

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 ≥ 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 – гипоэхогенных пространств неправильной формы с нечеткими краями;

выявление наличия или отсутствия ретроплацентарной гипоэхогенной 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 гипоэхогенной 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 тампонирование 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 кровосберегающих 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-ангиохirurg; 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 ± 0 недель для женщин, не имевших в анамнезе преждевременных родов

(<36±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±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. послыное 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 аутоотрансфузионного (аппарата типа Cell Saver, с системой для непрерывной аутоотрансфузии 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 гидроксиэтилкрахмала) 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) тромбозластометрии (далее – ТЭМ) или тромбозластографии (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 (листочком-вкладышем), но не более 3000 МЕ на введение с последующим лабораторным контролем МНО;

при удлинении времени свертывания в тромбозластометрическом

тесте с добавлением тканевого фактора (далее – ЕХТЕМ) более 85 сек. назначается инфузия 600 мл свежзамороженной 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 гипофибриногенемии (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 ЕХТЕМ;

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 ЕХТЕМ 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, аспартатаминотрансфераза, 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	Медицинское наблюдение врача-акушера-гинеколога. Снятие с медицинского наблюдения через год при отсутствии осложнений и нормализации функции

		<p>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</p>	тазовых органов
3.	Родоразрешение посредством КС с гистероэктомией O82.2	<p>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.</p>	<p>Медицинское наблюдение врача-акушера-гинеколога. Снятие с медицинского наблюдения через год при отсутствии осложнений и нормализации функции тазовых органов</p>
4.	Родоразрешение посредством КС O82.0, O82.1, O82.2	<p>Диагностика и лечение в соответствии с постановлением Министерства</p>	<p>Для хирургического вмешательства госпитализация по медицинским показаниям</p>

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