

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

29 ноября 2024 г. № 161

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8, 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 послеоперационным рубцом матки» (прилагается).

2. Внести в клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 февраля 2018 г. № 17, следующие изменения:

в приложении 3 к этому клиническому протоколу:

из таблицы 7:

позиции

«О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери (рубец на матке).			
С 20 недель беременности – 1/14; после 30 недель – 1/7-10 или по показаниям.	Блок А. Блок В. Блок Г. Блок Д. УЗИ матки и рубца в 30–32, 36–38 недель беременности.	Согласно группе материнского риска по кровотечению, невынашиванию, ФПН. ЛС, улучшающие кровотоки в тканях (Группа № 28).	Срочная в акушерский стационар в случае несостоятельности рубца на матке. Дородовая госпитализация в 38–39 недель беременности.»

исключить;

из таблицы 8:

позиции

«О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери (рубец на матке).		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении. Блок Г при поступлении. Блок Д при поступлении. УЗИ нижнего сегмента и области рубца. Учет критериев клинических (болезненность) и ультразвуковых признаков несостоятельности рубца на матке: истончение области предполагаемого рубца менее 3 мм; неоднородность структуры тканей нижнего сегмента в виде гиперэхогенных включений; кратерообразное истончение рубца и резкое истончение нижнего сегмента матки в области предполагаемого рубца, плацентация	ЛС, улучшающие кровотоки в тканях (Группа № 28).	Дородовая госпитализация в 38–39 недель для составления плана родоразрешения. Кесарево сечение показано при клинических симптомах неполноценности рубца, наличии двух и более рубцов, рубца в теле матки. Родоразрешение путем кесарева сечения в плановом порядке с 38 недель. Родоразрешение через естественные родовые пути возможно при следующих условиях: наличии одного рубца на матке в нижнем сегменте или одного рубца в теле матки после удаления миоматозного узла без вскрытия полости матки (ложе должно быть ушито, а не коагулировано!), предыдущая операция на матке выполнялась не менее 2 лет назад, послеоперационный период протекал без осложнений, при удовлетворительном состоянии матери и плода, отсутствии других акушерских показаний к операции, отсутствии клинических

непосредственно в области рубца.		признаков несостоятельности рубца на матке, информировании женщины.»
----------------------------------	--	--

исключить;
из таблицы 11:
позиции

«О71.0 Разрыв матки до начала родов. О71.1 Разрыв матки во время родов.		
Блок А. Блок В. Блок Г. Блок Д. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-ангиохирурга (по показаниям).	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7). Инфузионная терапия (Группа № 17.3). Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4) после органосохраняющей операции. Аналгетики (Группа № 31.4). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39).	Лапаротомия. Кесарево сечение или извлечение плода из брюшной полости. Ушивание разрыва матки. Ампутация матки при невозможности ушивания разрыва после остановки кровотечения и выведения больной из шока. Экстирпация матки при разрыве, проходящем через шейку матки, и невозможности его ушивания после остановки кровотечения и выведения больной из шока. Экстирпация матки с трубами при наличии признаков воспалительного процесса в органе. Гистологическое исследование операционного материала.»

и

«О75.7 Роды через влагалище после предшествовавшего кесарева сечения (роды с рубцом на матке).		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31.1, 31.4). Спазмолитики (Группа № 26). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39).	Роды через естественные родовые пути с рубцом на матке возможны: при поступлении роженицы с раскрытием шейки матки более 5 см при отсутствии симптомов угрожающего или начавшегося разрыва матки; когда выполнение кесарева сечения связано с высоким риском родовой травмы плода; после полного обследования и подтверждения состоятельности рубца, информирования беременной о возможном риске, обсуждения плана родов консилиумом. Планирование родоразрешения через естественные родовые пути возможно при следующих условиях: при наличии одного рубца на матке в нижнем сегменте или одного рубца в теле матки по поводу удаления миоматозного узла (без вскрытия полости матки, с ушиванием его ложа по сведениям анамнеза), предыдущая операция на матке выполнялась не менее 2 лет назад, послеоперационный период протекал без осложнений при удовлетворительном состоянии матери и плода, отсутствии других акушерских показаний к операции, отсутствии клинических признаков несостоятельности рубца на матке, информировании женщины. Любые акушерские осложнения являются основанием для пересмотра плана ведения родов.

		В раннем послеродовом периоде показано ручное обследование полости матки.»
--	--	--

исключить.

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

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный комитет
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь

Национальная академия наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
29.11.2024 № 161

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

«Оказание медицинской помощи женщинам с послеоперационным рубцом матки»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи женщинам с послеоперационным рубцом матки при

подготовке к планируемой беременности (далее – прегравидарная подготовка), во время беременности, родов и в послеродовом периоде (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – N99.8 Другие нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур; O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери; O71.0 Разрыв матки до начала родов; O71.1 Разрыв матки во время родов; O75.7 Роды через влагалище после предшествовавшего кесарева сечения).

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

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

дефект (истончение) рубца матки – истончение зоны рубца по сравнению с интактным миометрием;

несостоятельный послеоперационный рубец матки – рубец матки, характеризующийся во время беременности и родов наличием жалоб, локальной болезненностью по результатам специального акушерского (гинекологического) обследования и (или) ультразвуковых критериев несостоятельности послеоперационного рубца матки;

ниша – выявляемое при ультразвуковом исследовании (далее – УЗИ) органов малого таза анэхогенное углубление со стороны полости матки в области послеоперационного рубца матки не менее 2 мм;

послеоперационный рубец матки – рубец после хирургического вмешательства на матке в анамнезе: кесарево сечение; хирургическое вмешательство по поводу эктопической беременности (в интерстициальном отделе маточной трубы, в рудиментарном роге матки, в шейке матки); миомэктомии; реконструктивно-пластические хирургические вмешательства; перфорация матки; иное.

4. Диагноз устанавливает врач-акушер-гинеколог.

Вне беременности диагноз «Другие нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур» (шифр по МКБ-10 – N99.8) устанавливается после клинического и специального гинекологического обследования женщины на основании анализа жалоб (нарушение менструальной функции, хроническая тазовая боль, вторичное бесплодие), анамнестических данных (наличие послеоперационного рубца матки, осложнений послеоперационного периода), результатов обследования и (или) данных УЗИ (наличие дефекта (истончения) рубца матки по сравнению с интактным миометрием с (без) формированием (я) ниши).

Во время беременности диагноз «Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери» (шифр по МКБ-10 – O34.2) устанавливается после клинического и специального акушерского обследования женщины во время беременности (далее – беременной) на основании анализа жалоб, анамнестических данных (наличие послеоперационного рубца матки), результатов обследования (локальная болезненность при пальпации рубца матки) и (или) данных УЗИ (неравномерный критический дефект (истончение) рубца матки с признаками деформации и болезненностью при надавливании трансвагинальным ультразвуковым датчиком).

ГЛАВА 2

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЖЕНЩИН С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РУБЦОМ МАТКИ

5. При прегравидарной подготовке женщинам с послеоперационным рубцом матки выполняются:

УЗИ органов малого таза с оценкой состояния послеоперационного рубца матки;
микроскопическое исследование отделяемого половых путей на флору;

консультация врача-терапевта (врача общей практики), иных врачей-специалистов по медицинским показаниям.

Женщинам с послеоперационным рубцом матки при прегравидарной подготовке рекомендуется коррекция индекса массы тела (норма 18,5–24,9 кг/м²).

6. При наличии несостоятельного послеоперационного рубца матки женщина госпитализируется в организацию здравоохранения областного или республиканского уровня для диагностики и лечения.

При отсутствии признаков несостоятельного послеоперационного рубца матки осуществляется прегравидарная подготовка.

7. При постановке на учет беременная с послеоперационным рубцом матки предоставляет выписку из медицинских документов по форме 1 мед/у-10, установленной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. № 92, с указанием:

количества, даты и видов хирургических вмешательств на матке;
медицинских показаний к хирургическому вмешательству на матке;
типа разреза на матке, локализации и размеров миоматозных узлов (при миомэктомии);
данных о течении послеоперационного периода.

8. Беременным с послеоперационным рубцом матки выполняются:

УЗИ послеоперационного рубца матки в сроки: в 11 недель 0 дней – 13 недель 6 дней беременности, 18–21 неделю беременности, 32–35 недель беременности, 37–38 недель беременности и по медицинским показаниям;

диагностические исследования и профилактические мероприятия в соответствии с клиническим протоколом «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 февраля 2018 г. № 17;

лечебные и профилактические мероприятия в соответствии с группами материнского риска по кровотечению, невынашиванию, развитию фетоплацентарной недостаточности.

9. Медицинское наблюдение беременных с послеоперационным рубцом матки осуществляется:

с 20 недель беременности – 1 раз в 14 дней;
после 30 недель – 1 раз в 7–10 дней или по медицинским показаниям.

10. В амбулаторных условиях врач-акушер-гинеколог в сроке беременности 37–38 недель на основании результатов диагностических исследований формулирует клинический диагноз и определяет организацию здравоохранения III или IV технологического уровня оказания акушерско-гинекологической и перинатальной помощи, в которой будет выполняться родоразрешение.

11. Медицинскими показаниями к госпитализации беременных при наличии признаков несостоятельного послеоперационного рубца матки являются:

до 22 недель беременности – госпитализация в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Республики Беларусь для решения вопроса о хирургическом вмешательстве;

после 22 недель беременности – срочная госпитализация в организацию здравоохранения областного уровня или в государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Дородовая госпитализация осуществляется в 38–39 недель беременности.

ГЛАВА 3

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РУБЦОМ МАТКИ

12. Родоразрешение беременных через естественные родовые пути выполняется при:
одноплодной беременности;
затылочном предлежании плода;
отсутствии признаков несостоятельного послеоперационного рубца матки;

отсутствии иных медицинских показаний к кесаревому сечению;
наличии одного рубца матки после кесарева сечения в нижнем сегменте;
наличии одного рубца в теле матки после удаления миоматозного узла без вскрытия полости матки (ложе должно быть ушито, а не коагулировано).

13. Медицинскими противопоказаниями к родоразрешению через естественные родовые пути беременных с послеоперационным рубцом матки являются:

два и более послеоперационных рубца матки;

разрыв матки в анамнезе;

корпоральное кесарево сечение в анамнезе;

реконструктивные хирургические вмешательства на матке (резекция угла матки, рудиментарного рога матки), миомэктомия со вскрытием полости матки, отсутствие данных о предыдущем хирургическом вмешательстве на матке;

признаки несостоятельного послеоперационного рубца матки.

14. При госпитализации беременным с послеоперационным рубцом матки выполняются:

УЗИ послеоперационного рубца матки с полным мочевым пузырем;

диагностические исследования в соответствии с клиническим протоколом «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии».

15. Влагалищные роды при наличии послеоперационного рубца матки выполняются в организациях здравоохранения областного или республиканского уровня в соответствии с алгоритмом действий при ведении влагалищных родов при наличии послеоперационного рубца матки, установленным согласно приложению 1.

16. Этапы кесарева сечения при послеоперационном рубце матки согласно приложению 2.

ГЛАВА 4

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ С РАЗРЫВОМ МАТКИ

17. Выделяются следующие виды разрывов послеоперационного рубца матки:

неполный (частичное нарушение целостности миометрия, не проникающее в брюшную полость, без нарушения целостности пузырно-маточной складки, плодного пузыря и без локализации частей плода в брюшной полости);

полный (разрыв матки, проникающий в брюшную полость (повреждение миометрия и висцеральной брюшины) или нарушение целостности миометрия с продолжением разрыва на мочевой пузырь или круглую связку матки с (без) перемещением (я) частей плода в брюшную полость матери).

18. При разрыве матки в экстренном порядке выполняются следующие диагностические исследования:

определение группы крови по системе АВ0, резуса (D) принадлежности, фенотипа антигенов системы резус (С, с, Е, е), Келл, антиэритроцитарных антител (если не определялись ранее);

общий анализ крови (далее – ОАК): уровень гемоглобина, гематокрита; эритроциты; тромбоциты;

коагулограмма: концентрация фибриногена; протромбиновое время; активированное частичное тромбопластиновое время (далее – АЧТВ); Д-димер; при наличии возможностей – тромбоэластометрия или тромбоэластография;

консультация врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-ангиохирурга (по медицинским показаниям).

19. Медицинская помощь женщинам при разрыве матки оказывается мультидисциплинарной операционной бригадой.

При необходимости осуществляется привлечение медицинских работников акушерско-гинекологических отделений, реанимационной службы, врача-трансфузиолога, врача-ангиохирурга и иных врачей-специалистов.

20. При разрыве матки могут выполняться по медицинским показаниям:

экстренная лапаротомия, кесарево сечение или извлечение плода из брюшной полости;

ушивание разрыва матки;
ампутация матки при невозможности ушивания разрыва матки;
экстирпация матки при разрыве, проходящем через шейку матки;
гистологическое исследование операционного материала.

ГЛАВА 5

МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РОДИЛЬНИЦЕЙ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ РУБЦОМ МАТКИ В ПОСЛЕРОДОВОМ (ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ) ПЕРИОДЕ

21. Медицинское наблюдение за родильницей с послеоперационным рубцом матки после родоразрешения через естественные родовые пути в послеродовом периоде включает:

медицинское наблюдение за родильницей в послеродовом отделении (измерение частоты сердечных сокращений, артериального давления (далее – АД), цвет кожи и слизистых; состояние молочных желез, сосков, активность лактации; размеры, положение и плотность матки, контроль количества выделений из половых путей) – ежедневно;

контроль ОАК, коагулограммы (АЧТВ, протромбиновый индекс, протромбиновое время, международное нормализованное отношение (далее – МНО), фибриноген), биохимического анализа крови (далее – БАК) (билирубин, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, аланинаминотрансфераза (далее – АЛАТ), аспаратаминотрансфераза (далее – АСАТ), электролиты (калий, натрий, кальций), общий анализ мочи (далее – ОАМ);

УЗИ органов малого таза, влагалищное исследование на 3–5 сутки послеродового периода и по медицинским показаниям.

22. Медицинское наблюдение за родильницей с послеоперационным рубцом матки после родоразрешения путем кесарева сечения осуществляется в отделении анестезиологии и реанимации и включает:

22.1. медицинскую профилактику резус (D)-иммунизации в соответствии с пунктами 23–27 клинического протокола «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам с резус-иммунизацией и другими формами изоиммунизации», утвержденного постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 декабря 2022 г. № 128;

22.2. медицинскую профилактику гнойно-септических осложнений, которая выполняется за 60 минут до кесарева сечения одним из следующих лекарственных препаратов:

амоксциллин клавуланат 1,2 г внутривенно;

ампициллин сульбактам 3 г внутривенно;

цефазолин 2,0 г внутривенно при массе тела менее 120 кг, 3 г внутривенно при массе тела более 120 кг;

22.3. медицинскую профилактику тромбоэмболических осложнений через 8–12 часов после родоразрешения путем кесарева сечения* согласно приложению 3;

* В случае родоразрешения путем кесарева сечения в экстренном порядке медицинская профилактика тромбоэмболических осложнений проводится в течение 7 дней после родов в сочетании с компрессионным трикотажем и (или) перемежающейся пневматической компрессией.

В случае родоразрешения путем кесарева сечения в плановом порядке при наличии одного фактора риска медицинская профилактика тромбоэмболических осложнений проводится в течение 7 дней, а при наличии 2 и более факторов риска или высокого риска тромбоэмболических осложнений медицинская профилактика проводится в течение 6 недель после родов в сочетании с компрессионным трикотажем и (или) перемежающейся пневматической компрессией.

22.4. диету с повышенным содержанием белка;

22.5. контроль ОАК, коагулограммы (АЧТВ, протромбиновое время, МНО, фибриноген), БАК (билирубин, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, АЛАТ, АСАТ, электролиты (калий, натрий, кальций), ОАМ 1 раз в 7–10 дней;

22.6. УЗИ органов малого таза на 5–6 день послеоперационного периода с оценкой состояния области шва на матке.

23. Аналгезия после хирургического вмешательства осуществляется на протяжении 48 часов, далее в зависимости от выраженности болевого синдрома.

24. Родильнице при выписке из больничной организации лечащим врачом-специалистом даются рекомендации:

- питание с повышенным содержанием белка;
- интергенетический интервал не менее двух лет;
- выбор оптимального метода контрацепции на период до двух лет;
- снижение массы тела до прегравидарного значения.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
женщинам с послеоперационным
рубцом матки»

Алгоритм действий при ведении влагалищных родов при наличии послеоперационного рубца матки

№ п/п	Период родов	Медицинская услуга
1	I период родов	<p>Изучение жалоб и обменной карты; сбор анамнеза; проведение общего обследования роженицы: термометрия, измерение АД на обеих руках, подсчет пульса; осмотр зева, кожи, молочных желез; осмотр на педикулез; определение длины тела и массы тела; обследование по системам организма; проведение специального наружного акушерского обследования: измерение размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки; определение наружными приемами положения, позиции и предлежащей части плода, выслушивание сердцебиения плода; влагалищное исследование при поступлении, затем каждые 4 часа или при изменении акушерской ситуации (излитие околоплодных вод, ухудшение состояния роженицы или плода, появление патологических кровянистых выделений из половых путей, перед проведением аналгезии или введением анальгетиков), а также для диагностики начала II периода родов: пальпация шейки матки с определением ее характеристик (расположение по оси таза, длина или сглаживание, плотность, проходимость цервикального канала или раскрытие в см); наличие (отсутствие) плодного пузыря, определение предлежащей части плода и ее расположения по отношению к основным ориентирам плоскостей таза; постановка диагноза и составление плана родоразрешения при поступлении и при изменении акушерской ситуации; ограничение перорального приема жидкости, пищи; постановка внутривенного катетера (не менее 16G); непрерывный мониторинг состояния роженицы (пульс, АД, частота дыхания) и плода (кардиотокография); ведение партограммы; обезболивание роженицы приемами самообезболивания, свободным перемещением, принятием душа, самомассажем, управлением дыханием; при выраженном болевом синдроме – эпидуральная аналгезия; контроль активного поведения роженицы (ходьба, сидение), физиологических отправлений; амниотомия выполняется при раскрытии шейки матки 8 см и более, при меньшем раскрытии – по медицинским показаниям. Любые акушерские осложнения являются основанием для изменения тактики родоразрешения в пользу кесарева сечения</p>
2	II период родов*	<p>Непрерывный мониторинг состояния роженицы (пульс, АД, частота дыхания) и плода (кардиотокография); с момента врезывания головки – готовность к оказанию акушерского пособия; рассечение промежности (эпизиотомия или перинеотомия) и влагалищные родоразрешающие операции по медицинским показаниям; при отсутствии осложнений у матери и плода после рождения головки за вульварное кольцо ожидать самостоятельного рождения переднего плечика в течение следующего цикла схватка-пауза; оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте совместно с врачом-неонатологом; отсасывание слизи из верхних дыхательных путей новорожденного проводится</p>

		по медицинским показаниям; после рождения ребенка – вытирание сухой пеленкой и выкладывание на живот матери, укрывание теплым одеялом. Отделение новорожденного от матери (пересечение пуповины) у резус-сенсибилизированных рожениц – сразу, у иных – не ранее чем через 1 минуту (при отсутствии медицинских противопоказаний). Обработка пуповины и пуповинного остатка не проводится (сухое ведение)
3	III период родов	Непрерывный мониторинг состояния роженицы (сознание, цвет кожи и слизистых, пульс, АД, частота дыхания), состояния матки, характера сократительной деятельности, выделений из половых путей; выведение мочи катетером; выявление признаков отделения плаценты в течение 30 минут; при появлении признаков отделения плаценты предложить женщине потужиться и ожидать рождения последа, при неэффективности – выделить ее наружными приемами; осмотр последа; при отсутствии признаков отделения плаценты и (или) возникновении кровотечения в течение 30 минут после рождения плода или при приближении кровопотери к 250 мл без признаков отделения плаценты выполнить ручное отделение плаценты под общим обезболиванием в соответствии с клиническим протоколом «Анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19 апреля 2023 г. № 57
4	Ранний послеродовой период	Послеродовое ручное обследование полости матки; осмотр родовых путей, ушивание разрывов под местным или общим обезболиванием в соответствии с клиническим протоколом «Анестезиологическое обеспечение хирургических вмешательств»; прикладывание к груди в течение 30 минут после рождения – при готовности ребенка и отсутствии необходимости оказания экстренной медицинской помощи новорожденному или матери; медицинское наблюдение за родильницей (пульс, АД, цвет кожи и слизистых, размеры, положение и плотность матки, контроль количества выделений из половых путей) в родовом отделении в течение 6 часов: двух часов после родов каждые 15 минут, в течение третьего часа – каждые 30 минут, далее – каждые 60 минут; перевод в послеродовую палату через 6 часов после рождения последа; антропометрия, паспортизация новорожденного; в случае 0 (I) группы крови у беременной и иной групповой принадлежности у отца ребенка исследование крови новорожденного прямой пробой Кумбса в первые 2 часа жизни

* В присутствии врача-анестезиолога-реаниматолога.

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
женщинам с послеоперационным
рубцом матки»

Этапы кесарева сечения при послеоперационном рубце матки

1. Лапаротомия с иссечением старого послеоперационного рубца на коже.
2. Оценка состояния послеоперационного рубца матки.
3. Кесарево сечение в нижнем сегменте матки.
4. Извлечение плода, отделение его от матери (пересечение пуповины) у резус-сенсибилизированных рожениц – сразу, у всех других – не ранее чем через 1 минуту.
5. Медицинская профилактика маточного кровотечения в соответствии с пунктом 14 клинического протокола «Оказание медицинской помощи женщинам с послеродовыми кровотечениями в стационарных условиях», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 апреля 2022 г. № 24.
6. Удаление последа.
7. Кюретаж полости матки по медицинским показаниям: при преэклампсии, эклампсии, плотном прикреплении плаценты, дефектах последа, антенатальной гибели плода и предполагаемом инфицировании полости матки.

8. При несостоятельном послеоперационном рубце матки выполнение метропластики.

9. Ушивание раны на матке однорядным или двурядным непрерывным швом с использованием медленно рассасывающегося шовного материала.

10. Ревизия и туалет брюшной полости. Контроль гемостаза и инородных тел.

11. Послойное ушивание передней брюшной стенки.

12. Оценка объема кровопотери.

Приложение 3

к клиническому протоколу
«Оказание медицинской помощи
женщинам с послеоперационным
рубцом матки»

Медицинская профилактика тромбозных осложнений через 8–12 часов после родоразрешения путем кесарева сечения

Масса тела, кг	Доза низкомолекулярных гепаринов		
	Надропарин кальция	Далтепарин натрия	Эноксапарин
<50	2850 МЕ анти-Ха/0,3 мл в сутки	2500 МЕ анти-Ха/0,2 мл в сутки	20 мг 2000 МЕ анти-Ха/0,2 мл в сутки
50–90	5700 МЕ анти-Ха/0,6 мл в сутки	5000 МЕ анти-Ха/0,2 мл в сутки	40 мг 4000 МЕ анти-Ха/0,4 мл в сутки
91–130	7600 МЕ анти-Ха/0,8 мл в сутки	7500 МЕ анти-Ха/0,3 мл в сутки*	60 мг 6000 МЕ анти-Ха/0,6 мл в сутки*
131–170	9500 МЕ анти-Ха/мл в сутки	10 000 МЕ анти-Ха/0,4 мл или 10 000 МЕ анти-Ха/мл в сутки*	80 мг 8000 МЕ анти-Ха/0,8 мл в сутки*
>170	86 МЕ/кг в сутки	75 МЕ/кг в сутки*	0,6 мг/кг в сутки*

* Доза может быть разделена на две.