

CIĘŻKIE KRWOTOKI PO PORODZIE ORAZ PO CIĘCIU CESARSKIM

**VI KONGRES PTMP
Poznań 26-28.09.2013**

Prof. zw. dr hab. n. med. Jan Oleszczuk
Kierownik Katedry i Kliniki Położnictwa i Perinatologii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Śmiertelność matek na świecie

- 585 000 kobiet umiera rocznie z powodu powikłań ciąży i porodu
- **Zgony na świecie z powodu krwotoków 140 tys./rok**
- **Co 4 minuty umiera 1 kobieta z powodu PPH**
- Większość zgonów występuje w czasie lub krótko po porodzie w związku z brakiem dostępu do natychmiastowej opieki położniczej
- Kobiety z państw trzeciego świata umierają 100 razy częściej w związku z ciążą niż kobiety z państw rozwiniętych
- Przyczyny śmiertelności matek
 - **Krwotok poporodowy 25%**
 - Przyczyny pośrednie 20%
 - Zakażenia 15%
 - Niebezpieczna aborcja 13%
 - Rzucawka 12%
 - Utrudniony poród 8%
 - Inne przyczyny bezpośrednie

Definicje krwotoku poporodowego wg WHO

WHO - PPH to utrata krwi:

- > 500ml po porodzie pochwowym
- > 1000ml po cięciu cesarskim

Ciężki krwotok:

- > 150ml/min w ciągu 20 min
- 50% krążącej objętości krwi w ciągu 3 godzin
- albo utrata krwi ponad 1500-2000 ml

Hb < 3g/dl i Ht < 10% zmiany nieodwracalne i zgon.

Lubelski System Błyskawicznego Reagowania w ciężkich krwotokach poporodowych (podwiązanie tętnic biodrowych wewnętrznych)

Cz.W.	SPZOZ Hrubieszów	Przedwczesne oddzielenie łożyska. Kleszcze. Krwotok poporodowy. Stan po poporodowym wycięciu macicy.	Interwencja: Hb 1,7 g%. Podwiązano tt. biodrowe wewnętrzne. Krwiak zaotrzewnowy po stronie lewej. Podwiązano t. maciczną po stronie lewej. Krwotok z pęczków żylnych po stronie lewej, z kości krzyżowej - zaklemowano. NovoSeven. Po ok.10 godz. po postępowaniu przeciwwstrząsowym transport do Centrum Perinatalnego pacjentki w bardzo dobrym stanie. Urolodzy i chirurdzy naczyniowi zoperowali uszkodzenia pęcherza moczowego i moczowodu oraz układu żylnego.	15.05.08r. (g. 18.55)
-------	---------------------	---	--	--------------------------

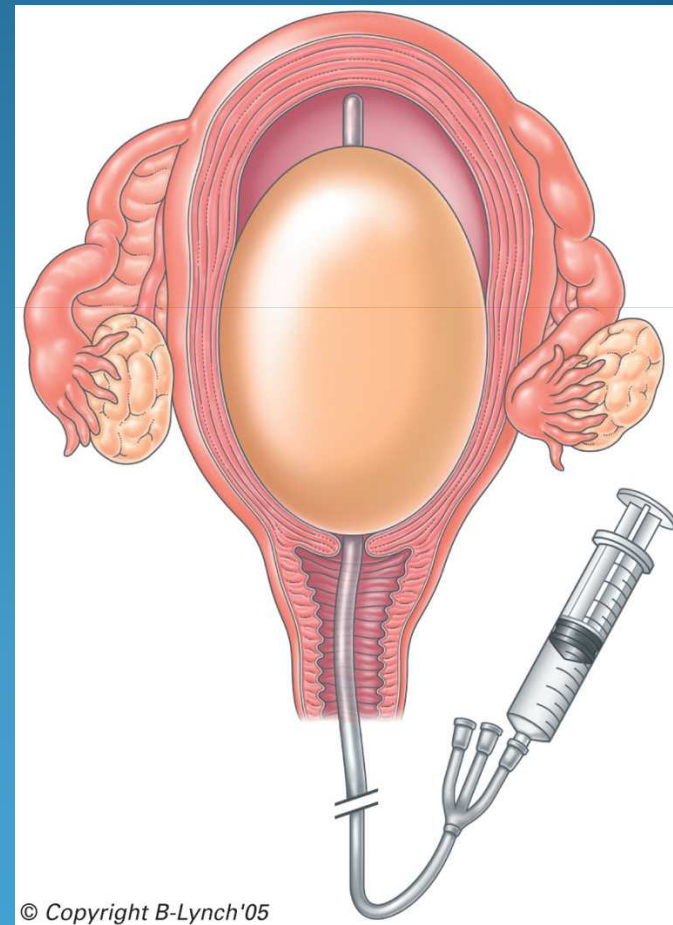
Krwotok poporodowy -wytyczne Royal College of Obstetricians and Gynaecologists 2009

Jeśli nie udaje się opanować PPH za pomocą środków farmakologicznych (5j. Oksytocyny, 0,1-0,5mg Meterginy, Nalador 1,7-8,3μg/min.):

- tamponada za pomocą balonu Bakri
- założenie szwów hemostatycznych (np. szew B-Lyncha, Cho, Haymana, Pereiry lub zmodyfikowane szwy uciskowe - na bloku porodowym zafoliowane schematy)
- obustronne podwiązanie tętnic macicznych sposobem O'Learego
- obustronne podwiązanie tętnic biodrowych wewnętrznych
- wybiórcza embolizacja tętnic

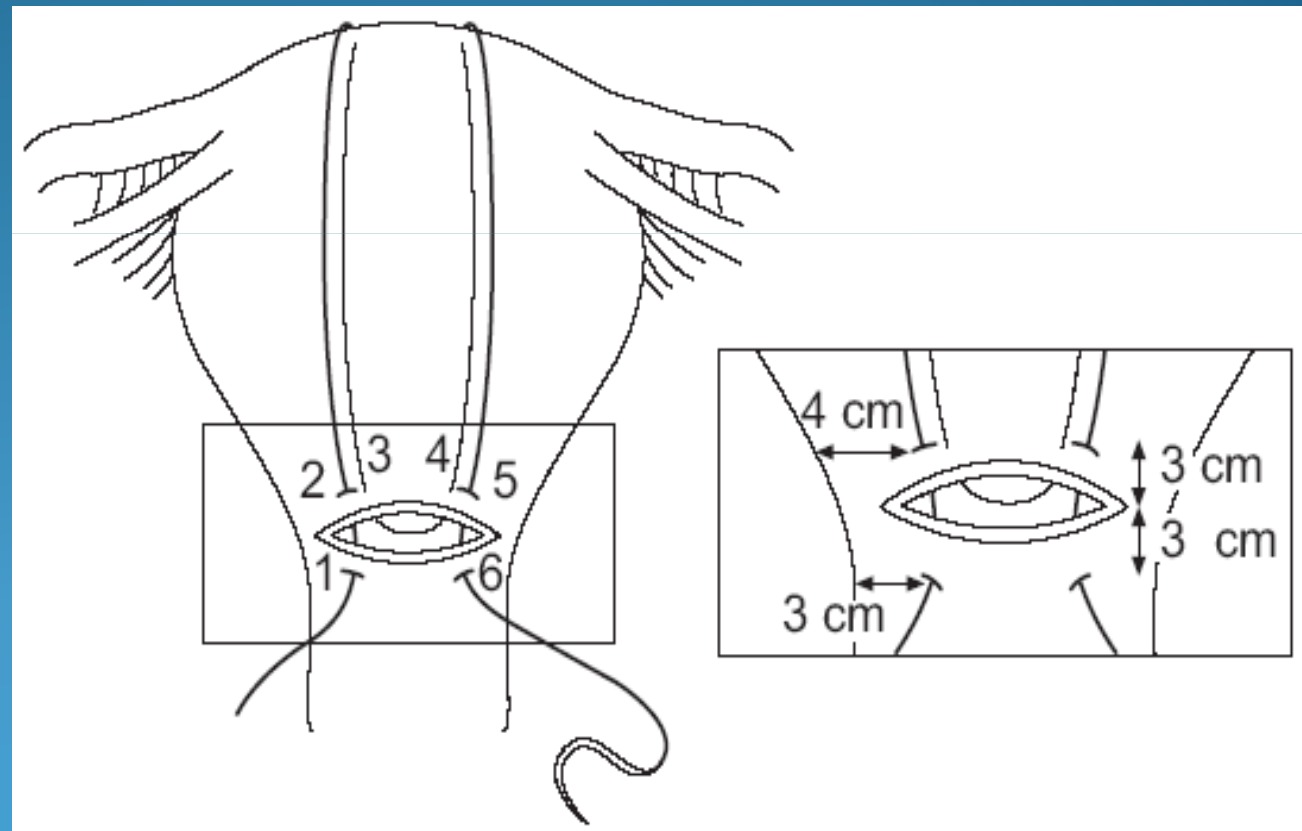
Balon Bakri

- Skuteczność 76-88%
- Wypełnienie 300-500ml
- Czas utrzymywania do 24 godz.
- Założenie i kontrola za pomocą USG
- Zawsze jednocześnie
Oksytocyna/Nalador wysokodawkowo
- Definitywne zatrzymanie krwotoku
albo zyskanie na czasie i
przygotowanie do operacji lub
embolizacji
- transfer do Centrum Perinatalnego tylko
przy stabilności układu krążenia



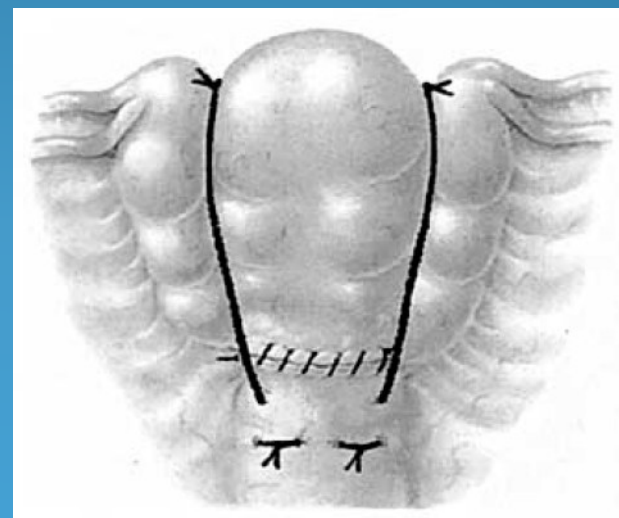
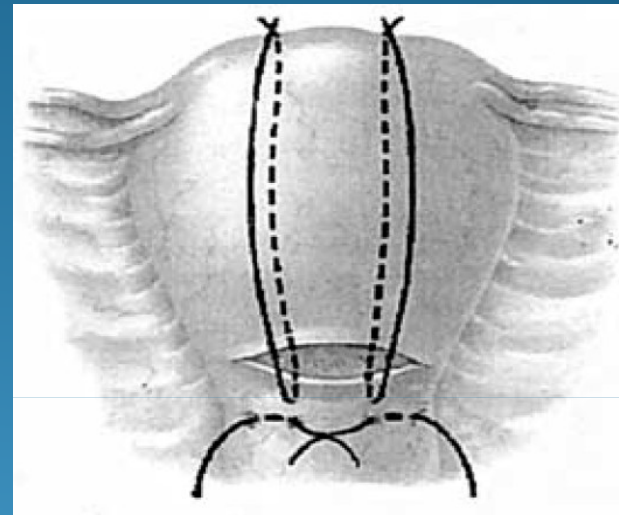
Operacja B-Lyncha

Widok z przodu



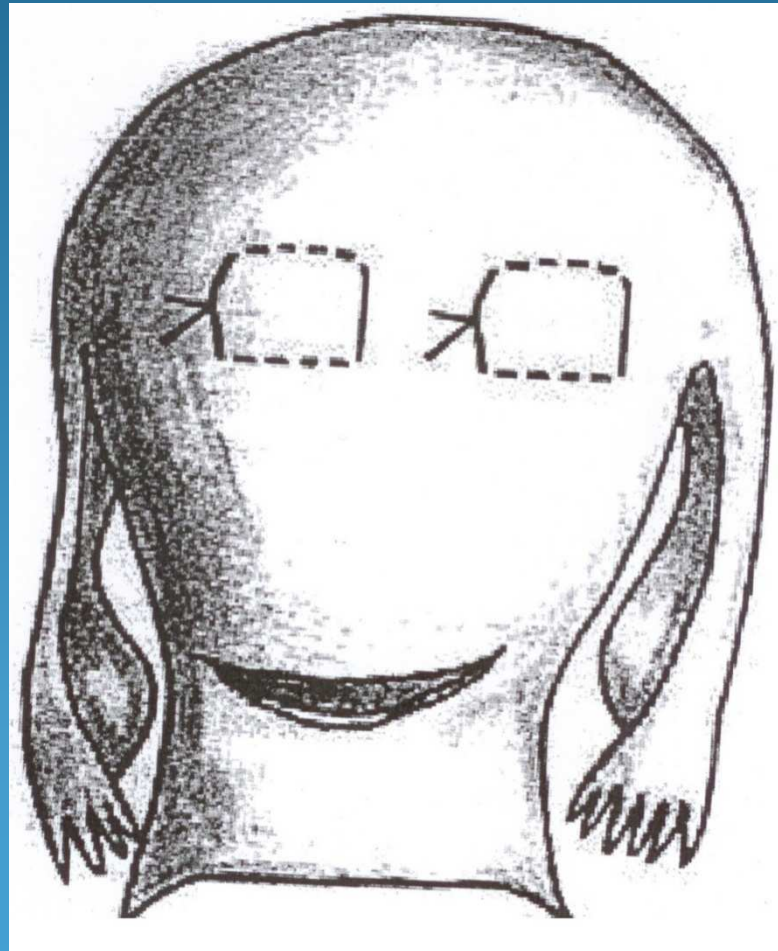
*CB B-Lynch et al.,
Br J Obstet Gynecol 1997*

Kompresyjne szwy na macicę sposobem Haymana

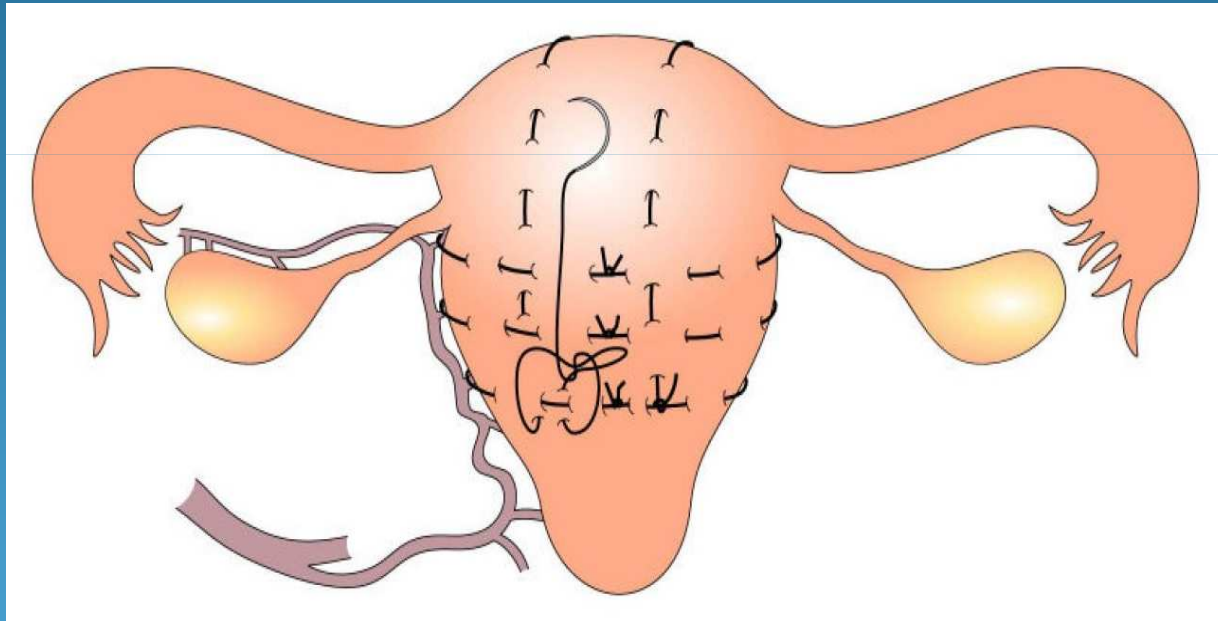


- *RG Hayman, S Arulkumaran, PJ Steer, Obstet Gynecol 2002*

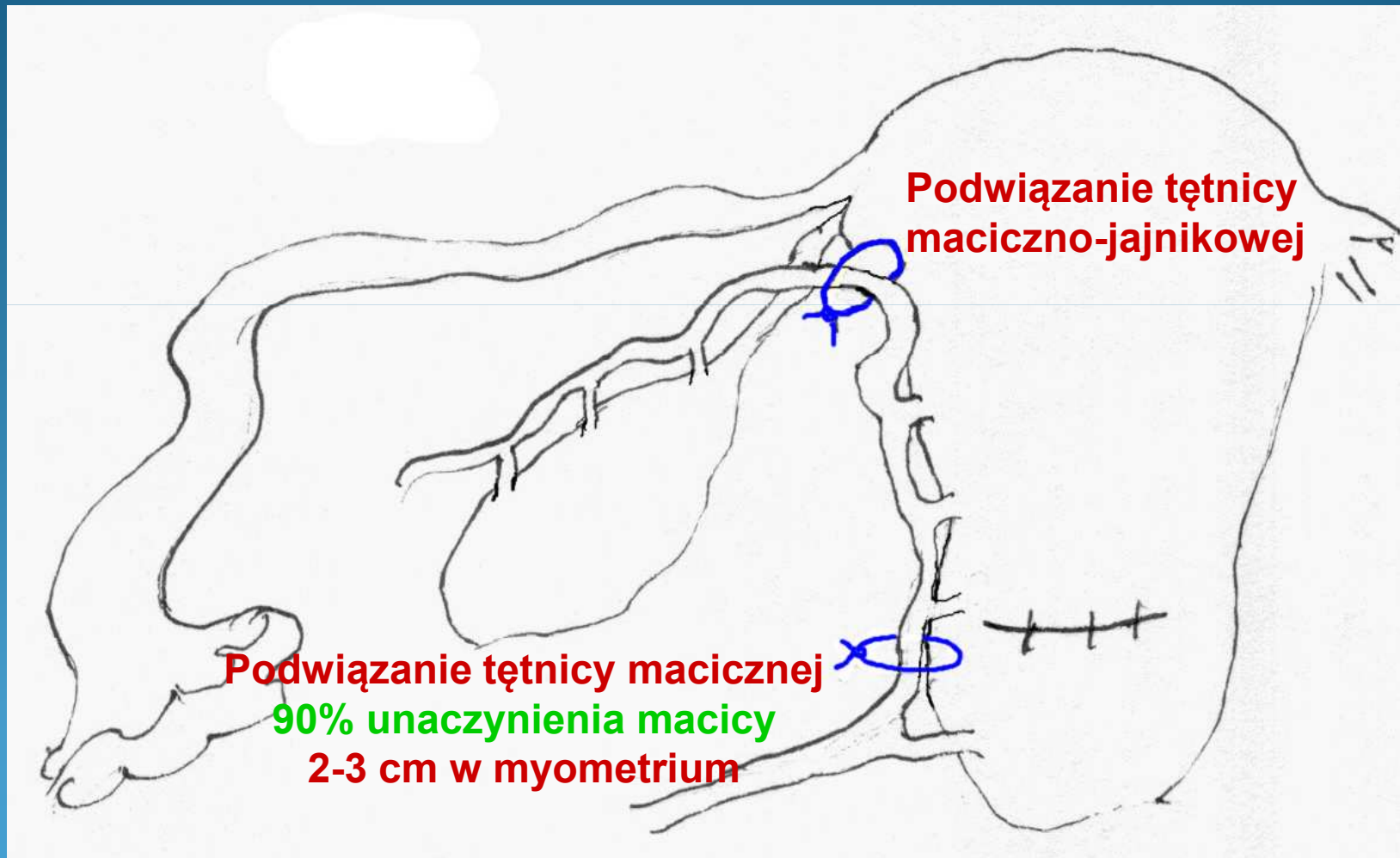
Szwy kompresyjne wg Cho (metoda koreańska, szwy kwadratowe)



Szwy uciskowe wg Pereiry: poprzeczne i podłużne szwy

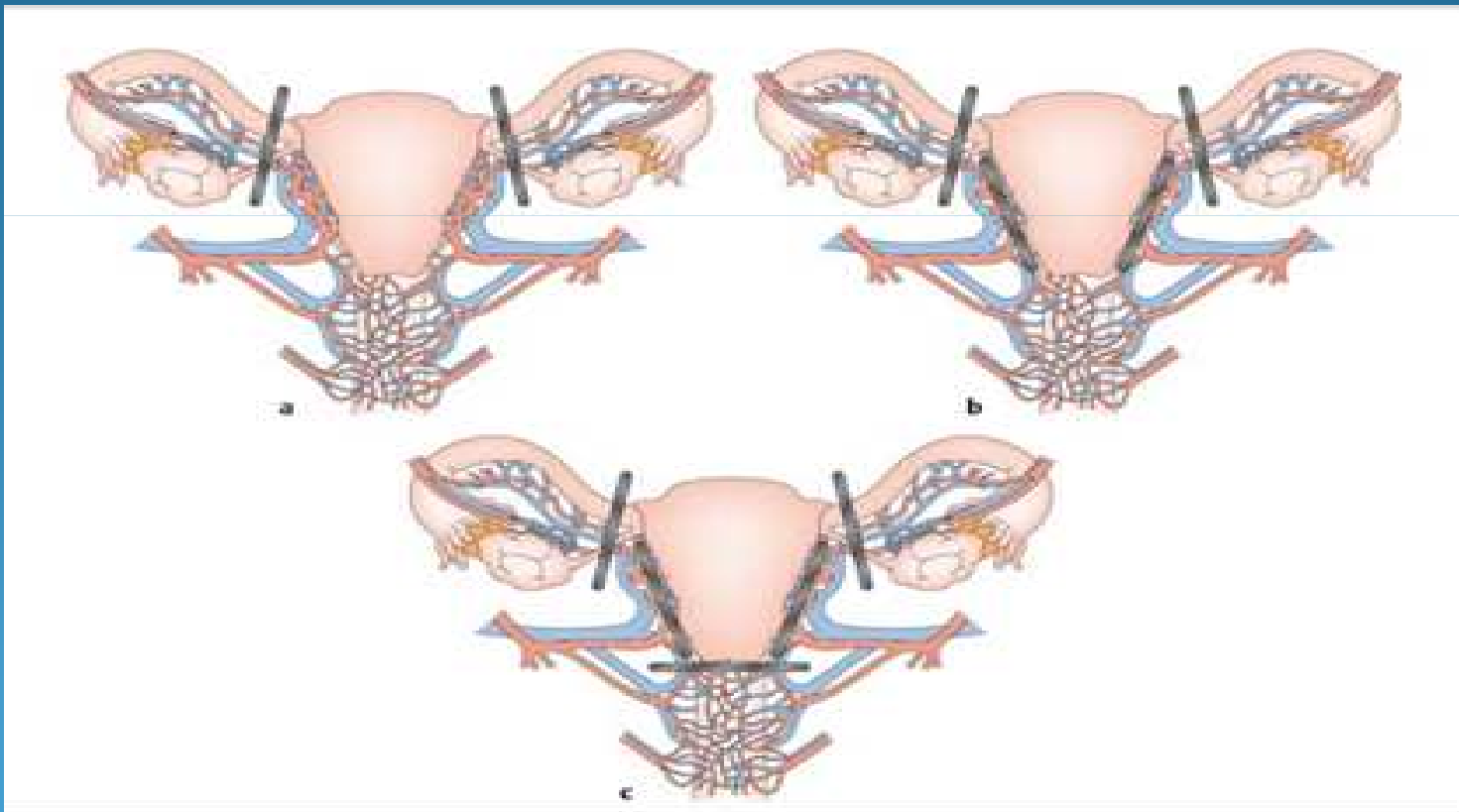


**Jeżeli szwy kompresyjne będą nieskuteczne
należy zastosować podwiązanie podstawowego
unaczynienia macicy (sposobem O'Learego)**

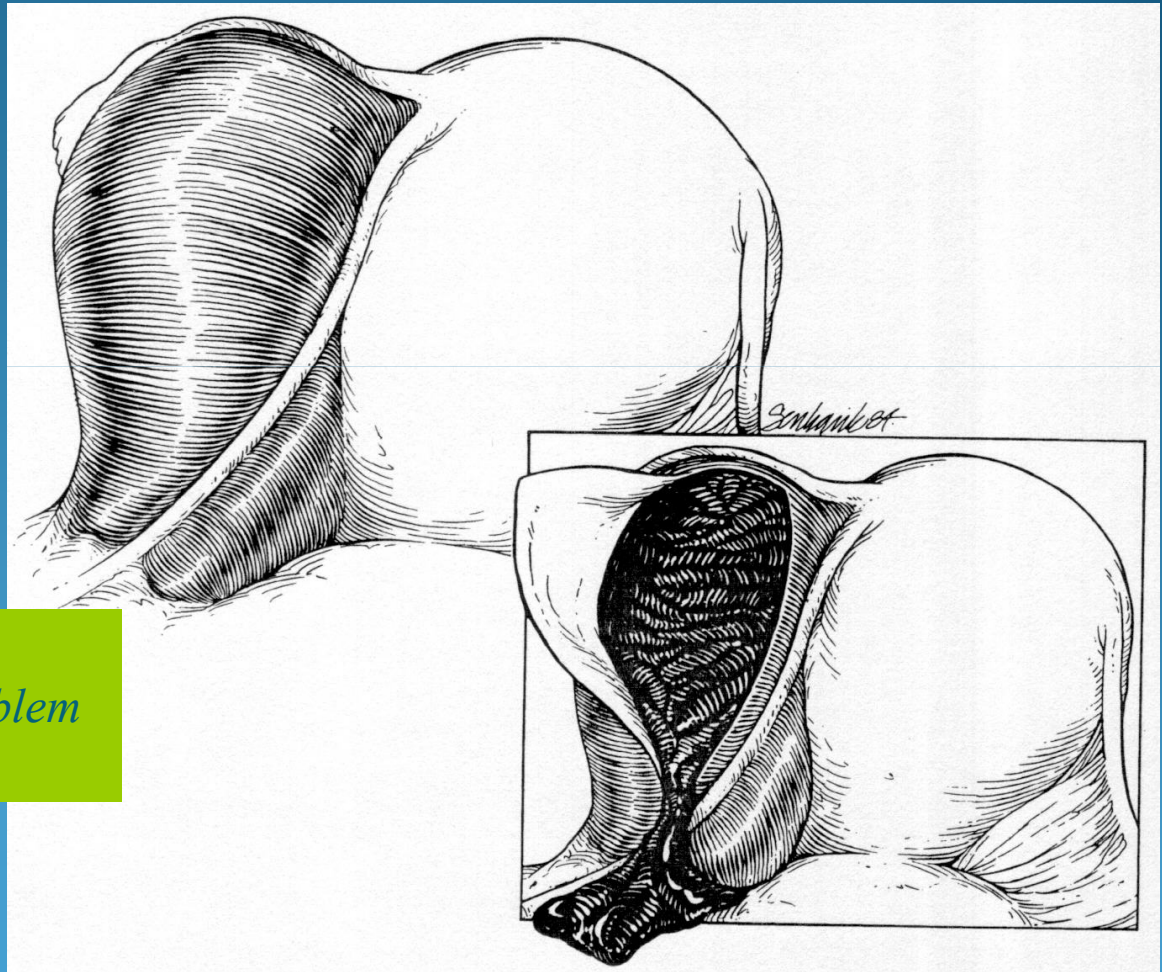


Jeżeli krwotok jest tak duży i grozi śmiercią, należy zastosować szybkie zatrzymanie krwotoku za pomocą zacisków:

- a) obustronne zaciski na pęczek jajnikowo-jajowodowy**
- b) obustronne zaciski na naczynia maciczne**
- c) zaciski na naczynia pochwowe**

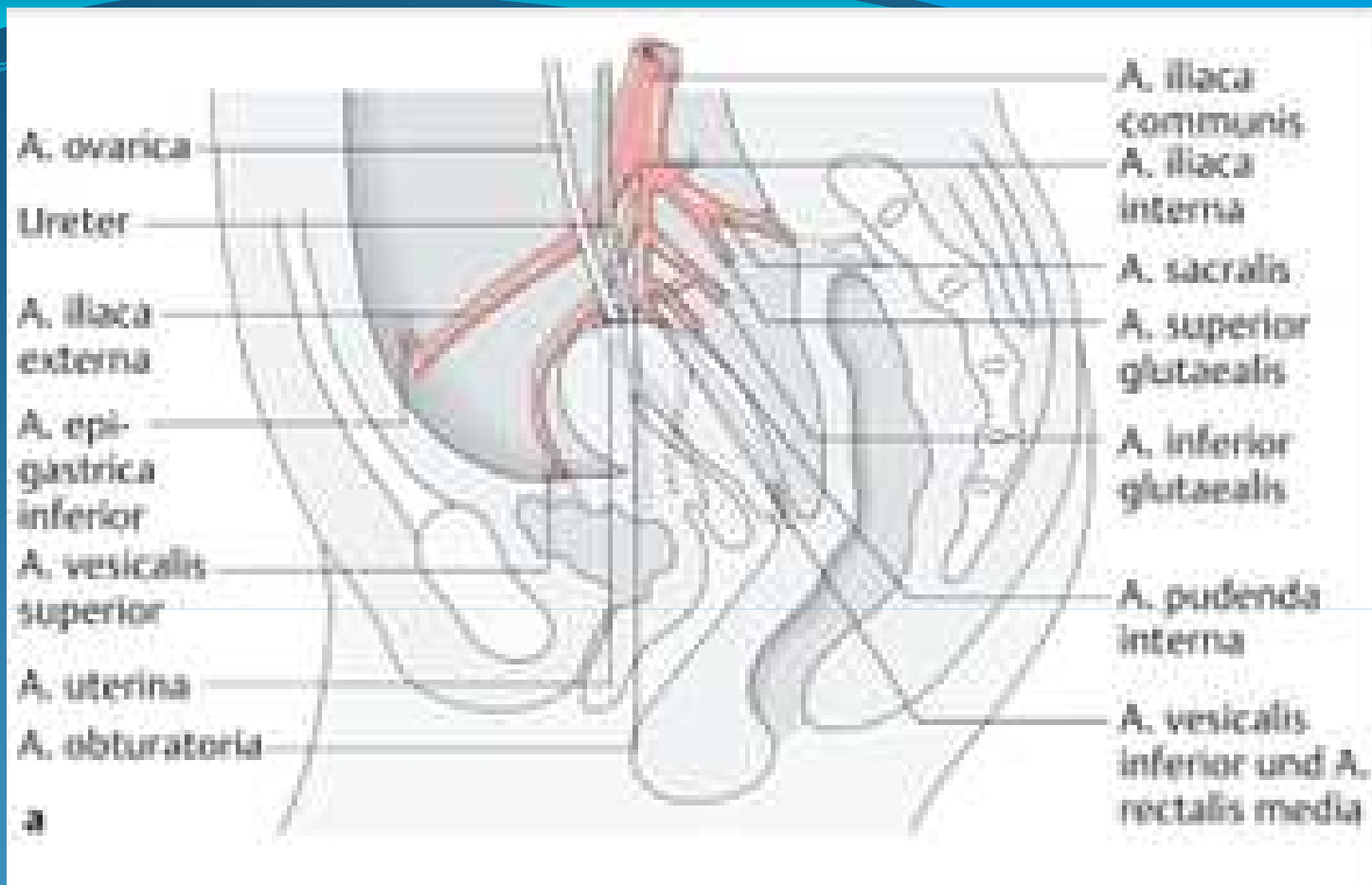


Krwiak zaotrzewnowy jako efekt uszkodzenia jednej z gałęzi tętnicy biodrowej wewnętrznej (najczęściej uszkodzenia tętnicy macicznej)



Rycina z : SG Gabbe, JR Niebyl, JL Simpson. *Obstetrics: Normal & Problem Pregnancies*, Churchill Livingstone

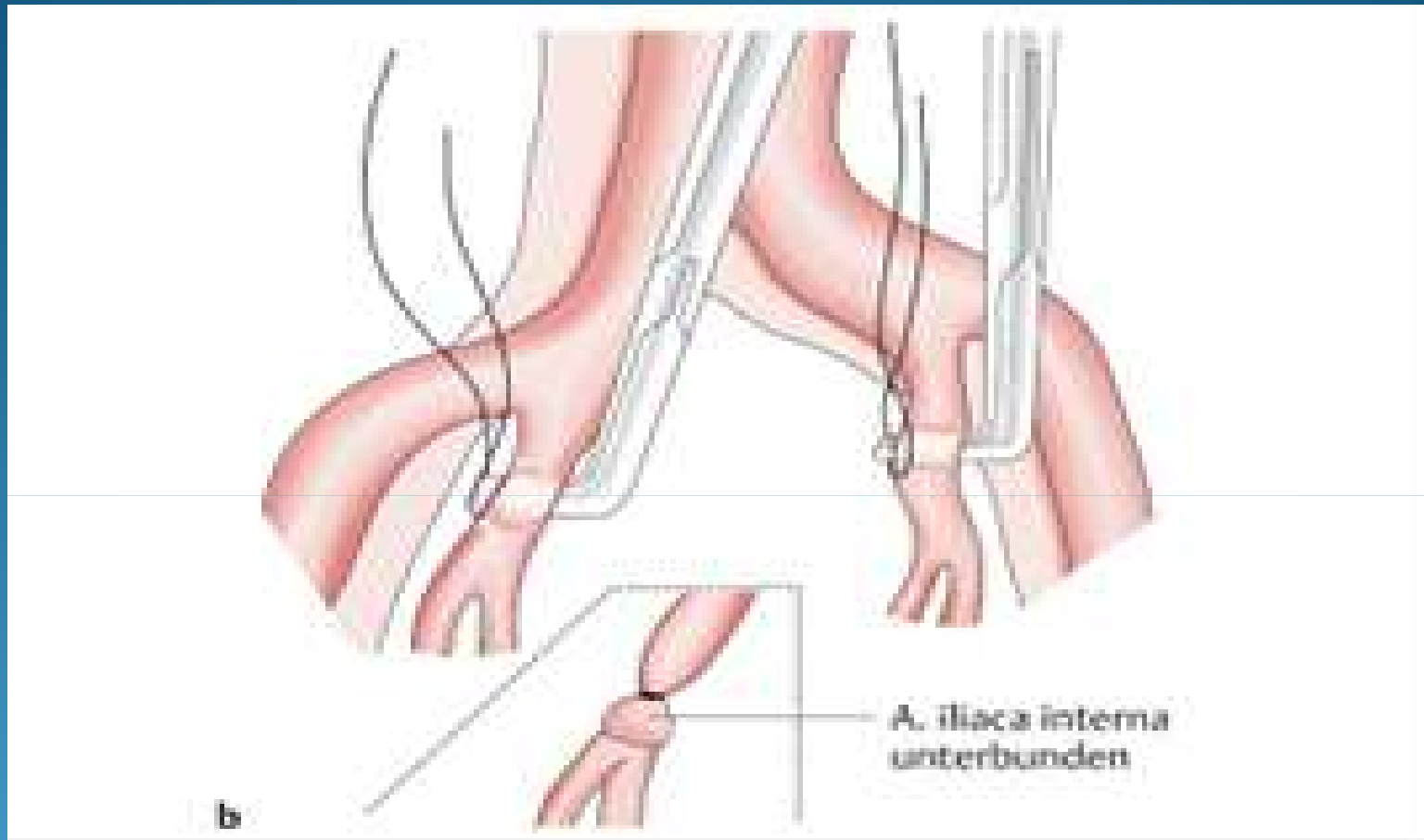
Profilaktyka: tokoliza śródporodowa



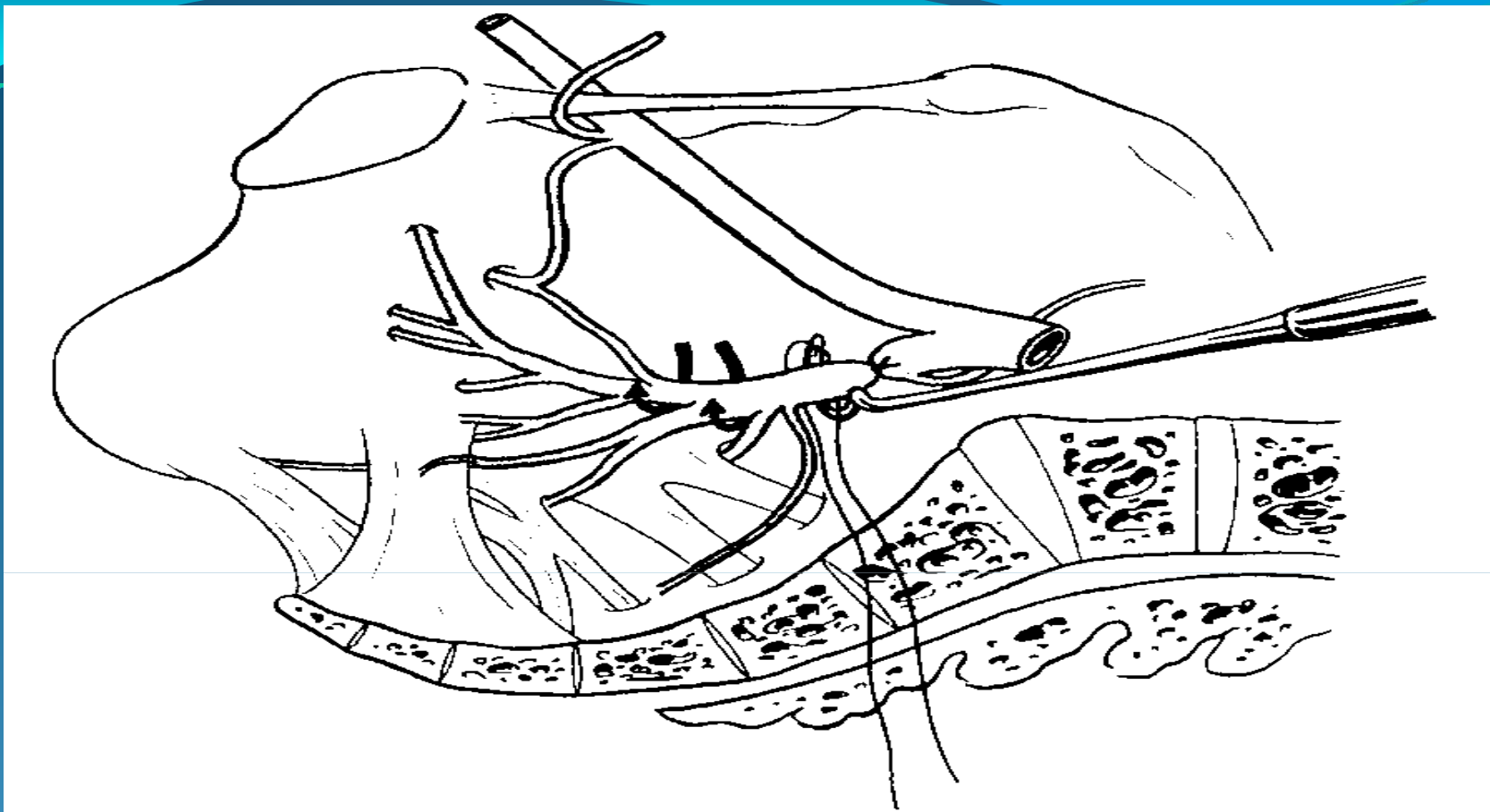
Jeżeli podwiązania tętnicy macicznej są nieskuteczne to należy podwiązać tt. biodrowe wewnętrzne.

Podwiązanie tt. biodrowych wewnętrznych.

Podwiązanie w sytuacjach nagłych jest zakładane w miejscu najlepiej osiągalnym. Krótko poniżej odejścia tętnicy biodrowej wspólnej. **UWAGA:** ściśle poniżej leży żyła biodrowa wewnętrzna.



Obustronne podwiązanie tętnic biodrowych wewnętrznych jest bardziej skuteczne niż jednostronne.



Podwiązanie tętnicy biodrowej wewnętrznej nie jest przyczyną jakichkolwiek objawów ubocznych. Z punktu widzenia technicznego konieczne jest preparowanie moczowodu, uwidocznienie rozgałęzienia tętnicy biodrowej wspólnej, wypreparowanie tętnicy biodrowej wewnętrznej i następnie jej podwiązanie.

Wallwiener D., Jonat W. Kreinberg R. Atlas der gynakologischen Operationen, 2009

Profilaktyczne wskazania do podwiązania tętnicy biodrowej wewnętrznej

✘ po porodzie z atonią macicy

+ przed wykonaniem histerektomii, w przedwczesnym oddzieleniu łożyska, w łożysku wrośniętym, przerośniętym, gdy inne metody postępowania zawiodły

✘ u pacjentek z wysokim ryzykiem do nawracających krwotoków poporodowych

+ łożysko przodujące, świadkowie Jehowy z grupy ryzyka, rudowłose (rzucający się w oczy typ rodzaj skóry, rudowłose blondynki wymagają szczególnego nadzoru – uterotoniki, oksytocyna, Nalador w gotowości podczas porodu)

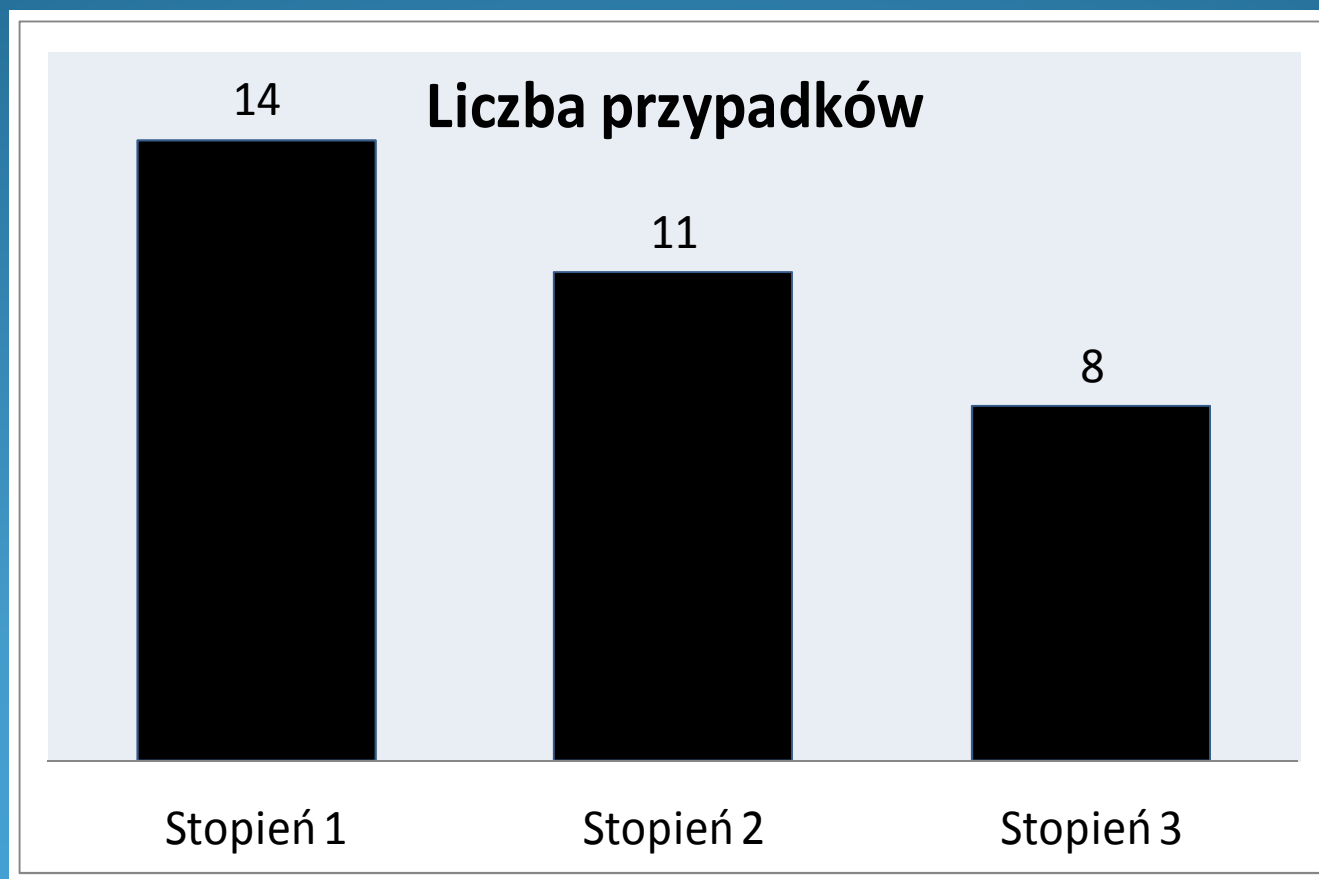
✘ jeśli są wskazania do wykonania podwiązania tętnic biodrowych wewnętrznych

+ nie powinno być ono opóźnione

Terapeutyczne wskazania do podwiązania tętnicy biodrowej wewnętrznej

- pęknięcie macicy, jeśli krwotok z tętnicy macicznej jest w miejscu odejścia od tętnicy biodrowej wewnętrznej
- krwotok z dolnej części więzadła szerokiego macicy
- krwotok z ran szarpanych szyjki macicy po porodzie z użyciem kleszczy/ próżniociągu
- krwawienie z kąta pochwy lub ściany bocznej miednicy
- rozproszone krwawienie o lokalizacji trudnej do określenia
- w atonii macicy, gdy inne metody zawiodły
- przed lub po histerektomii w przypadku krwotoku poporodowego
- inne krwotoki po histerektomii (samo wycięcie macicy najczęściej niewystarczające): np. zator płynem owodniowym
 - przy ranach postrzałowych w dolnej części jamy brzusznej
 - w złamaniach miednicy, w krwotokach dootrzewnowych
 - nie opóźniać interwencji

Liczba przypadków podwiązania tętnic biodrowych wewnętrznych przez Lubelski Zespół Szybkiego Reagowania w ciężkich krwotokach w oddziałach położniczych o różnym stopniu referencyjności w latach 2003-2013 w woj. lubelskim



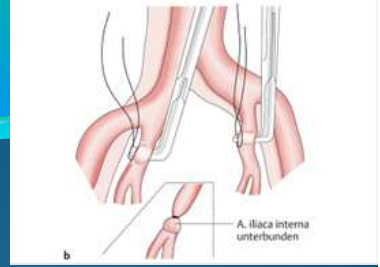
Lubelski System Błyskawicznego Reagowania w ciężkich krwotokach poporodowych (podwiązanie tętnic biodrowych wewnętrznych)

2003r.	2	SP ZOZ Międzyrzec Podlaski, SPSzW im. Jana Bożego w Lublinie
2004r.	6	WSzS im. S.K.Wyszyńskiego w Lublinie, SP ZOZ Puławy, SPSK-4 Lublin (Centrum Perinatalne), SPSzW im. Jana Bożego w Lublinie – 2, SP ZOZ Parczew
2005r.	9	SP ZOZ Krasnystaw, SP ZOZ Kraśnik - 2, SPSK-4 Lublin (Centrum Perinatalne) - 2, WSzS Biała Podlaska, SP ZOZ Tomaszów Lubelski, SP ZOZ Parczew, SP ZOZ Bełżyce
2006r.	4	SP ZOZ Świdnik, SP ZOZ Radzyń Podlaski, WSzS im. S.K.Wyszyńskiego w Lublinie, SPSK-4 Lublin (Kl. Ginekologii)
2007r.	2	WSzS Biała Podlaska, SP ZOZ Tomaszów Lubelski
2008r.	4	SPSszW im. Jana Bożego w Lublinie - 2, SP ZOZ Hrubieszów, SP ZOZ Międzyrzec Podlaski
2009r.	2	SPSszW im. Jana Bożego w Lublinie, SPSK-1 Lublin
2010r.	0	
2011r.	3	WSzS Biała Podlaska, SP ZOZ Lubartów, SPSK-4 Lublin (Centrum Perinatalne)
2012r.	1	SPSK-4 Lublin (Centrum Perinatalne)
2013r.	0	

Nowe międzynarodowe rekomendacje do stosowania uterotoników, zwłaszcza Naladoru, które wpłynęły na zachowawcze skuteczne postępowanie.

Jak poprawić skuteczność...

Alternatywa dla podwiązania naczyń biodrowych



- + Selektywna embolizacja radiologiczna tętnic
 - × większa skuteczność od podwiązania naczyń biodrowych
- + wskazania:
 - × kontrola krwawienia z szyjki macicy i dolnego odcinka macicy
 - × kontrola utrzymującego się krwawienia po histerektomii
- + ograniczenia
 - × stabilna hemodynamicznie pacjentka
 - × konieczność dyżuru radiologa naczyniowego i pracowni radiologii zabiegowej

Camuzcuoglu H, Toy H, Vural M. I wsp. Internal iliac artery ligation for severe postpartum hemorrhage and severe hemorrhage after postpartum hysterectomy. J.Obstet.Gynaecol.Res. 2010,36:538-543

**Tętnicza
embolizacja,
pozostawienie
łożyska w macicy,
ciężki stan
przedrzucawkowy
RR 220/140,
wycięcie macicy**

KRAWCZUK, JOANNA
ID: 74091803480
* 1974-09-18
Study EMBO_OBWOD
2011-09-28
14:00:51
1 IMA 69 FRM 35

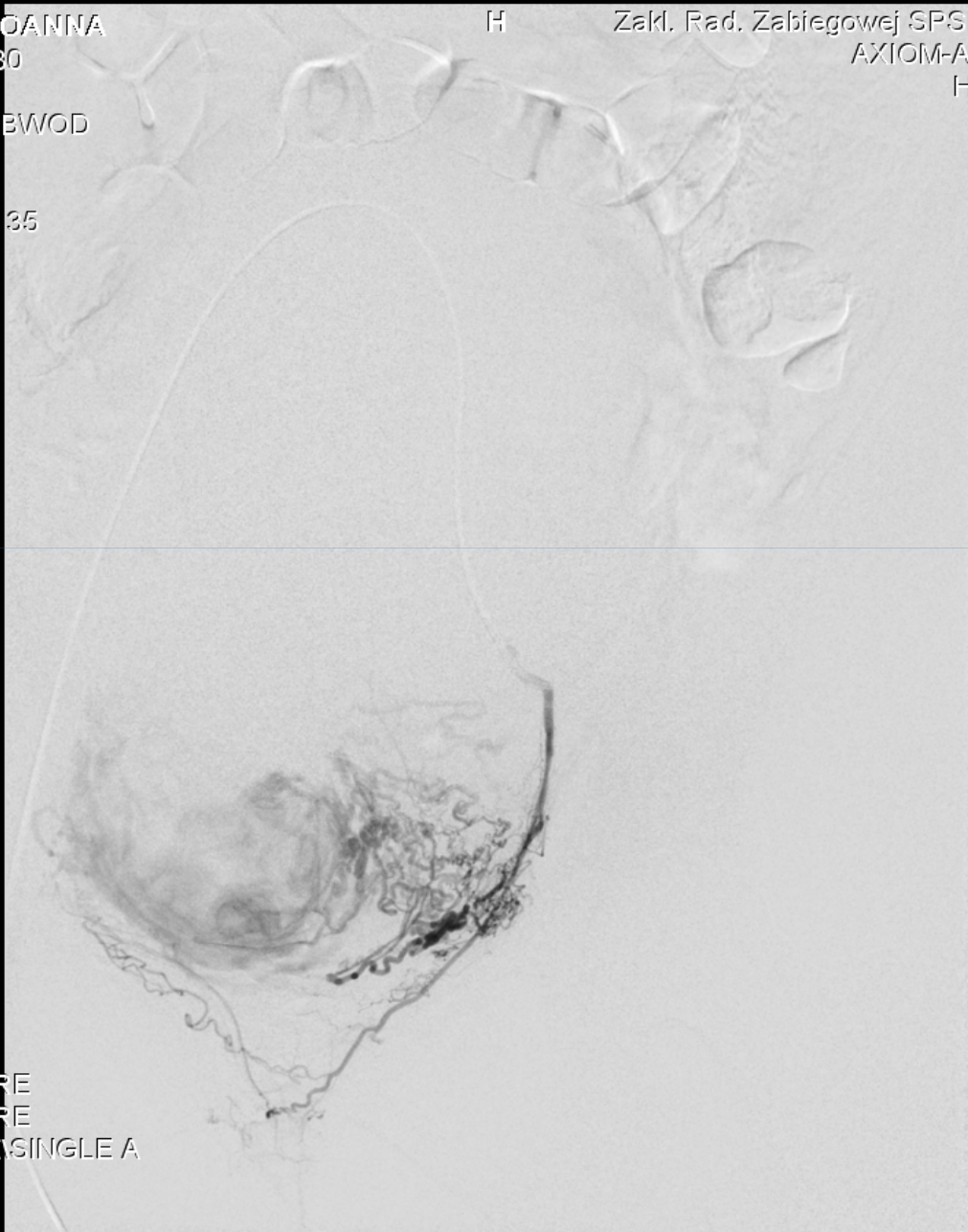
H

Zakl. Rad. Zabiegowej SPSSK 4
AXIOM-Artis
HFS

R

Art TT biodr CARE
Art TT biodr CARE
SINGLE PLANE SINGLE A
CRA 0
LAO 1

W: 4095
C: 2047



Szkolenie

Postępowanie chirurgiczne wymaga odpowiedniego szkolenia np. technika podwiązywania tt. biodrowych wewnętrznych

- a) onkologia
- b) atlasy
- c) nauczyciel
- d) anatomia patologiczna
- e) fantom (obowiązkowo na każdej sali porodowej na której dokonywane jest szkolenie podyplomowe personelu)
- f) ministerialne rozporządzenia dotyczące opieki okołoporodowej
- g) rekomendacje
- h) zalecenia
- i) stanowiska
- j) podręczniki
- k) rekomendacje i zalecenia powinny być gromadzone z internetu w aktualnym standardzie (sprawdzane z roku na rok i unowocześniane)
- l) → f, g, h, i, j (MOGĄ SIĘ DEZAKTUALIZOWAĆ I NIE ODZWIERCIEDLAĆ STANDARDÓW, W OKREŚLONYM CZASIE MUSZĄ BYĆ WYMIENIANE NA SALI PORODOWEJ)



Szkolenie praktyczne na fantomach w Lublinie odbywa się co tydzień

Katedra i Klinika Położnictwa i Perinatologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Program szkoleń i treningów symulacyjnych

- Symulacje pomocy w krwotoku poporodowym powinny być włączone do programu szkoleń personelu medycznego
- Podwiązanie tętnic biodrowych wewnętrznych
 - 10% Polska
 - 60% Niemcy

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
Interdisziplinäre Expertengruppe

AWMF-Leitlinien-Register | Nr. 015/063 | Entwicklungsstufe: 1

Diagnostik und Therapie peripartaler Blutungen

Inhalt

- Präambel
- 1. Hintergrund
- 2. Risikofaktoren für eine PPH
 - 2.1 Prä-, intra- und postpartale Risikofaktoren
 - 2.2 Präventive Maßnahmen bei Vorliegen von Risikofaktoren für eine PPH
- 3. Prinzipien bei schwerer PPH
- 4. Blutungsursachen
 - 4.1 Postpartale Atonie
 - 4.2 Geburtstraumatische Verletzungen
 - 4.3 Plazentarestes oder Lösungsstörungen
 - 4.4 Koagulopathie

Präambel

Schwere peripartale Blutungen (PPH) sind mit einer Prävalenz von 0,5 bis 5,0% eine der häufigsten Notfälle in der Geburtshilfe. Sie stehen an erster Stelle mütterlicher Morbidität und Mortalität. Durch das Erkennen präpartaler Risikofaktoren können präventive Maßnahmen eingeleitet werden. Das Schulen des geburtshilflichen Personals und das Verbreiten von Leitlinien bzw. Empfehlungen liefern einen entscheidenden Beitrag zur Senkung der Häufigkeit, Morbidität und Mortalität peripartaler Blutungskomplikationen. Daher hat eine interdisziplinäre Expertenkommission aus Deutschland, Österreich und der Schweiz den derzeitigen Kenntnisstand zu Risikofaktoren, Prävention, Diagnostik und Therapie peripartaler Blutungskomplikationen erarbeitet. Das Vorgehen entspricht dem einer S1-Handlungsempfehlung der AWMF. "Evidenz" sind daher in dem Text nicht angegeben. Erklärungen zum Interessenkonflikt wurden von allen Autoren abgegeben.

1. Hintergrund

Schwere peripartale Blutungen gehören zu den lebensbedrohlichsten und unkalkulierbarsten Notfällen in der Geburtshilfe. Sie stehen mit einem Anteil bis zu 25% an schwangerschaftsassozierten Komplikationen gemeinsam mit Thromboembolien an erster Stelle der mütterlichen Todesursachen (8) und können jährlich ungeachtet einer erheblichen Dunkelziffer weltweit ca. 140.000 Frauen das Leben, d.h., alle 4 Minuten stirbt eine Frau an einer postpartalen Blutungskomplikation (2). In den USA und Europa muss mit 1-2 mütterlichen Todesfällen auf 100.000 Lebendgeborene infolge von Blutungen gerechnet werden; lebensbedrohliche peripartale Blutungen betreffen 1.100 Geburten (8). Ausweislich der Perinatalstatistiken ist bei 0,5-5% der vaginalen Geburten mit einem Blutverlust von > 1000 ml zu rechnen (4, 38, 54). Dabei ist eine Senkung der Prävalenz die Folge einer intensiven Publikationstätigkeit (Leitlinien, Empfehlungen) und einer Schulung des geburtshilflichen Personals unübersehbar.

Peripartale Blutverluste nach vaginaler Geburt oder Kaiserschnitt werden häufig nicht gemessen oder drastisch unterschätzt (13, 15). Das Blutvolumen einer Schwangeren beträgt ca. 9% des Körpergewichts.

Nach WHO-Definition liegt eine PPH vor

- bei einem Blutverlust > 500 ml nach vaginaler Geburt,
- bei einem Blutverlust > 1000 ml nach Sectio caesarea.

Eine **schwere Blutung** wird wie folgt definiert (37, 62):

- Blutverlust > 150 ml/Min. innerhalb von 20 Min. oder
- Verlust von 50% des zirkulierenden Blutvolumens innerhalb von drei Stunden oder
- akuter Blutverlust > 1500-2000 ml.

Klinisch werden Blutverluste zwischen 500 und 1500 ml in der Regel ohne Schocksymptome toleriert (8). Symptome des hämorrhagischen Schocks bei höherem Blutverlust sind Agitiertheit, Bewusstseinsstrübung, Kältschweißigkeit, blasses Hautkolorit, Tachykardie, Hypotension, Hyperventilation und Oligo-Anurie.

Hinsichtlich des Blutungszeitpunktes nach der Geburt wird zwischen einer frühen postpartalen Blutung (innerhalb von 24 Stunden nach der Geburt) und einer späten postpartalen Blutung (24 Stunden bis sechs Wochen nach der Geburt) unterschieden.

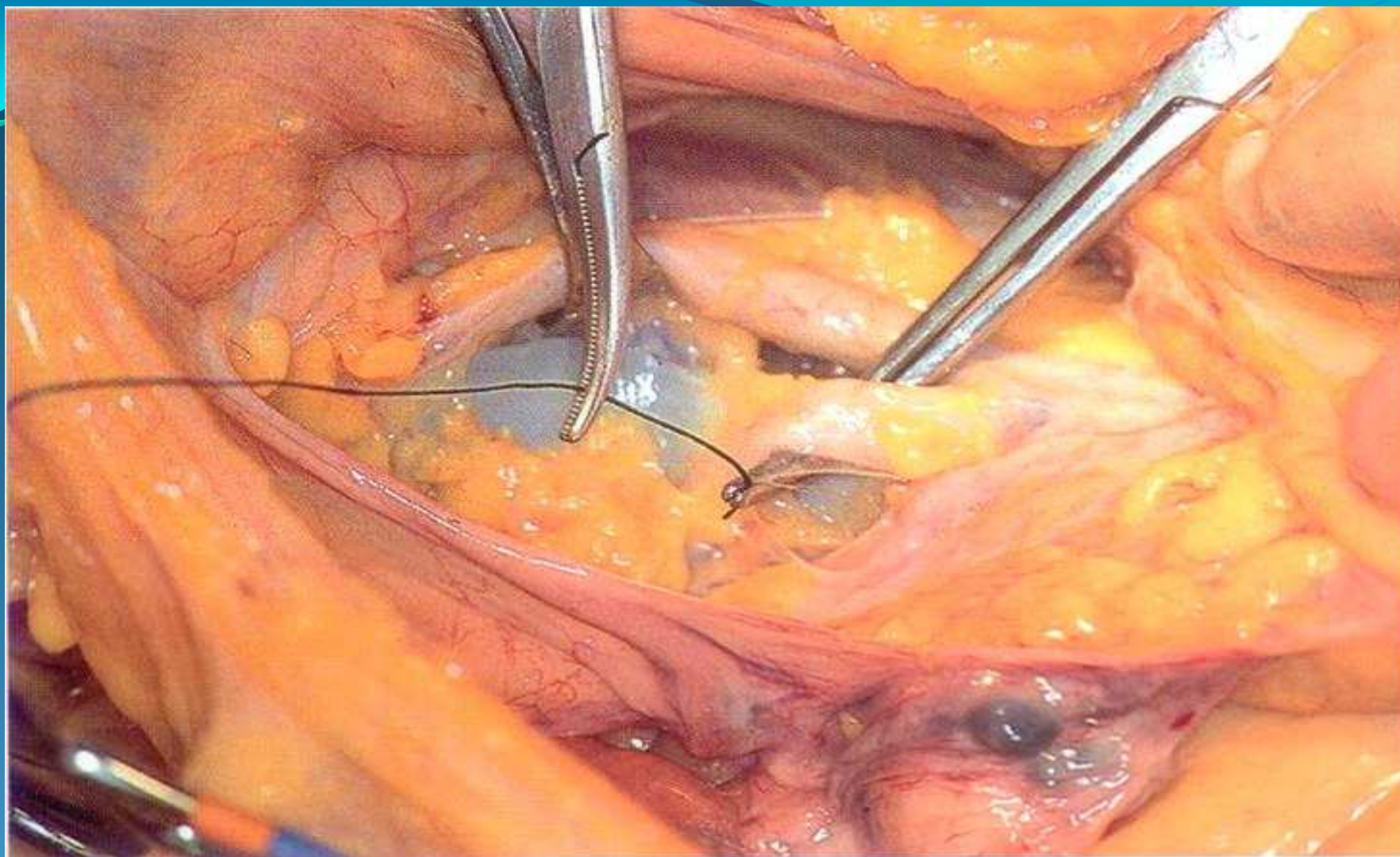
Pathophysiologische Endstrecke starker Blutungen ist der hämorrhagische Schock und die Verlust- und/oder Verdünnungs-koagulopathie. In speziellen Situationen (z.B. bei vorzeitiger Plazentalösung, Amnion-Infektionssyndrom, Puerperalsepsis, septischem Abort, Fruchtwasserembolie) kann es zu einer gesteigerten Aktivierung des Gerinnungssystems mit der Folge einer disseminierten intravasalen Gerinnung (DIC) und konsekutiver Verbrauchskoagulopathie kommen (47).

Przykład zdezaktualizowanych rekomendacji diagnostyki i leczenia krwotoku

PPH SWAT

(POST PARTUM HEMORRHAGE SPECIAL WAEPONS AND TACTICS)
SYSTEM BŁYSKAWICZNEGO REAGOWANIA
W PRZYPADKU CIĘŻKICH KRWOTOKÓW POPORODOWYCH

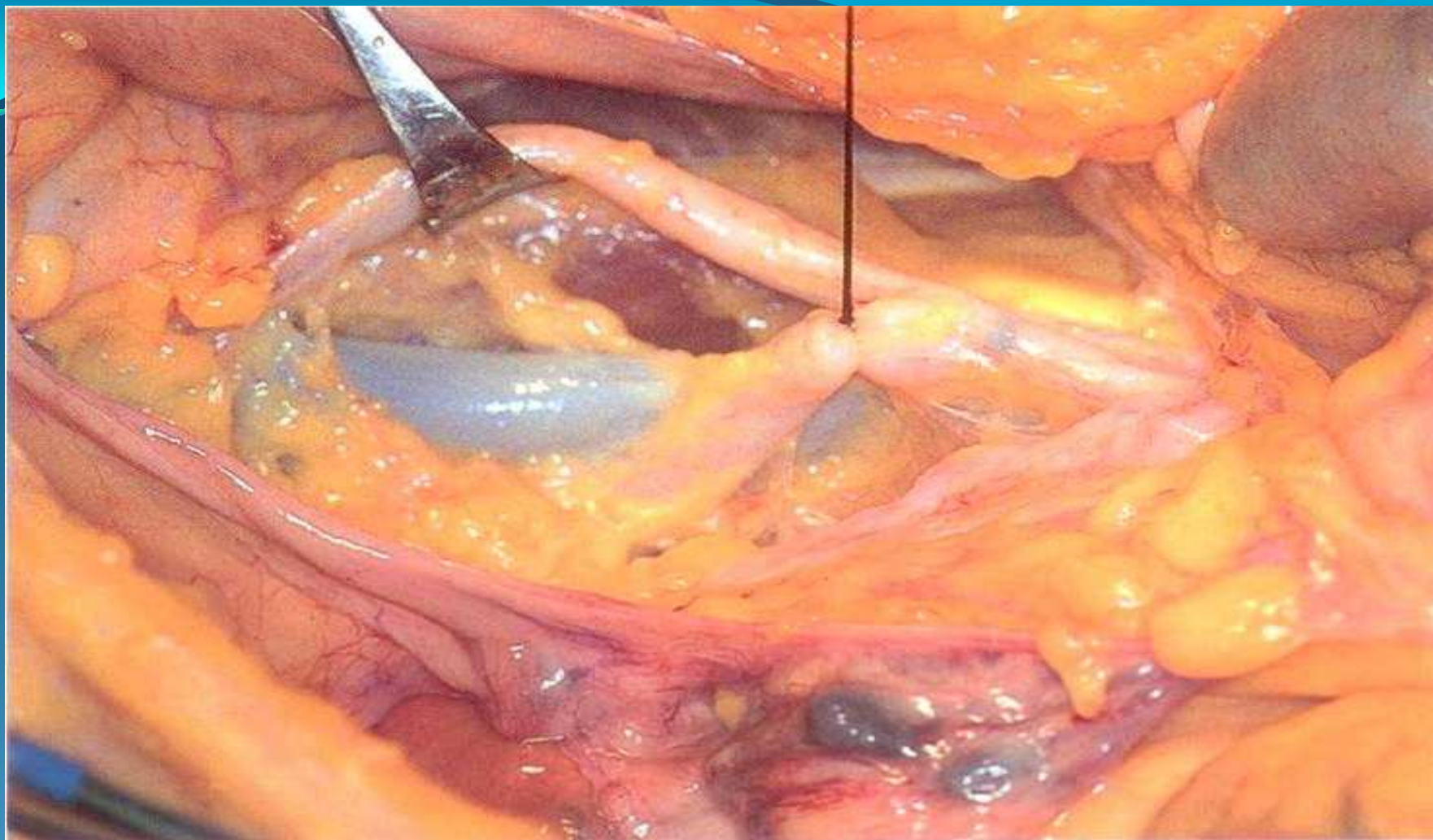
- personel medyczny – jeden do kilku operatorów operujących w przestrzeni zaotrzewnowej
- całodobowa dostępność transportu medycznego
- środki lecznicze – uterotoniki (Nalador 1,7 - 8,3 $\mu\text{g}/\text{min.}$ = 34 - 166 kropli/min.), balon Bakri, NovoSeven[®], kwas traneksamowy, fibrynogen
- narzędzia (klemy Krantowitza, kleszczyki Babcocka)
- odpowiednie ubezpieczenie



prostym.

**Atlas chirurgii ginekologicznej i anatomii miednicy. Wydanie polskie. Michael S. Baggish, Mickey M. Karram.
Tłumacz rozdziału Prof. dr hab. N. med. Jan Oleszczuk. Redaktor naukowy Prof. dr hab. n.med. Tomasz
Rechberger.**

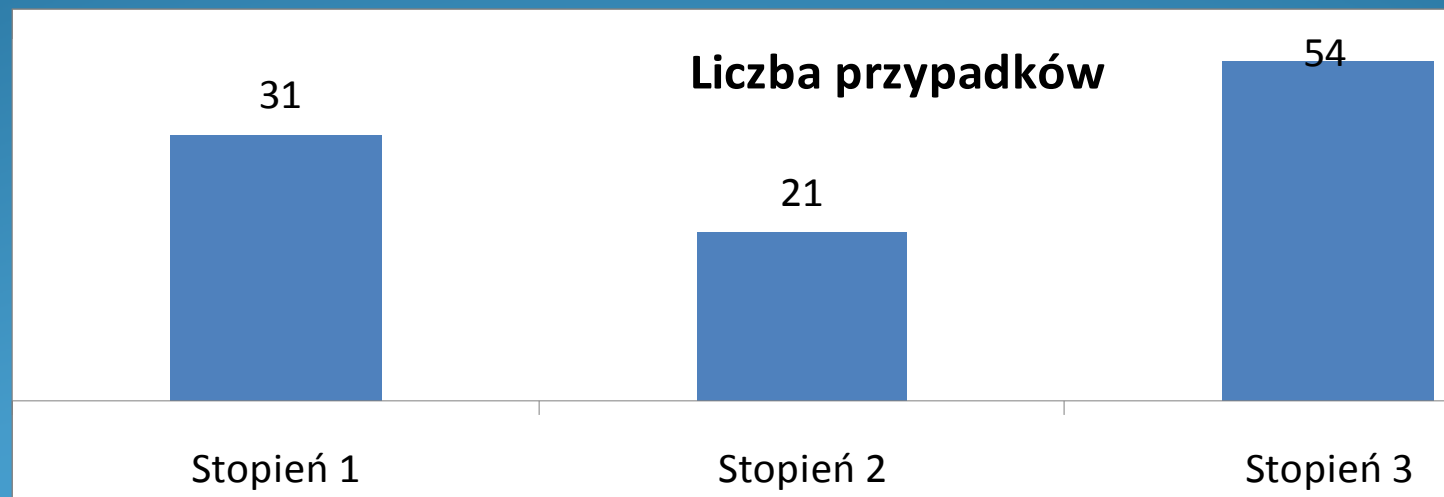
Podwiązanie tętnicy biodrowej wewnętrznej



Rycina 7. Podwiązka jest zabezpieczona poprzez trzy węzły. Każdy węzeł jest dokładnie nisko zawiązany. Tętnica biodrowa zewnętrzna jest odsunięta poprzez hak żylny.

**Atlas chirurgii ginekologicznej i anatomii miednicy. Wydanie polskie. Michael S. Baggish, Mickey M. Karram.
Tłumacz rozdziału Prof. Dr hab. N. med. Jan Oleszczuk. Redaktor naukowy Prof. dr hab. n. med. Tomasz Rechberger.**

Rycina 1. Liczba przypadków ciężkich krwotoków poporodowych wymagających interwencji zespołu szybkiego reagowania w oddziałach położniczych o różnym stopniu referencyjności



Przyczyny ciężkich krwotoków poporodowych w województwie lubelskim w latach 2003-2013 po porodach drogami natury

Poród pochwowy	20
Łóżysko wrosnięte	3
Pęknięcie szyjki	2
Krwiaki pochwy, okołodbytnicze i przymacicz	5
Krwotok z przymacicz	4
Atonia macicy	5
Małopłytkowość	1
Zator płynem owodniowym z atonią	2
Wynicowanie macicy	1
Wstrząs septyczny z krwotokiem po zastosowaniu heparyny	1

Krwotoki poporodowe w województwie lubelskim w latach 2003-2013 podczas i po cięciu cesarskim

Cięcie cesarskie	86
Krwotok podczas cięcia ces.	39
Krwotok po cięciu ces.	47

Przyczyny ciężkich krwotoków poporodowych w województwie lubelskim w latach 2003-2013 po porodach drogami natury i po cięciach cesarskich

		Poród drogami natury (20)	Cięcie cesarskie (86)
Atonia (A)	T	6	29
Uraz (U)	T	8	20
Łóżysko (Ł)	T	3	25
Zaburzenia krzepnięcia krwi (K)	T	3	12

Sposób postępowania w 106 przypadkach ciężkich krwotoków poporodowych w województwie lubelskim w latach 2003-2013

Sposób postępowania	Liczba przypadków
Laparotomia	5
Relaparotomia	34
Wycięcie macicy	40
Usunięcie szyjki macicy po nadszyjkowej amputacji trzonu	3
Jednostronne wycięcie przydatków z powodu krwawienia lub krwiaka	6
Obustronne wycięcie przydatków z powodu wstrząsu septycznego (z całkowitym wycięciem macicy)	1
Ewakuacja krwiaka zaotrzewnowego	13
Podwiązanie tętnicy macicznej	16
Podwiązanie gałęzi macicznej tętnicy jajnikowej	12
Obustronne podwiązanie tętnic biodrowych wewnętrznych	<u>33</u>

Jednostronne podwiązanie tętnicy biodrowej wewnętrznej	1
Zszywanie pękniętej szyjki i przymacicz od strony pochwowej	7
Szew B-Lyncha	2
Szew Haymana	1
NovoSeven	<u>17</u>
Macica nie wycięta	28
Zabieg Watersa	5
Odprowadzenie wynicowanej macicy	1
Transport z ośrodka I stopnia do ośrodka III stopnia referencyjności	1
Usunięcie śledziony z powodu pęknięcia tętniaka tętnicy śledzionowej	1
Wyłuszczenie mięśniaków macicy	1
Tamponada jamy brzusznej za pomocą chust	2
Zastosowanie balonu Bakri	1
Szwy Herbischa-Hucha	1

**Częstość interwencji
LSBR w ciężkich krwotokach poporodowych
w województwie lubelskim
w latach 2003-2009**

11,14 interwencji/rok

78 interwencji =

48 wyjazdów + 30 Centrum Perinatalne

6,86 interwencji wyjazdowych/rok

**Częstość interwencji
LSBR w ciężkich krwotokach poporodowych
w województwie lubelskim
w latach 2010-2012**

8,67 interwencji/rok

26 interwencji =

5 wyjazdów + 21 Centrum Perinatalne

1,67 interwencji wyjazdowych/rok

1 ciężki wypadek samochodowy

**Tomaszów Lubelski 29.11.2007 r. –
operacyjne leczenie krwotoku –
pacjentka M.L.**



Lublin 04.12.2007r. - położnica M.L.



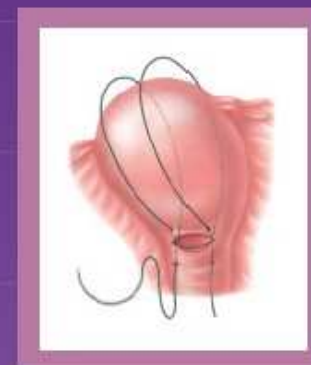
**J. Oleszczuk i wsp.
*Eliminating mortality:
lessons from Lublin Province
in Poland***

Ze względu na 100% skuteczność publikacja z Lublina znalazła się w pierwszym na świecie podręczniku o krwotokach poporodowych;
Redaktorzy: B-Lynch, Keith, Lalonde, Karoshi

A Textbook of
**POSTPARTUM
HEMORRHAGE**

*A comprehensive guide to evaluation, management
and surgical intervention*

*Edited by Christopher B-Lynch FRCS, FRCOG, D.Univ, Louis Keith MD, PhD
André B. Lalonde MD, FRCSC, FRCOG and Mahantesh Karoshi MBBS, MD*



*With a Special Message from HRH The Princess Royal
and a Foreword by Arnaldo Acosta, President of the International Federation
of Gynecology & Obstetrics, FIGO, and André B. Lalonde, Co-Chair of
FIGO Save The Mother and Newborn Health Committee*

With a Special Message from HRH The Princess Royal

Doktorat HC 01.10.2007r. UM Lublin



Krwotok poporodowy nie jest niebezpieczny

**NIEBIEZPIECZNA JEST
OPIESZAŁOŚĆ
W JEGO LECZENIU
„ZŁOTA GODZINA”
BŁYSKAWICZNE REAGOWANIE**

J. Oleszczuk

„Dla nowej prawdy nie ma nic bardziej szkodliwego niż stare błędne poglądy.”

Goethe „Maksymy i refleksje”

- REANIMACJA WEWNĄTRZMACICZNA (37 LAT)
- CIĘCIE CESARSKIE ML „TWIERDZA NIEUPRAWNIONYCH”
(FIGO W MONTREALU W 1994 R. –MICHAEL STARK)–
”LUBELSKIE CIĘCIE” (SIERPIEŃ 1998r),
- CEWNIK FOLEY’A-15 LAT
- NIFEDYPINA -„ZAWSZE”
- NALADOR - 15 LAT

DZIĘKUJĘ ZA UWAGĘ