

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
1 апреля 2022 г. № 24

**Об утверждении клинических протоколов**

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Оказание медицинской помощи женщинам с послеродовыми кровотечениями в стационарных условиях» (прилагается);

клинический протокол «Диагностика наследственных тромбофилий и медицинская профилактика венозных тромбозомболических осложнений у женщин во время беременности, родов, в послеродовом периоде и у их детей» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи женщинам с приращением плаценты» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

**Министр**

**Д.Л.Пиневич**

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной  
исполнительный комитет

Витебский областной  
исполнительный комитет

Гомельский областной  
исполнительный комитет

Гродненский областной  
исполнительный комитет

Минский городской  
исполнительный комитет

Минский областной  
исполнительный комитет

Могилевский областной  
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
01.04.2022 № 24

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**

### **«Оказание медицинской помощи женщинам с приращением плаценты»**

#### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи женщинам с приращением плаценты: диагностике приращения плаценты, медицинской профилактике массивного акушерского кровотечения при родоразрешении, анестезиологическому обеспечению и медицинской реабилитации после родоразрешения.

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

приращение плаценты – аномалия прикрепления плаценты, при которой невозможно самостоятельное отделение последа или его удаление ручными методами, заключающееся в избыточной инвазии ворсин разной степени выраженности в подлежащие тканевые структуры эндометрия.

4. Направление беременных женщин для консультации и (или) госпитализации в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать

и дитя») Министерства здравоохранения Республики Беларусь (далее – РНПЦ «Мать и дитя») для исключения или подтверждения диагноза «Приращение плаценты» осуществляется после выполнения ультразвукового исследования (далее – УЗИ) матки и плода в соответствии с диагностическими возможностями организации здравоохранения, в которой наблюдается женщина.

## **ГЛАВА 2 ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА «ПРИРАЩЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ»**

5. Диагноз «Приращение плаценты» устанавливается после опроса и объективного исследования женщины на основании анализа жалоб, анамнестических данных (послеоперационный рубец матки, предлежание плаценты), результатов объективного физикального исследования, данных ультразвуковой и (или) магнитно-резонансной диагностики (степени инвазии и площади распространения приращения в область послеоперационного рубца, шейку матки, заднюю стенку мочевого пузыря, область параметриев).

6. Приращение плаценты диагностируется при УЗИ. При необходимости верификации диагноза выполняется магнитно-резонансная томография (далее – МРТ).

7. Диагноз «Приращение плаценты» устанавливает врач-акушер-гинеколог.

## **ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ**

8. Диагностические мероприятия по установлению приращения плаценты осуществляются у женщин с послеоперационным рубцом матки и предлежанием плаценты в сроке беременности  $\geq 20$  недель.

9. Ультразвуковая диагностика (далее – УЗД) проводится с осуществлением следующих мероприятий:

- определение локализации и выявление предлежания плаценты;
- измерение толщины участка плаценты в области предполагаемого приращения и толщины остальной части плаценты;
- выявление сосудистых лакун – гипоехогенных пространств неправильной формы с нечеткими краями;
- выявление наличия или отсутствия ретроплацентарной гипоехогенной зоны между плацентой и маткой;
- измерение толщины участка миометрия в области предполагаемого приращения;
- определение наличия в малом тазу варикозно расширенных вен;
- регистрация турбулентного кровотока в сосудистых лакунах;
- регистрация гиперваскуляризации в зоне границы серозной оболочки матки и стенки мочевого пузыря;
- выявление сети множественных расширенных и извитых сосудов с хаотичным ветвлением;
- регистрация направления кровотока от плаценты перпендикулярно к стенке мочевого пузыря;
- определение прерывистости ретроплацентарного потока.

10. Заключение о наличии приращения плаценты делается при наличии двух и более ультразвуковых признаков.

- Ультразвуковые признаки приращения плаценты:
- предлежание плаценты (краевое, частичное, полное);
  - локализация плаценты в области рубца на матке;
  - наличие «выпячивания» участка плаценты в стенку мочевого пузыря;
  - распространение плаценты за серозную оболочку матки;
  - отсутствие ретроплацентарной гипоехогенной зоны (между плацентой и миометрием);

истончение ретроплацентарного миометрия менее 1 мм над плацентой в зоне предполагаемого приращения;  
полное отсутствие визуализации миометрия над плацентой в зоне приращения;  
неровный контур материнской поверхности плаценты;  
турбулентный кровоток в сосудистых лакунах;  
гиперваскуляризация в зоне границы серозной оболочки матки и мочевого пузыря;  
наличие сети множественных расширенных и извитых сосудов с хаотичным ветвлением;  
турбулентный высокоскоростной кровоток в этой зоне;  
направление кровотока от плаценты перпендикулярно границе серозной оболочки матки и стенке мочевого пузыря;  
прерывистость ретроплацентарного потока.

11. При сомнительном результате УЗД, расположении плаценты по задней и боковой стенке матки, наличии ожирения у женщины, затрудняющего проведение УЗД, выполняют второй этап диагностики – МРТ.

12. Магнитно-резонансные признаки приращения плаценты:  
локальные выпячивания матки;  
гипоинтенсивные участки линейного характера в структуре плаценты в T2-взвешенных изображениях (далее – T2-ВИ);  
аномальная внутриплацентарная васкуляризация: в структуре плаценты определяются участки гиперинтенсивного сигнала в T2-ВИ;  
истончение или потеря непрерывности ретроплацентарной гипоинтенсивной зоны (граница миометрий – плацента) в T2-ВИ;  
инвазия соседних органов и тампонирующее мочевого пузыря, являющегося наиболее часто поражаемым плацентой органом в случае приращения плаценты.

13. Диагностика приращения плаценты позволяет определить срок и метод родоразрешения женщины, предварительный объем хирургического вмешательства и необходимость применения кровесберегающих технологий, осуществить подготовку перед хирургическим вмешательством.

#### ГЛАВА 4

### МЕДИЦИНСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

14. Для обеспечения медицинской профилактики массивной кровопотери при родоразрешении женщин с приращением плаценты необходима организация междисциплинарного взаимодействия врачей-специалистов с опытом медицинского наблюдения и оказания медицинской помощи женщинам с приращением плаценты, которые могут выполнить антенатальную диагностику, подготовку перед хирургическим вмешательством и родоразрешение женщин с указанной патологией.

15. Группа врачей-специалистов должна быть доступна круглосуточно и включает в себя:

врачей-акушеров-гинекологов, обладающих навыками родоразрешения женщин с приращением плаценты, опытом выполнения реконструктивно-пластических органосохраняющих хирургических вмешательств на матке и гистерэктомии;

врачей-рентгено-эндоваскулярных хирургов, обладающих навыками и опытом проведения аортографии, селективной артериографии, временной баллонной окклюзии подвздошных артерий, брюшной аорты и селективной эмболизации маточных артерий;

врачей-анестезиологов-реаниматологов;

врачей-неонатологов;

при необходимости – других врачей-специалистов (врач ультразвуковой диагностики; врач-уролог с опытом катетеризации и стентирования мочеточников, резекции и ушивания мочевого пузыря; врач-хирург; врач-ангиохирург; врач-гематолог; врач-трансфузиолог).

16. С целью медицинской профилактики массивной кровопотери при родоразрешении женщин с приращением плаценты срок госпитализации для планового родоразрешения и дата родоразрешения могут определяться в зависимости от клинической ситуации решением врачебного консилиума на основании следующих принципов:

не существует оптимального гестационного срока для родоразрешения женщин с приращением плаценты, который позволил бы снизить материнскую и неонатальную заболеваемость при одновременной минимизации частоты незапланированных родов;

срок родоразрешения у женщин с приращением плаценты должен быть адаптирован к каждому уникальному стечению обстоятельств и основан на индивидуальном риске спонтанной родовой деятельности у каждой женщины. Чтобы снизить риск неонатальной заболеваемости, возможно продолжение выжидательной тактики до срока беременности  $36 \pm 0$  недель для женщин, не имевших в анамнезе преждевременных родов ( $< 36 \pm 0$  недель), патологической кровопотери при родоразрешении, преждевременного разрыва плодных оболочек;

у женщин с преждевременными родами в анамнезе, множественными эпизодами небольшого количества вагинальных кровотечений во время настоящей беременности, единичным эпизодом значительного количества вагинальных кровотечений или преждевременной отслойкой плаценты во время настоящей беременности, следует планировать родоразрешение в сроке примерно  $34 \pm 0$  недель беременности с учетом увеличения риска начала родовой деятельности;

в экстренном порядке родоразрешение осуществляется вне зависимости от срока беременности.

17. Медицинские показания для экстренного родоразрешения (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра:

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

O42.0 Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 часа;

O44.1 Предлежание плаценты с кровотечением;

O47.0 Ложные схватки в период до 37 полных недель беременности;

O60 Преждевременные роды;

O71.0 Разрыв матки до начала родов;

O71.1 Разрыв матки во время родов.

18. Объем хирургического вмешательства окончательно определяется врачебным консилиумом в ходе его выполнения на основании тщательного осмотра внешней поверхности матки и стенок малого таза на предмет наличия явных признаков аномальной инвазии плаценты, которые включают следующее:

18.1. поверхность матки над плацентарным ложем может иметь синеватый и (или) пурпурный оттенок с явным выпячиванием («плацентарная выпуклость», «грыжа»);

18.2. визуализируется инвазия плацентарной ткани через стенку матки (плацентарная ткань может, как проникать, так и не проникать через серозную оболочку);

18.3. необходимо проводить дифференциальную диагностику с несостоятельностью рубца матки после кесарева сечения (далее – КС), которое представляет собой расхождение маточного рубца с видимой непосредственно под ним плацентой (при этом, окружающая ткань матки будет выглядеть нормальной);

18.4. визуализация образования в нижнем сегменте, аномальное расширение сосудов брюшины.

19. Подготовка перед хирургическим вмешательством включает:

19.1. проведение врачебного консилиума для определения плана предстоящего хирургического вмешательства, предполагаемого объема хирургического вмешательства,

структуры и объема резерва крови, ее компонентов, срока родоразрешения, участия необходимых для предотвращения осложнений, связанных с родоразрешением, врачей-специалистов, организации здравоохранения, в которой будет выполняться родоразрешение;

19.2. диагностика и лечение анемии беременной. При снижении уровня гемоглобина менее 110 г/л необходимо назначать лекарственные препараты железа (перорально или внутривенно);

19.3. получение согласия пациента на сложное медицинское вмешательство по форме согласно приложению к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 апреля 2021 г. № 36 «Об установлении формы согласия пациента на сложное медицинское вмешательство»;

19.4. установка мочеточниковых стентов накануне хирургического вмешательства врачом-урологом с целью снижения риска повреждения мочевыводящих путей во время хирургического вмешательства. Если для установки мочеточниковых стентов выполняется цистоскопия, то поражение мочевого пузыря, выявляемое при этом, не должно изменять план хирургического вмешательства;

19.5. медицинская транспортировка женщины с приращением плаценты в организацию здравоохранения, имеющую рентгеноперационную (ангиографический кабинет), оборудованную цифровым ангиографическим комплексом или соответствующей по функционалу С-дугой, и расходный инструментарий для проведения баллонной окклюзии или эмболизации маточных артерий. Медицинская транспортировка осуществляется в условиях реанимобиля в сопровождении врача-анестезиолога-реаниматолога, медицинской сестры-анестезиста и (или) медицинского брата-анестезиста и, при необходимости, в сопровождении врача-акушера-гинеколога.

20. Родоразрешение женщин с приращением плаценты:

20.1. место проведения: организация здравоохранения, имеющая рентгеноперационную (ангиографический кабинет), оборудованную цифровым ангиографическим комплексом или соответствующей по функционалу С-дугой, а также с наличием расходного инструментария для проведения баллонной окклюзии или эмболизации маточных артерий;

20.2. на операционном столе женщина помещается в положение, при котором ноги расположены прямо, но раздвинуты, чтобы облегчить манипуляции с шейкой матки, если это необходимо при гистерэктомии, это также упрощает оценку кровопотери;

20.3. выполнение анестезии врачом-анестезиологом-реаниматологом;

20.4. установка интродьюсеров в правую и левую бедренные артерии врачом-рентгено-эндоваскулярным хирургом;

20.5. ход хирургического вмешательства (бригада врачей-акушеров-гинекологов):  
выполнение продленной нижнесрединной лапаротомии с обходом пупка слева. Окончательное решение о типе разреза кожи принимается операционной бригадой. Следует учитывать расположение плаценты, степень предполагаемой инвазии, вероятность интраоперационных осложнений, телосложение женщины, срок беременности и предпочтения врачей-акушеров-гинекологов, осуществляющих хирургическое вмешательство;

выполнение КС в области дна матки (донное). При этом важно избегать рассечения плаценты при надрезе матки. При необходимости возможно использование интраоперационного УЗИ обнаженной матки для определения местонахождения края плаценты и помощи в принятии решения относительно места разреза матки. Извлечение плода, лигирование пуповины без отделения последа и низведение пуповинного остатка в полость матки;

визуальная оценка грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца, наличия четкой хирургической плоскости между мочевым пузырем и маткой, распространения приращения плаценты на заднюю стенку тела матки, шейку матки, область параметриев. Выполнение клинической оценки степени тяжести инвазии плаценты;

ушивание разреза на матке;

20.6. определение объема хирургического вмешательства интраоперационно врачом-консилиумом;

20.7. медицинские показания к реконструктивно-пластической органосохраняющему хирургическому вмешательству:

приращение плаценты в области передней стенки матки без перехода на заднюю поверхность и при отсутствии прорастания в параметрии и (или) шейку матки;

при распространении аномальной инвазии плаценты менее чем на 50 % всей площади (поверхности) передней стенки матки показано (возможно) органосохраняющее реконструктивно-пластическое хирургическое вмешательство; приращение плаценты в заднюю стенку мочевого пузыря не является показанием для гистерэктомии при технических возможностях проведения реконструктивно-пластического хирургического вмешательства;

при приращении плаценты в заднюю стенку мочевого пузыря выполняется техника максимального низведения мочевого пузыря тупым и острым путем с поэтапной перевязкой сосудов-коммуникантов между передней стенкой матки и задней стенкой мочевого пузыря;

20.8. медицинские показания к гистерэктомии:

отсутствие технических возможностей проведения реконструктивно органосохраняющего хирургического вмешательства (приращение плаценты с переходом на заднюю стенку тела матки; прорастание в параметрии и (или) шейку матки);

продолжающееся кровотечение;

20.9. определение типа гистерэктомии (тотальная, субтотальная) в индивидуальном порядке с учетом места и степени инвазии плаценты, объема кровотечения, состояния женщины, а также навыка, опыта и предпочтений бригады врачей-акушеров-гинекологов, осуществляющих хирургическое вмешательство. В случае инвазии плаценты в шейку матки показано выполнение тотальной гистерэктомии;

20.10. применение кровесберегающих технологий;

20.11. реконструктивно-пластическое органосохраняющее хирургическое вмешательство:

иссечение участка миометрия с инвазией плацентарной ткани, ушивание раны на матке, выполнение хирургической стерилизации путем лигирования и иссечения маточных труб по желанию женщины;

20.12. гистерэктомия (тотальная, субтотальная);

20.13. контроль целостности стенки мочевого пузыря путем нагнетания стерильной жидкости в его полость (при выявлении дефекта стенки мочевого пузыря – ушивание дефекта);

20.14. экскреторная урография (выполняется в ходе хирургического вмешательства, если не было стентирования в ходе подготовки к хирургическому вмешательству) для исключения травмы мочеточников. Метод коррекции выявленной патологии определяется врачом-урологом;

20.15. ревизия и туалет брюшной полости; контроль гемостаза и инородных тел;

20.16. дренирование брюшной полости;

20.17. послойное ушивание передней брюшной стенки;

20.18. удаление интродьюсеров. Время удаления интродьюсеров определяется по времени хирургического вмешательства. Гемостаз в зоне пункции обеспечивается путем мануальной компрессии и последующего наложения давящей повязки, либо использования зашивающих устройств;

20.19. кровесберегающие технологии:

рентгено-эндоваскулярные кровесберегающие технологии применяются только после извлечения новорожденного, выполняются врачами-рентгено-эндоваскулярными хирургами:

эндоваскулярная баллонная дилатация подвздошных артерий. Медицинские показания: отсутствие признаков приращения в область параметриев и (или) шейку матки.

Предполагаемый объем хирургического вмешательства – реконструктивно-пластическое органосохраняющее хирургическое вмешательство, гистерэктомия;

эмболизация маточных артерий. Медицинские показания: приращение плаценты в область параметриев и (или) шейку матки; прекращение локального кровотока при продолжающемся кровотечении. Предполагаемый объем хирургического вмешательства – гистерэктомия. При выполнении эмболизации маточных артерий внутреннее стентирование мочеточников является обязательным хирургическим вмешательством;

профилактическая окклюзия артериальным баллоном брюшной аорты. Медицинские показания: различные степени аномальной инвазии плаценты; прекращение кровотока при продолжающемся кровотечении. Предполагаемый объем хирургического вмешательства – реконструктивно-пластическая органосохраняющее хирургическое вмешательство, гистерэктомия.

Хирургические кровесберегающие технологии применяются при выполнении реконструктивно-пластического органосохраняющего хирургического вмешательства, выполняются врачами-акушерами-гинекологами:

билатеральное наложение турникетных жгутов (временно) на широкие связки и ветви яичниковой артерии и вены;

выполнение транзиторной ишемизации тела матки путем перевязки восходящих ветвей маточных артерий;

установка внутриматочного гемостатического баллона по медицинским показаниям.

Назначение утеротоников (окситоцин, карбетоцин) при проведении реконструктивно-пластического органосохраняющего хирургического вмешательства проводится сразу после иссечения участка миометрия с последом.

Назначение транексамовой кислоты сразу при возникновении массивного кровотечения. Введение 1000 мг внутривенно капельно. Максимальная суточная доза 4 г.

Восполнение кровопотери в ходе хирургического вмешательства врачом-анестезиологом-реаниматологом, не участвующим в проведении анестезии, либо врачом-трансфузиологом, трансфузия компонентов крови.

Реинфузия аутологичных компонентов крови (отмытых аутологичных эритроцитов) с применением сепаратора клеток крови аутоотрансфузионного (аппарата типа Cell Saver, с системой для непрерывной аутоотрансфузии крови).

Динамический мониторинг и управление системой гемостаза с применением тромбоэластометрии и контролем показателей коагулограммы.

21. Этап после хирургического вмешательства:

21.1. медицинское наблюдение (0-е сутки послеоперационного периода) в отделении анестезиологии, реанимации организации здравоохранения, в которой была родоразрешена женщина. Выполнение УЗИ артерий и вен, контрольная ангиография (при подозрении на тромботические осложнения);

21.2. перевод в РНПЦ «Мать и дитя» либо в перинатальный центр III технологического уровня оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи на 1-е сутки после хирургического вмешательства при отсутствии осложнений;

21.3. перевод в отделение анестезиологии и реанимации РНПЦ «Мать и дитя» либо в перинатальный центр III технологического уровня оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи на 2–3-и сутки при выявлении осложнений. Проведение врачебного консилиума;

21.4. удаление внутренних стентов из мочеточников после выполнения эмболизации маточных артерий не ранее чем через 30 дней после проведения хирургического вмешательства. В остальных случаях при отсутствии осложнений в ходе хирургического вмешательства со стороны мочевыводящих путей – на 2–3 сутки послеоперационного периода. При возникновении осложнений в ходе хирургического вмешательства со стороны мочевыводящих путей – в соответствии с рекомендациями врача-уролога.

22. Обязательное гистологическое исследование матки с последом (при гистерэктомии), участка резецированного миометрия с последом (при реконструктивно-пластическом хирургическом вмешательстве).



23. Перечень возможных осложнений при выполнении хирургических вмешательств и пути их устранения:

23.1. перфорация мочевыводящих путей и инфицирование при стентировании мочеточников;

23.2. рентгено-эндоваскулярный этап, установка интродьюсеров, эмболизация маточных артерий и временная баллонная окклюзия подвздошных артерий, аорты: выраженные гемодинамические реакции; тромбоз магистральных артерий; активация системы свертывания крови; кровотечение; диссекция подвздошных артерий и (или) аорты; перфорация подвздошных артерий и (или) аорты;

23.3. осложнения в ходе хирургического вмешательства:

ранение мочевого пузыря, мочеточников;

травматизация крупных сосудов и нервов;

травма кишечника;

тромбоз сосудов, активация системы свертывания (допускается внутривенное титрование нефракционированного гепарина 1000 ЕД в час с использованием инфузионного шприцевого насоса или болюсное внутривенное введение 5000 ЕД на время баллонной окклюзии сосудов);

большой объем кровопотери (геморрагический шок, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания);

23.4. осложнения, связанные с интервенционной радиологией;

23.5. перераспределение объема циркулирующей крови (далее – ОЦК) в результате восстановления кровотока в ногах и малом тазу, что в сочетании с поступлением в кровь недоокисленных продуктов приводит к развитию гипотензии, ацидоза, гиперкапнии;

23.6. при возникновении осложнений в ходе хирургического вмешательства в операционной проводится врачебный консилиум с участием необходимых для их устранения врачей-специалистов.

24. Динамическое наблюдение за женщиной после выписки из стационара осуществляется в соответствии с алгоритмом диспансерного медицинского наблюдения женщин, которым выполнены хирургические вмешательства по поводу приращения плаценты согласно приложению.

## ГЛАВА 5

### АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГИБРИДНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ

25. Подготовка женщины перед хирургическим вмешательством:

25.1. предоставление женщине сведений о возможных методах анестезии и послеоперационной анальгезии при родоразрешении женщин с приращением плаценты, их особенностях, получение согласия пациента на сложное медицинское вмешательство по форме согласно приложению к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15 апреля 2021 г. № 36, осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом;

25.2. обеспечение сосудистого доступа для анестезиологического обеспечения и рентгено-эндоваскулярного хирургического вмешательства:

установка минимум двух венозных периферических катетеров размером 16 G;

катетеризация внутренней яремной вены трехпросветным катетером 8 F по Сельдингеру под ультразвуковым контролем;

инсталляция артериального катетера в лучевую артерию, инвазивный мониторинг гемодинамики;

установка интродьюсеров в бедренные артерии.

26. Методы анестезиологического обеспечения:

26.1. экстренное хирургическое вмешательство – общая сбалансированная эндотрахеальная анестезия с искусственной вентиляцией легких;

26.2. плановое хирургическое вмешательство – комбинированная спинально-эпидуральная анестезия в поясничном отделе в сочетании с общей сбалансированной эндотрахеальной анестезией с искусственной вентиляцией легких.

27. Инфузионная и трансфузионная терапия:

27.1. восполнение кровопотери проводится в соответствии с существующей тактикой инфузионно-трансфузионной терапии при острой кровопотере. Принципы восполнения кровопотери включают обеспечение необходимого темпа восполнения кровопотери и поддержание нормотермии с использованием системы нагрева инфузионных растворов и компонентов крови, а также применение кровесберегающих технологий с использованием сепаратора клеток крови аутотрансфузионного (аппарата типа Cell Saver, с системой для непрерывной аутотрансфузии крови);

27.2. кровопотеря до 15–20 % ОЦК: корректируется инфузионной терапией с использованием кристаллоидных и коллоидных растворов и не требует переливания компонентов крови. При поддержании нормоволемии необходимо ориентироваться на изменчивость пульсового давления (далее – ИПД). При росте ИПД выше 12 выполняется внутривенный болюс кристаллоидных растворов в дозе 20 мл/кг с клинической оценкой в течение 15 мин. При ИПД более 12 в течение 15 мин. расчетный болюс повторяется. При неадекватности двух последовательных болюсов кристаллоидного раствора проводится болюс коллоидного раствора (растворы на основе желатина или гидроксипропилкрахмала) до 20 мл/кг;

27.3. кровопотеря свыше 15–20 % ОЦК: применение компонентов крови обосновано при объеме кровопотери более 15–20 % ОЦК или клинико-лабораторными критериями (для эритроцитных компонентов крови – снижение гемоглобина ниже 80 г/л и гематокрита менее 0,3 либо, при более высоких цифрах, в случае наличия бледности кожных покровов, слабости, артериальной гипотензии, тахикардии в объеме, пропорциональном кровотечению), внутривенно вводится транексамовая кислота 1 г за 30 мин.;

27.4. для определения медицинских показаний к трансфузии свежезамороженной плазмы (10–30 мл/кг) и (или) введению коагуляционных факторов IX, II, VII и X в комбинации используются показатели объема кровопотери, коагулограммы и (или) тромбоэластометрии (далее – ТЭМ) или тромбоэластографии (далее – ТЭГ):

коагуляционные факторы IX, II, VII и X в комбинации рекомендуется использовать при отсутствии гемостатического эффекта применения свежезамороженной плазмы и (или) опасности развития циркуляторной перегрузки, респираторного дистресс-синдрома взрослых, на основании стандартных лабораторных параметров свертываемости крови (международное нормализованное отношение (далее – МНО) и (или) функциональном дефиците коагуляционных факторов, определяемом при ТЭМ или ТЭГ. Введение коагуляционных факторов IX, II, VII и X в комбинации проводится в соответствии с инструкцией по медицинскому применению лекарственного средства (листом-вкладышем), но не более 3000 МЕ на введение с последующим лабораторным контролем МНО;

при удлинении времени свертывания в тромбоэластометрическом тесте с добавлением тканевого фактора (далее – ЕХТЕМ) более 85 сек. назначается инфузия 600 мл свежезамороженной плазмы или 1000 МЕ коагуляционных факторов IX, II, VII и X в комбинации при условии достижения нормоволемии. При определении плотности сгустка на 5 минуте в тромбоэластометрическом тесте с добавлением тканевого фактора и цитохалазина D при значении менее 8 мм или снижении уровня фибриногена менее 2 г/л – введение 10 доз криопреципитата или человеческого фибриногена в дозе 1–2 г;

контрольные исследования показателей МНО и фибриногена проводятся через 20 минут после трансфузии для решения о продолжении лечения нарушений гемостаза. При отсутствии эффекта в течение 20 минут можно ввести повторную дозу коагуляционных факторов IX, II, VII и X в комбинации также с последующим лабораторным контролем уровней МНО и фибриногена;

при нормальных уровнях фибриногена рекомендуется вводить коагуляционные факторы IX, II, VII и X в комбинации на основании удлинения времени свертывания с применением ТЭМ или ТЭГ;

применение коагуляционных факторов IX, II, VII и X в комбинации рационально после коррекции гипофибриногемии (при фибриногене более 1,5 г/л);

при ТЭМ или ТЭГ-контролируемой терапии, только если время свертывания в тесте внешнего пути свертывания крови остается пролонгированным, несмотря на уровень фибриногена > 1,5 г/л, следует вводить коагуляционные факторы IX, II, VII и X в комбинации для нормализации времени свертывания EXTEM;

27.5. после пуска кровотока, реперфузии и включения в системный кровоток длительно ишемизированных массивных регионов тела выполняется повторное исследование кислотно-основного состояния и тестов ТЭМ или ТЭГ для исключения нарушений системы гемостаза и фибринолиза: при удлинении времени свертывания в ТЭМ или ТЭГ с добавлением EXTEM более 90 сек. – трансфузия 600 мл свежзамороженной плазмы, введение 1000 МЕ коагуляционных факторов IX, II, VII и X в комбинации при их количественном определении и активности менее 30 %. При гиперфибринолизе – индекс лизиса сгустка более 15 % – введение 1 г транексамовой кислоты;

27.6. после поступления женщины в отделение интенсивной терапии проводятся контроль общего анализа крови (далее – ОАК), коагулограммы (активированное частичное тромбопластиновое время (далее – АЧТВ), определяются отношение АЧТВ женщины к АЧТВ нормальной плазмы, протромбиновое время, тромбиновое время, МНО, фибриноген), осуществляются ТЭМ или ТЭГ, анализ кислотно-основного состояния, биохимический анализ крови (билирубин, мочевины, креатинин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, натрий, калий, хлор), общий анализ мочи (далее – ОАМ).

28. Аналгезия после хирургического вмешательства:

осуществляется на протяжении 48 часов, далее в зависимости от выраженности болевого синдрома;

при использовании эпидурального катетера – продленная эпидуральная аналгезия комбинацией растворов местных анестетиков и сильных наркотических анальгетиков, дополнительно инвазивное введение парацетамола и нестероидных противовоспалительных лекарственных средств;

системное обезболивание с использованием инвазивного введения сильных наркотических анальгетиков – морфина гидрохлорида или тримеперидина в сочетании с парацетамолом или нестероидными противовоспалительными лекарственными средствами.

29. Мониторинг показателей гомеостаза при осуществлении анестезиологического обеспечения и послеоперационной интенсивной терапии:

во время хирургического вмешательства – контроль оксигенации и вентиляции (определение содержания кислорода во вдыхаемой смеси, дыхательный объем, минутный объем дыхания, давление в дыхательных путях, содержание углекислого газа в конце выдоха), инвазивный контроль артериального давления, ИПД, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрия, электрокардиография и центральная термометрия, диурез – постоянно. Контроль показателей ОАК, кислотно-основного состояния, коагулограммы и (или) ТЭМ или ТЭГ, биохимического анализа крови осуществляется при наличии медицинских показаний;

после хирургического вмешательства – контроль систолического, диастолического и среднего артериального давления, частоты сердечных сокращений, пульсоксиметрия, электрокардиография осуществляются каждые 30 минут, а спустя 6 часов – 1 раз в час; степень моторной блокады по шкале Bromage осуществляют 1 раз в час, а спустя 6 часов – 1 раз в 3 часа. В случаях болюсного введения местного анестетика в эпидуральный катетер необходим контроль показателей системной гемодинамики каждые 10 минут первые полчаса. Контроль показателей ОАК, кислотно-основного состояния, коагулограммы и (или) ТЭМ или ТЭГ, биохимического анализа крови по медицинским показаниям.

Приложение  
к клиническому протоколу  
«Оказание медицинской  
помощи женщинам  
с приращением плаценты»

**Алгоритм диспансерного медицинского наблюдения женщин, которым выполнены хирургические вмешательства по поводу приращения плаценты**

№ п/п	Наименование заболевания	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Сроки медицинского наблюдения врачей-специалистов и критерии снятия с диспансерного медицинского наблюдения
1	2	3	4
1	Родоразрешение посредством КС О82, О82.1 Состояние после метропластики	Медицинский осмотр врача-акушера-гинеколога: после родов через 10–14 дней, затем через 3 месяца и 6 месяцев. Осмотр врачами-специалистами по медицинским показаниям. ОАК (перед каждой явкой). ОАМ (перед каждой явкой). УЗИ органов малого таза и мочевой системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря) через 6 месяцев после родов и по медицинским показаниям. Цистоскопия через 1 месяц после родоразрешения по медицинским показаниям при наличии жалоб. Выбор метода контрацепции	Медицинское наблюдение врача-акушера-гинеколога. Снятие с медицинского наблюдения через год при отсутствии осложнений и нормализации функции тазовых органов
2	Родоразрешение посредством КС О82.0, О82.1 Состояние после метропластики с хирургической стерилизацией маточных труб	Медицинский осмотр врача-акушера-гинеколога: после родов через 10–14 дней, затем через 3 месяца и 6 месяцев. Осмотр врачами-специалистами по медицинским показаниям. ОАК (перед каждой явкой). ОАМ (перед каждой явкой). УЗИ органов малого таза и мочевой системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря) через 6 месяцев после родов и по медицинским показаниям. Цистоскопия через 1 месяц после родоразрешения и по медицинским показаниям при наличии жалоб	Медицинское наблюдение врача-акушера-гинеколога. Снятие с медицинского наблюдения через год при отсутствии осложнений и нормализации функции тазовых органов
3	Родоразрешение посредством КС с гистероэктомией О82.2	Медицинский осмотр врача-акушера-гинеколога: после родов через 10–14 дней, затем через 3 месяца и 6 месяцев. Осмотр врачами-специалистами по медицинским показаниям. ОАК (перед каждой явкой). ОАМ (перед каждой явкой). УЗИ органов малого таза и мочевой системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря) через 6 месяцев после родов и по медицинским показаниям. Цистоскопия через 1 месяц после родоразрешения и по медицинским показаниям при наличии жалоб.	Медицинское наблюдение врача-акушера-гинеколога. Снятие с медицинского наблюдения через год при отсутствии осложнений и нормализации функции тазовых органов

4	<p>Родоразрешение посредством КС О82.0, О82.1, О82.2 со вскрытием мочевого пузыря, с образованием пузырно-влагалищного свища, других свищей женских мочеполовых органов</p>	<p>Диагностика и лечение в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 февраля 2018 г. № 17 «Об утверждении клинического протокола «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии». Контрастная рентгенография свищевого хода. Цистоскопия. Консультация врача-уролога, врача-проктолога, врача-хирурга и других врачей-специалистов по медицинским показаниям для решения вопроса о хирургическом вмешательстве Медицинское наблюдение после лечения по поводу свища: медицинский осмотр врача-акушера-гинеколога: после родов через 10–14 дней, затем через 1 месяц, 3 месяца и 6 месяцев. ОАК (перед каждой явкой). ОАМ (перед каждой явкой). Биохимический анализ крови (общий белок, С-реактивный белок, антистрептолизин О, креатинин, мочевины). УЗИ органов малого таза и мочеполовой системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря) – 1 раз в год и по медицинским показаниям</p>	<p>Для хирургического вмешательства госпитализация по медицинским показаниям в урологическое отделение, проктологическое, хирургическое отделение территориальной организации здравоохранения. Медицинское наблюдение врача-акушера-гинеколога, врача-уролога, врача-проктолога. При выявлении свищей женских половых органов у женщин, которым выполнены хирургические вмешательства по поводу приращения плаценты, сведения направлять в РНПЦ «Мать и дитя». Снятие с медицинского наблюдения через год при отсутствии осложнений и нормализация функции тазовых органов</p>
---	---	--	--