась без применения аппаратной аутогемотрансфузии.

Выводы

1. У беременных с патологическим предлежанием плаценты и рубцом на матке наиболее значимыми предикторами развития массивного акушерского кровотечения являются полное предлежание плаценты, наличие двух и более кесаревых сечений в анамнезе, тяжелые формы Placenta Accreta Spectrum (особенно placenta percreta), а также ультразвуковые признаки глубокой инвазии плаценты (истончение миометрия менее 1 мм, отсутствие ретроплацентарной зоны и bridging vessels).

2. Разработанная прогностическая шкала позволяет эффективно стратифицировать пациенток по степени риска массивного акушерского кровотечения и обладает высокой диагностической эффективностью: чувствительность алгоритма составила 90,9%, специфичность - 84,7%, а общая диагностическая точность - 86,4%.

3. Применение интраоперационной аппаратной аутогемотрансфузии у пациенток высокого геморрагического риска способствует снижению потребности в донорских компонентах крови, уменьшению длительности антибактериальной терапии с 9,5 до 5,2 суток и сокращению сроков послеоперационной госпитализации с 23,2 до 6,2 койко-дня.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Игитова МБ, Боровков ВА, Ершова ЕГ, Пачковская ОЮ, Черкасова ТМ, Гольцова НП. Факторы риска вросания плаценты у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения. Доктор.Ру. 2019;(4):14-18. doi:10.31550/1727-2378-2019-159-4-14-18.
2. Ищенко АИ, Ящук АГ, Мурашко АВ, Чушков ЮВ, Мусин ИИ, Берг ЭА, Бирюков АА. Органосохраняющие операции на матке при вросании плаценты: клинический опыт. Креативная хирургия и онкология. 2020;10(1):22-27. doi:10.24060/2076-3093-2020-10-1-22-27.
3. Патологическое прикрепление плаценты: предлежание и вросание плаценты. Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2023. ID 767.
4. Послеродовое кровотечение. Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации; 2021-2023.
5. Шмаков РГ, Пирогова ММ, Васильченко ОН, и др. Органосохраняющие операции при аномальной инвазии плаценты: 5-летний опыт Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова. Доктор.Ру. 2019;(11):29-34.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta Accreta Spectrum. Obstet Gynecol. 2018;132(6):e259-e275.
7. Allen L, Jauniaux E, Hobson S, Papillon-Smith J, Belfort MA. FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: nonconservative surgical management. Int J Gynecol Obstet. 2018;140(3):281-290. doi:10.1002/ijgo.12409.
8. Flores-Mendoza H, Shehata N, Murji A, et al. Use of intraoperative red cell salvage in the contemporary management of placenta accreta spectrum disorders. Can J Anaesth. 2023;70:1544-1546. doi:10.1007/s12630-023-02490-7.
9. Hussein AM, Ali MK, Abbas AM. Intraoperative cell salvage in cesarean section with placenta accreta spectrum. J Matern Fetal Neonatal Med. 2021;34(15):2485-2491.
10. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. Int J Gynecol Obstet. 2019;146(1):20-24.

Поступила 20.06.2026