

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Е.Л.Богдан

2021 г.

Регистрационный № 032-0521



**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МАССИВНОЙ  
КРОВОПОТЕРИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С  
ПРИРАЩЕНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ**

(инструкция по применению)

**УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:**

государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»,  
государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,  
государственное учреждение «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии»,  
государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Кардиология».

**АВТОРЫ:** Васильев С.А., д.м.н., профессор Митьковская Н.П., к.м.н. Курлович И.В., Гошкевич Е.А., д.м.н., доцент Спиридонов С.В., Семенчук В.Л., к.м.н. Рубахова Н.Н., к.м.н. Ващилина Т.П., Сушкова О.С., Белуга М.В., Виктор С.А., к.м.н., доцент Богомолов А.Н., к.м.н., доцент Римашевский В.В., Козак О.Н., д.м.н. Стельмашок В.И., к.м.н. Полонецкий О.Л., Зацепин А.О.

Минск, 2021

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Е. Л. Богдан

21.05.2021

Регистрационный № 032-0521

**МЕТОД МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МАССИВНОЙ  
КРОВОПОТЕРИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ ЖЕНЩИН С ПРИРАЩЕНИЕМ  
ПЛАЦЕНТЫ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: ГУ «Республиканский научно-практический центр “Мать и дитя”», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», ГУ «Республиканский научно-практический центр “Кардиология”»

АВТОРЫ: С. А. Васильев, д-р мед. наук, проф. Н. П. Митьковская, канд. мед. наук И. В. Курлович, Е. А. Гошкевич, д-р мед. наук, доц. С. В. Спиридонов, В. Л. Семенчук, канд. мед. наук Н. Н. Рубахова, канд. мед. наук Т. П. Ващилина, О. С. Сушкова, М. В. Белуга, С. А. Виктор, канд. мед. наук, доц. А. Н. Богомоллов, канд. мед. наук, доц. В. В. Римашевский, О. Н. Козак, д-р мед. наук В. И. Стельмашок, канд. мед. наук О. Л. Полонецкий, А. О. Зацепин

Минск 2021

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) изложен метод медицинской профилактики массивной кровопотери при родоразрешении женщин с приращением плаценты, который может быть использован в комплексе медицинских услуг, направленных на медицинскую профилактику указанного осложнения.

Настоящая инструкция предназначена для врачей – акушеров-гинекологов, врачей – анестезиологов-реаниматологов, врачей – рентгеноэндоваскулярных хирургов и других врачей-специалистов, оказывающих медицинскую помощь женщинам с приращением плаценты в стационарных условиях.

### **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

Соответствует таковым для медицинских изделий, используемых для реализации метода, изложенного в инструкции по применению.

1. Рентгеноперационная (ангиографический кабинет), оборудованная цифровым ангиографическим комплексом или соответствующей по функционалу С-дугой, а также наличие расходного инструментария для проведения баллонной окклюзии аорты, подвздошных артерий или эмболизации маточных артерий.

2. Система для непрерывной аутоотрансфузии крови во время и после операции.

3. Система ультразвуковой визуализации экспертного или высокого класса с датчиком конвексного типа с рабочей частотой 3,5-5 МГц.

4. Тромбоэластометр.

### **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

1. Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери (МКБ-10: О34.2).

2. Приращение плаценты (МКБ-10: О43.2).

3. Предлежание плаценты (МКБ-10: О44).

### **ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

Метод, изложенный в настоящей инструкции, реализуется в несколько этапов:

#### **Этап 1. Организация междисциплинарного взаимодействия врачей-специалистов**

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, предоперационную подготовку и родоразрешение женщин с указанной патологией. Эта группа врачей-специалистов должна быть доступна круглосуточно и включать:

1. Врачей – акушеров-гинекологов, обладающих навыками родоразрешения женщин с приращением плаценты, опытом выполнения реконструктивно-пластических органосохраняющих операций на матке и гистероэктомии.

2. Врачей – рентгеноэндоваскулярных хирургов, обладающих навыками и опытом проведения аортографии, селективной артериографии, временной баллонной окклюзии подвздошных артерий, брюшной аорты и селективной эмболизации маточных артерий.

3. Врачей – анестезиологов-реаниматологов.

4. Врачей-неонатологов.

5. 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).

## **Этап 2. Определение срока родоразрешения беременных с приращением плаценты**

Согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17 «Об утверждении клинического протокола «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии»» беременным с приращением плаценты выполняется родоразрешение кесаревым сечением в 37 недель беременности с использованием рентгеноэндоваскулярных технологий.

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

1. Не существует оптимального гестационного срока для родоразрешения женщин с приращением плаценты, который позволит снизить материнскую и неонатальную заболеваемость при одновременной минимизации частоты незапланированных родов.

2. 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, нужно продолжать выжидательную тактику 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.

3. 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. Показаниями для экстренного родоразрешения являются:

1. Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери (МКБ-10: O36.3).

2. Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери (МКБ-10: O36.4).

3. Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 ч (МКБ-10: O42.0).

4. Предлежание плаценты с кровотечением (МКБ-10: O44.1).

5. Ложные схватки в период до 37 полных недель беременности (МКБ-10: O47.0).

6. Разрыв матки до начала родов (МКБ-10: O71.0).

7. Разрыв матки во время родов (МКБ-10: O71.1).

**Этап 3. Обоснование диагноза «Приращение плаценты», клиническая оценка степени тяжести аномальной инвазии плаценты**

Диагноз «Приращение плаценты» формулируется после опроса и объективного исследования беременной 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).

Это позволяет определить метод родоразрешения, осуществить предоперационную подготовку, предварительно определить объем оперативного вмешательства.

Объем оперативного вмешательства окончательно определяется врачебным консилиумом интраоперационно на основании тщательного осмотра внешней поверхности матки и стенок малого таза на предмет наличия явных признаков аномальной инвазии плаценты, которые включают следующее:

поверхность матки над плацентарным ложем может иметь синеватый/пурпурный оттенок с явным выпячиванием («плацентарная выпуклость/грыжа»);

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

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

визуализация образования в нижнем сегменте, аномальное расширение сосудов брюшины.

Для клинической оценки степени тяжести инвазии плаценты рекомендуется использовать систему, предложенную Международным обществом аномальной инвазии плаценты (American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2019), представленную в таблице.

Таблица — Система клинической оценки степени тяжести приращения плаценты

Определение степени тяжести инвазии плацентарной ткани
1. При кесаревом сечении или родах через естественные родовые пути: полное отделение плаценты после рождения ребенка. Плацента отделяется естественным образом, контролируемой тракцией за пуповину или простым ручным удалением уже отделившейся плаценты. Не является приращением плаценты
2. При кесаревом сечении / лапаротомии: не происходит инвазии ткани плаценты через серозную оболочку матки. Для удаления из матки оставшейся ткани и частей плаценты требуется только введение окситоцина и щадящая контролируемая тракция за пуповину, ручное отделение и выделение плаценты. При родах через естественные родовые пути: требуется ручное отделение и выделение плаценты или частей плаценты
3. При кесаревом сечении / лапаротомии: диагностируется инвазия плацентарной ткани через серозную оболочку матки, но инвазия не затрагивает окружающие органы и ткани (включая заднюю стенку мочевого пузыря). Между мочевым пузырем и маткой можно определить четкую хирургическую плоскость, чтобы обеспечить атравматическое отделение мочевого пузыря при гистерэктомии
4. При кесаревом сечении / лапаротомии: произошла инвазия плацентарной ткани через серозную поверхность матки и проникла только в мочевой пузырь (следовательно, между мочевым пузырем и маткой нельзя определить четкую хирургическую плоскость, чтобы обеспечить нетравматическое отделение мочевого пузыря при гистерэктомии)
5. При кесаревом сечении / лапаротомии: произошла инвазия плацентарной ткани через серозную поверхность матки и в боковую стенку таза или любой орган
Адаптированная система клинической оценки степени тяжести приращения плаценты: Collins, S. L. Three-Dimensional Power Doppler Ultrasonography for Diagnosing Abnormally Invasive Placenta and Quantifying the Risk / S. L. Collins [et al.] // Obstet Gynecol. – 2015. – Vol. 126 (3). – P. 645-653., Collins, S. L. Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta: recommendations from the International Society for Abnormally Invasive Placenta / S. L. Collins [et al.] // Am J Obstet Gynecol. – 2019. – Vol. 220 (6). – P. 511-526.

#### Этап 4. Предоперационная подготовка

4.1. Проведение врачебного консилиума для определения плана предстоящего хирургического вмешательства, предполагаемого объема операции, срока родоразрешения, участия необходимых для предотвращения осложнений, связанных с родоразрешением, врачей-специалистов, организации здравоохранения, в которой будет выполняться родоразрешение.

4.2. Диагностика и лечение анемии беременной. При снижении уровня гемоглобина менее 110 г/л до 28 недель беременности или менее 105 г/л после

28 недель беременности необходимо назначать препараты железа (перорально или внутривенно).

4.3. Информированное согласие женщины, в котором содержатся данные об объеме хирургического вмешательства, возможности выполнения хирургической стерилизации, анестезиологическом пособии и возможных осложнениях при родоразрешении.

4.4. С целью снижения риска повреждения мочевыводящих путей во время операции по показаниям выполняется установка мочеточниковых стентов накануне операции врачом-урологом. Если для установки мочеточниковых стентов выполняется предоперационная цистоскопия, то поражение мочевого пузыря, выявляемое при этом, не должно изменять план оперативного лечения.

4.5. Транспортировка беременной 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.

Транспортировка осуществляется в условиях реанимобиля в сопровождении врача – анестезиолога-реаниматолога, медицинской сестры-анестезиста и, при необходимости, в сопровождении врача – акушера-гинеколога.

#### **Этап 5. Родоразрешение женщин с приращением плаценты**

5.1. Место проведения: учреждение здравоохранения, имеющее рентгеноперационную (ангиографический кабинет) оборудованную цифровым ангиографическим комплексом или соответствующей по функционалу С-дугой, а также наличием расходного инструментария для проведения баллонной окклюзии или эмболизации маточных артерий.

5.2. На операционном столе женщина должна быть помещена в положение, при котором ее ноги расположены прямо на операционном столе, но раздвинуты, чтобы облегчить манипуляции с шейкой матки, если это необходимо для помощи при гистерэктомии. Это также упрощает оценку кровопотери.

5.3. Выполнение анестезиологического пособия врачом – анестезиологом-реаниматологом.

5.4. Установка интродьюсеров в правую и левую бедренные артерии; выполняется врачом – рентгеноэндovasкулярным хирургом.

5.5. Ход операции (операционная бригада врачей – акушеров-гинекологов):

5.5.1. 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 оперирующего хирурга.

5.5.2. Выполнение кесарева сечения 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.

5.5.3. 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 (таблица).

5.5.4. Ушивание разреза на матке.

5.5.5. Определение объема оперативного вмешательства. Объем оперативного вмешательства определяется интраоперационно врачебным консилиумом.

5.5.6. Показания к реконструктивно-пластической органосохраняющей операции:

приращение плаценты в области рубца на матке без перехода на заднюю поверхность и при отсутствии прорастания в параметрий и шейку матки;

при распространении аномальной инвазии плаценты менее чем на 50 % от всей площади (поверхности) передней стенки матки показана (возможна) органосохраняющая реконструктивно-пластическая операция;

приращение плаценты в заднюю стенку мочевого пузыря не является показанием для гистерэктомии, при технических возможностях проведения реконструктивно-пластической операции.

5.5.7. 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.

5.5.8. Показания к гистерэктомии:

отсутствие технических возможностей проведения реконструктивной органосохраняющей операции (приращение плаценты в область рубца на матке с переходом на заднюю стенку тела матки; прорастание в параметрии, шейку матки); продолжающееся кровотечение.

5.5.9. Тип гистерэктомии (тотальная, субтотальная) определяется в индивидуальном порядке с учетом места и степени инвазии плаценты, объема кровотечения, состояния женщины, а также навыка, опыта и предпочтений операционной бригады. В случае инвазии плаценты в шейку матки показано выполнение тотальной гистерэктомии.

5.5.10. Применение кровесберегающих технологий.

5.5.11. Реконструктивно-пластическая органосохраняющая операция:

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

5.5.12. Гистерэктомия (тотальная, субтотальная).

5.5.13. Контроль целостности стенки мочевого пузыря путем нагнетания стерильной жидкости в его полость (при выявлении дефекта стенки мочевого пузыря — ушивание дефекта).

5.5.14. Экскреторная урография (выполняется интраоперационно, если не было стентирования в ходе предоперационной подготовки) для исключения травмы мочеточников (при выявлении — катетеризация / стентирование мочеточников, выполняет врач-уролог).

5.5.15. Ревизия и туалет брюшной полости. Контроль на гемостаз и инородные тела.

5.5.16. Дренирование брюшной полости.

5.5.17. Послойное ушивание передней брюшной стенки.

5.5.18. Удаление интродьюсеров. Время удаления определяется по времени оперативного вмешательства. Место пункции прижимается путем наложения давящей повязки.

5.6. Применение кровесберегающих технологий.

5.6.1. Рентгеноэндоваскулярные кровесберегающие технологии (применение осуществляется только после извлечения новорожденного, выполняются врачами — рентгеноэндоваскулярными хирургами).

5.6.1.1. Эндоваскулярная баллонная дилатация подвздошных артерий.

Показания: признаки приращения плаценты в область рубца на матке.

Предполагаемый объем операции — реконструктивно-пластическая органосохраняющая операция, гистерэктомия.

5.6.1.2. Эмболизация маточных артерий.

Показания: приращение плаценты в области параметрия; прекращение локального кровотока при продолжающемся кровотечении.

Предполагаемый объем операции — гистерэктомия.

5.6.1.3. Профилактическая окклюзия артериальным баллоном брюшной аорты.

Показания: различные степени аномальной инвазии плаценты; прекращение кровотока при продолжающемся кровотечении.

Предполагаемый объем операции — реконструктивно-пластическая органосохраняющая операция, гистерэктомия.

5.6.2. Хирургические кровесберегающие технологии (применяются при реконструктивно-пластической органосохраняющей операции, выполняются врачами — акушерами-гинекологами).

5.6.2.1. Билатеральное наложение турникетных жгутов (временно) на широкие связки и ветви яичниковой артерии и вены.

5.6.2.2. Выполнение транзитной ишемизации тела матки путем перевязки восходящих ветвей маточных артерий.

5.6.2.3. Установка внутриматочного гемостатического баллона по показаниям.

5.6.2.4. Назначение утеротоников (окситоцин, карбетоцин) по показаниям после выполнения реконструктивно-пластической органосохраняющей операции.

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

5.6.3. Восполнение кровопотери (интраоперационно, выполняется врачами – анестезиологами-реаниматологами).

5.6.3.1. Трансфузия отмытых аутологичных эритроцитов с применением системы для непрерывной аутотрансфузии крови.

5.6.3.2. Трансфузия компонентов крови.

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

#### **Этап 6. Послеоперационный**

6.1. Наблюдение женщины после родов (1-е сут) в отделении анестезиологии и реанимации.

Выполнение УЗИ артерий и вен, контрольная ангиография (при подозрении на тромботические осложнения).

6.2. Перевод в РНПЦ «Мать и дитя» на 2–3-е сут при отсутствии послеоперационных осложнений.

6.3. Перевод в отделение анестезиологии и реанимации РНПЦ «Мать и дитя» на 2–3-е сут при выявлении послеоперационных осложнений. Проведение врачебного консилиума.

6.4. Динамическое наблюдение за женщиной после выписки из стационара осуществляется в соответствии с алгоритмом диспансерного наблюдения пациентов, которым выполнены оперативные вмешательства по поводу вращающейся плаценты (приложение).

**Этап 7. Гистологическое исследование матки с последом (при гистерэктомии), участка резецированного миометрия с последом (при реконструктивно-пластической операции)**

7.1. Гистологическое исследование матки с последом (при гистерэктомии).

7.2. Гистологическое исследование участка резецированного миометрия с последом (при реконструктивно-пластической операции).

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ**

Перфорация мочевыводящих путей и инфицирование при предоперационном стентировании мочеточников.

Интраоперационные осложнения:

ранение мочевого пузыря, мочеточников;

травматизация крупных сосудов и нервов;

травма кишечника;

тромбоз сосудов (допускается внутривенное титрование нефракционированного гепарина 1000 ЕД в 1 ч 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);

осложнения, связанные с интервенционной радиологией.

При возникновении интраоперационных осложнений в операционной проводится врачебный консилиум с участием необходимых для их устранения врачей-специалистов.

**Алгоритм диспансерного наблюдения пациенток, которым выполнены оперативные вмешательства по поводу вращения плаценты**

Наименование заболевания	Перечень диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием (фактором риска)	Сроки наблюдения врачей-специалистов и критерии снятия с диспансерного учета
1	2	3
Родоразрешение посредством кесарева сечения (МКБ-10: O82, O82.1). Состояние после метропластики	<p>Медицинский осмотр врача – акушера-гинеколога: после родов через 10-14 дней, затем через 3 и 6 мес.</p> <p>Врачи-специалисты по показаниям.</p> <p>Анализ крови общий перед каждой явкой.</p> <p>Анализ мочи общий перед каждой явкой.</p> <p>УЗИ органов малого таза и мочевой системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря) через 6 мес. после родов и по показаниям.</p> <p>Цистоскопия через 1 мес. после родоразрешения по показаниям при наличии жалоб.</p> <p>Выбор метода контрацепции</p>	<p>Наблюдение врача – акушера-гинеколога.</p> <p>Снятие с учета через 1 год: при отсутствии осложнений и нормализации функции тазовых органов</p>
Родоразрешение посредством кесарева сечения (МКБ-10: O82.0, O82.1). Состояние после метропластики с хирургической стерилизацией маточных труб	<p>Медицинский осмотр врача – акушера-гинеколога: после родов через 10-14 дней, затем через 3 и 6 мес.</p> <p>Врачи-специалисты по показаниям.</p> <p>Анализ крови общий перед каждой явкой.</p> <p>Анализ мочи общий перед каждой явкой.</p> <p>УЗИ органов малого таза и мочевой системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря) через 6 мес. после родов и по показаниям.</p> <p>Цистоскопия через 1 мес. после родоразрешения и по показаниям при наличии жалоб</p>	<p>Наблюдение врача – акушера-гинеколога.</p> <p>Снятие с учета через 1 год: при отсутствии осложнений и нормализации функции тазовых органов</p>

1	2	3
Родоразрешение посредством кесарева сечения с гистероэктомией (МКБ-10: O82.2)	<p>Медицинский осмотр врача – акушера-гинеколога: после родов через 10-14 дней, затем через 3 и 6 мес.</p> <p>Врачи-специалисты по показаниям.</p> <p>Анализ крови общий перед каждой явкой.</p> <p>Анализ мочи общий перед каждой явкой.</p> <p>УЗИ органов малого таза и мочевой системы (почек, мочеточников, мочевого пузыря) через 6 мес. после родов и по показаниям. Цистоскопия через 1 мес. после родоразрешения и по показаниям при наличии жалоб</p>	<p>Наблюдение врача – акушера-гинеколога.</p> <p>Снятие с учета через 1 год: при отсутствии осложнений и нормализации функции тазовых органов</p>
Родоразрешение посредством кесарева сечения (МКБ-10: O82.0, O82.1, O82.2) со вскрытием мочевого пузыря, с образованием пузырно-влагалищного свища, других свищей женских мочеполовых органов: шеечно- мочепузырный; мочеточнико-влагалищный; уретро-вагинальный, влагалищно-тонкокишечного свища (МКБ-10: N82.0-82.5)	<p>Диагностика и лечение в соответствии с клиническим протоколом «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.02.2018 № 17.</p> <p>Контрастная рентгенография свищевого хода.</p> <p>Цистоскопия.</p> <p>Консультация врача-уролога, врача-проктолога, врача-хирурга и других врачей-специалистов по показаниям для решения вопроса об оперативном лечении.</p> <p>Наблюдение после лечения по поводу свища:</p> <p>Медицинский осмотр врача – акушера-гинеколога: после родов через 10-14 дней, затем через 1, 3 и 6 мес.</p> <p>Анализ крови общий.</p> <p>Анализ мочи общий.</p> <p>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 показаниям</p>	<p>Для оперативного лечения госпитализация по показаниям в урологическое, проктологическое, хирургическое отделения территориальной организации здравоохранения.</p> <p>Наблюдение врача – акушера-гинеколога, врача-уролога, врача-проктолога.</p> <p>При выявлении свищей женских половых органов у пациентов, которым выполнены оперативные вмешательства по поводу вставания плаценты сведения, направлять в РНПЦ «Мать и дитя» заместителю директора по акушерству и гинекологии (тел./факс: 233-55-84; e-mail: sevenhos@mail.belpak.by).</p> <p>Снятие с учета через 1 год: при отсутствии осложнений и нормализация функции тазовых органов</p>

## УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_

(руководитель учреждения,

\_\_\_\_\_

в котором внедрен метод)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_

### Акт о внедрении

1. Наименование предложения для внедрения: инструкция по применению «Метод медицинской профилактики массивной кровопотери при родоразрешении женщин с приращением плаценты».

2. Кем предложено (наименование учреждений-разработчиков, авторы): ГУ «Республиканский научно-практический центр “Мать и дитя”», ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», ГУ «Республиканский научно-практический центр “Кардиология”».

Авторы: С. А. Васильев, д-р мед. наук, проф. Н. П. Митьковская, канд. мед. наук И. В. Курлович, Е. А. Гошкевич, д-р мед. наук, доц. С. В. Спиридонов, В. Л. Семенчук, канд. мед. наук Н. Н. Рубахова, канд. мед. наук Т. П. Ващилина, О. С. Сушкова, М. В. Белуга, С. А. Виктор, канд. мед. наук, доц. А. Н. Богомоллов, канд. мед. наук, доц. В. В. Римашевский, О. Н. Козак, д-р мед. наук В. И. Стельмашок, канд. мед. наук О. Л. Полонецкий, А. О. Зацепин.

3. Источник информации: инструкция по применению «Метод медицинской профилактики массивной кровопотери при родоразрешении женщин с приращением плаценты».

4. Где и когда начато внедрение:

\_\_\_\_\_.

наименование учреждения здравоохранения, дата внедрения

5. Общее количество наблюдений: \_\_\_\_\_.

6. Результаты применения метода за период с \_\_\_ по \_\_\_:

положительные (количество наблюдений) \_\_\_\_\_;

отрицательные (количество наблюдений) \_\_\_\_\_;

неопределенные (количество наблюдений) \_\_\_\_\_.

7. Эффективность внедрения: \_\_\_\_\_.

8. Замечания, предложения \_\_\_\_\_.

Дата \_\_\_\_\_.

Ответственные за внедрение: