

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ
САҚТАУ МИНИСТРАЛІГІ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**РУКОВОДСТВО ПО ЛЕЧЕНИЮ
И ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ
ПЛАЦЕНТЫ, ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ
И ПРЕДЛЕЖАНИЯ СОСУДОВ ПЛАЦЕНТЫ
(краткая версия)**

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ДАМУ ТУ РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ
СТАНДАРТТАУ ОРТАЛЫҒЫ

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЦЕНТР СТАНДАРТИЗАЦИИ



Астана, 2013

**Руководство по лечению и диагностике
предлежания плаценты, приращения плаценты
и предлежания сосудов плаценты
(краткая версия)**

Основой для создания данной версии служит: «Placenta praevia, placenta praevia accrete and vasa praevia: diagnosis and management» Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Green-top Guideline No. 27, January 2011.

Список разработчиков руководства: Данное руководство подготовлено Королевским колледжем акушерства и гинекологии (Лондон, Великобритания) и представлено Национальным институтом Здравоохранения и клинического мастерства (NICE).
Группа разработчиков: Dr T A Johnston FRCOG, Birmingham and Miss S Paterson-Brown FRCS FRCOG, London. Dr L Bowyer FRCOG, Australia; Ms L M MDuley FRCOG, Bradford; Mr D I Fraser MRCOG, Norwich; Mr H F Habeeb MRCOG, Gillingham; Dr S Macphail MRCOG, Newcastle Upon Tyne; Mr K T Moriarty MRCOG, Coventry; Professor P J Steer FRCOG, London; Dr B K Strachan MRCOG, Bristol; Professor B Thilaganathan MRCOG, London; Inner Vision Women's Ultrasound; International Vasa Previa Foundation; Obstetric Anaesthetists' Association; RCOG Consumers' Forum; Royal College of Midwives; Royal College of Radiologists; Vasa Praevia Raising Awareness.

**Цель
клинического
руководства:**

Цель данного клинического руководства заключается в описании диагностических методов, применяемых в антенатальном периоде при предлежании плаценты, предлежании

	<p>сосудов плаценты и патологическом приращении плаценты. Предложены методы лечения в дородовом и послеродовом периоде, особое внимание уделено планированию и срокам проведения операции, с применением передовых методов и интервенционного лечения приращения плаценты.</p>
<p>Список Рабочей группы по адаптации клинического руководства :</p>	<p>Искаков С.С. – к.м.н., заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 АО « Медицинский университет Астана»;</p> <p>Ан З.Н. – Руководитель Национального координационного центра по обеспечению безопасности беременных;</p> <p>Темкин С.М. -заведующий отделением патологии беременных ГККП «Перинатальный центр №2» г. Астана;</p> <p>Раскалиева А.Х. - МВА специалист отдела разработки клинических руководств и протоколов, Республиканский центр развития здравоохранения МЗ РК.</p>
<p>Рецензенты клинического руководства :</p>	<p>Укыбасова Т.М. – д.м.н., профессор, руководитель отдела акушерства и гинекологии, АО « Национальный научный центр материнства и детства»;</p> <p>Дошанова А.М. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии, АО « Медицинский университет Астана».</p>

Клиническое руководство было утверждено на заседании Экспертной Комиссии по вопросам развития здравоохранения МЗ РК (протокол № 21 от «14» декабря 2012г.).

Дата пересмотра руководства: при появлении новых доказанных данных, но не реже чем 1 раз в 4 года.

Пользователи руководства:	врачи акушеры-гинекологи, руководители-менеджеры, средний медицинский персонал.
----------------------------------	---

Категория пациентов:	беременные женщины
-----------------------------	--------------------

Ключевые слова:	предлежание плаценты
------------------------	----------------------

Описание	Степень рекомендации
По меньшей мере, один мета-анализ, систематический анализ или РКИ классифицированный как 1++, и напрямую применимый к целевой группе населения; или совокупность доказательств, состоящая в основном из исследований классифицированных как 1+, и напрямую применимые к целевой группе населения, и демонстрирующие всеобщую согласованность результатов.	A
Совокупность доказательств, состоящая из исследований квалифицированных как 2++, и напрямую применимые к целевой группе населения, демонстрирующие	B

всеобщую согласованность результатов; или экстраполированное доказательство исследований квалифицированных как 1++ или 1+.	
Совокупность доказательств, состоящая из исследований квалифицированных как 2+, напрямую применимые к целевой группе населения, и демонстрирующие всеобщую согласованность результатов; или экстраполированное доказательство исследований квалифицированных как 2++.	C
Уровень доказательств 3 или 4; или экстраполированное доказательство исследований квалифицированных как 2+.	D
Рекомендация, основанная на положительном клиническом опыте группы разработчиков клинического руководства.	GPP
Описание	Уровни доказательств
Мета-анализ высокого качества, систематический анализ рандомизированных клинических испытаний (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематической ошибки.	1++
Хорошо проведенный мета-анализ, систематические анализы, или РКИ с очень низким риском систематической ошибки.	1+

<p>Мета-анализ, систематические анализы, или РКИ с высоким риском систематической ошибки.</p>	<p>1-</p>
<p>Высококачественные систематические анализы сходных и групповых исследований. Высококачественные сходные и групповые исследования с очень низким риском смешивания или систематической ошибки и высокой вероятностью того, что взаимосвязь является причинно-следственной.</p>	<p>2++</p>
<p>Хорошо проведенные сходные и групповые исследования с очень низким риском смешивания или систематической ошибки и средней вероятностью того, что взаимосвязь является причинно-следственной.</p>	<p>2+</p>
<p>Сходные и групповые исследования с высоким риском смешивания или систематической ошибки и значительным риском того, что взаимосвязь не является причинно-следственной.</p>	<p>2-</p>
<p>Неаналитические исследования, например, описание случаев, исследования серии случаев.</p>	<p>3</p>
<p>Мнение эксперта</p>	<p>4</p>

Рекомендации

Скрининг и диагностика предлежания плаценты/приросшей плаценты

- | | |
|--|-----|
| <p>1. Подозрение на предлежание плаценты у всех женщин с вагинальным кровотечением после 20 недель беременности. Высокое стояние предлежащей части плода, ненормальное положение плода и безболезненное/спровоцированное кровотечение, вне зависимости от предыдущих результатов визуализации (УЗИ), являются более достоверными признаками низкорасположенной плаценты. Окончательный диагноз основывается на ультразвуковой диагностике.</p> | GPP |
| <p>2. Ультразвуковое сканирование на 20 неделе беременности (второе скрининговое УЗИ-исследование) должно включать плацентарную локализацию.</p> | D |
| <p>3. Трансвагинальное сканирование повышает точность плацентарной локализации, и является безопасной, поэтому предполагаемый диагноз предлежания плаценты на 20 неделе беременности абдоминальным сканированием должен быть подтвержден трансвагинальным сканированием.</p> | C |
| <p>4. Особого внимания требуют женщины с предыдущим кесаревым сечением, поскольку они могут иметь более высокий риск предлежания плаценты и/или приращения плаценты. Если плацента расположена в передней части и достигает шейки матки на 20 недели</p> | C |

беременности, то последующие сканирование может помочь определить приращение плаценты в области рубца.	
5. При отсутствии кровотечения у женщин с подозрением на неполное предлежание, последующая визуализация (УЗ-диагностика) может быть отсрочена до 36 недель беременности.	D
6. При отсутствии кровотечения у женщин с подозрением на полное предлежание плаценты или приращение плаценты, визуализация должна быть проведена примерно на 32 недели беременности с целью уточнения диагноза и планирования ведения третьего триместра и родов.	D
Аntenатальное лечение	
7. Профилактика и лечение анемии рекомендуется проводить во время антенатального периода.	GPP
8. На третьем триместре беременности, женщины с предлежанием плаценты должны быть осведомлены о риске преждевременных родов и кровотечения. Их лечение должно быть индивидуально подобранным.	GPP
9. Любой уход на дому требует непосредственную близость к больнице, постоянное присутствие кого-нибудь из дееспособных людей и полное информированное согласие женщины.	D
10. Если женщины наблюдаются на дому, они должны быть обеспечены присутствием рядом кого-нибудь, который может помочь в случае необходимости. Должна быть обеспечена	GPP

<p>возможность быстрого доступа к родильному дому.</p>	
<p>11. Женщины, наблюдающиеся на дому, должны быть четко информированы о том, что при возникновении кровотечения, схваток или боли (в том числе неопределенная надлобковая периодическая боль), им следует немедленно обратиться в стационар.</p>	СРР
<p>12. Применение шва на шейку матки с целью уменьшения кровотечения и пролонгирования беременности не поддерживается доказательствами.</p>	СРР
<p>13. Длительное лечение в стационаре может быть связано с повышенным риском тромбоза, поэтому настоятельно рекомендуется подвижность с использованием тромболитических сдерживающих чулков и соответствующего восполнения потери жидкости.</p>	СРР
<p>14. Применение профилактических антикоагулянтов у женщин с высоким риском кровотечения может быть опасным, и решение использовать его следует принимать на индивидуальной основе с учетом факторов риска тромбоза. Ограничение тромбопрофилактических антикоагулянтов для лиц с высоким риском развития тромбоза кажется разумным.</p>	СРР

Подготовка к родам

15. Перед родами все женщины с предлежанием плаценты и их партнеры должны быть информированы о возможности изменения предусмотренного плана ведения родов в сторону удаления матки и при необходимости переливания крови. Любые проблемы, вопросы или отказы от лечения должны быть эффективно рассмотрены и четко задокументированы.

СРР

16. Способ родоразрешения должен быть основан на клинической оценке, дополненной сонографической информацией. Для женщины с плацентарным краем менее 2 см от внутреннего зева на третьем триместре беременности, скорее всего, необходимо родоразрешение путем кесарева сечения, но доказательств по этому опросу очень мало, и поэтому необходимы дальнейшие исследования в этой области.

С

17. Элективное родоразрешение путем кесарева сечения у женщин при отсутствии кровотечения не рекомендуется до 38 недель беременности при предлежании плаценты, или до 36-37 недель беременности при подозрении на приросшую плаценту.

D

18. Предлежание плаценты без предварительного кесарева сечения также несет в себе риск массивных кровотечений и гистерэктомии, и поэтому операция должна быть произведена в отделении с наличием банка крови и оборудовании для интенсивной терапии.

СРР

<p>19. Кровь должна быть доступна в любой период беременности, проверенная на совместимость донора и реципиента. Количество крови зависит от клинических особенностей каждого конкретного случая и местных учреждений банка крови. Когда у женщины имеются атипичные антитела, непосредственная связь с местным банком крови должна способствовать конкретному плану для согласования действий отдельных случаев.</p>	GPP
<p>20. Нет никаких доказательств в поддержку использования аутологичного переливания крови при предлежании плаценты.</p>	D
<p>21. 1) Препараты крови должны быть доступны при возникновении массивных кровотечений. 2) Кровь должна быть проверена на совместимость донора и реципиента.</p>	D
<p>22. Интервенционная радиология может быть жизненно-важной для лечения массивных послеродовых кровотечений, поэтому наличие этого оборудования данного метода является желательным. Если у женщины имеется подозрение на приросшую плаценту, и она отказывается от донорской крови, рекомендуется, чтобы ее перевели в отделение интервенционной радиологии.</p>	D
<p>23. Выбор анестетического метода для кесарева сечения при предлежании плаценты и предполагаемой приросшей плаценты должен быть сделан анестезиологом, выполняющим данные процедуры. Нет достаточных</p>	GPP

доказательств для того, чтобы один метод преобладал над другим методом.

24. Любая женщина, давая согласие на кесарево сечение, должна понимать риски, связанные с кесаревым сечением в целом, и конкретные риски предлежания плаценты с точки зрения массивных кровотечений, потребности в переливании крови и вероятности гистерэктомии.

25. Любая женщина с подозрением на предлежание приросшей плаценты должна быть обследована консультантом акушером (старшим врачом акушером-гинекологом, зав.отд.) в дородовой период. Необходимо обсудить различные риски и методы лечения и согласовать план, который должен быть четко отражен в форме согласия. Он должен включать в себя предполагаемые разрезы кожи и матки, а также отражать пути консервативного лечения предлежащей плаценты и отражать показания к гистерэктомии в случаях, когда подтверждается приросшая плацента во время операции. Дополнительные возможные вмешательства также должны быть обсуждены и задокументированы в случае массивного кровотечения, включая консервативную терапию, интервенционную радиологию, необходимость гистерэктомии.

26. В качестве минимального требования во время плановой процедуры по предлежанию плаценты, консультант акушер и анестезиолог должны присутствовать в родильной палате. При возникновении экстренной ситуации, сотрудники

консультанты должны быть предупреждены об этом и прийти как можно скорее в родильную палату.

27. Консультант акушер и анестезиолог должны присутствовать во время подготовки к операции любой женщины с подозрением на предлежание приросшей плаценты. При неожиданном начале родов, сотрудники консультанты должны быть предупреждены об этом и прийти как можно скорее в родильную палату.

Хирургия при наличии приращения плаценты

28. Врачи акушеры, принимающие роды путем кесарева сечения при наличии подозрения на предлежание приросшей плаценты, должны рассмотреть возможность открытия матки в области, отдаленном от плаценты, и достать ребенка без повреждения плаценты, для того, чтобы позволить проведение консервативного лечения плаценты или гистерэктомии, в случае подтверждения приросшей плаценты. Принятие родов прямо через плаценту связано с большим количеством кровотечения и высокой вероятностью гистерэктомии, поэтому ее следует избегать.

29. Если имеет место приращения плаценты, то необходимо оставить плаценту на месте и ушить матку и приступить к гистерэктомии. Эти меры связаны с меньшей кровопотерей, чем попытка отделить его.

30. Хирургические меры, необходимые в условиях массового кровотечения, связанного с

предлежанием плаценты и кесаревым сечением должны применяться квалифицированным опытным акушером-гинекологом. Призыв ранней дополнительной помощи должен приветствоваться, а не считаться как «потерять лицо».

Последующее наблюдение женщины

31. Женщина должна быть предупреждена о рисках кровотечения и послеоперационных инфекциях, в снижении этих рисков профилактическое применение антибиотиков будет полезным в раннем послеродовом периоде.

Предлежание сосудов плаценты

32. В период родов, при отсутствии вагинальных кровотечений, предлежание сосудов плаценты в редких случаях может быть диагностировано клинически, путем пальпации плодных сосудов в оболочках во время влагалищного обследования. Оно может быть подтверждено с помощью прямой визуализации с применением амниоскопа.

33. При наличии вагинальных кровотечений, связанных с разрывом плодных оболочек и дистрессом плода, родоразрешение не должно быть отложено, для диагностирования предлежания сосудов.

34. Предлежание сосудов плаценты может быть точно диагностировано с помощью цветной доплерографии, зачастую с применением трансвагинального пути.

35. В настоящее время скрининг на предлежание

сосудов плаценты не должен проводиться на регулярной основе во время обследования нарушений развития на втором триместре беременности, поскольку он не отвечает критериям программы скрининга.	
36. При наличии кровотечения при предлежании сосудов плаценты, родоразрешение должно быть произведено путем экстренного кесарева сечения.	С
37. В случае подозрения на предлежание сосудов плаценты, трансвагинальная цветная доплеровская ультрасонография должна быть проведена для подтверждения диагноза.	С
38. В подтвержденных случаях предлежания сосудов, родоразрешение должно быть произведено путем elective кесарева сечения в установленные сроки.	С
39. В случаях, когда предлежание сосудов плаценты определяется на втором триместре беременности, визуализация должна быть повторно произведена на третьем триместре беременности для подтверждения персистенции.	GPP
40. В случае подтвержденного предлежания сосудов плаценты на третьем триместре беременности, дородовая госпитализация с 28 до 32 недели беременности в отделение с соответствующими неонатальными оборудованием будет способствовать быстрому вмешательству в случае кровотечения или родоразрешения.	D
41. В связи с повышенным риском	A

преждевременных родов, следует рассмотреть введение кортикостероидов для развития легких плода.

42. При наличии подтвержденного диагноза предлежания сосудов, элективное кесарево сечение должно быть произведено до начала родов.

С

Методология

Стратегия поиска доказательств для руководства была разработана информационным специалистом Центра анализа и распространения в Йорке (часть Национального института медицинского исследования). Стратегия поиска и его результаты показаны в приложении 1 интерактивной версии. Поиск в Кохрановской библиотеке (DARE и Кохрановская база данных систематических анализов), MEDLINE и EMBASE проводился начиная с 2000 года. Исследования ограничивались английским языком из-за ограничений по времени и ресурсам.

2076 исследований выявлено путем поиска, который был повторно проведен в июле 2010 года. Обновленный поиск выявил дополнительно 511 исследований.

При помощи консультантов канадской консалтинговой компании CSIN был произведен поиск соответствующего клинического руководства в международных медицинских базах данных. При выборе нескольких клинических руководств консультантам проведена экспертиза и оценка их при помощи инструмента AGREE. На основании результатов оценки было рекомендовано данное клиническое руководство для адаптации рабочей группой в Казахстане. В процессе проведения адаптации были просмотрены все

рекомендации клинического руководства и принято решение о возможности сохранения, модификации или отклонения рекомендаций для соответствия потребностям и контексту внедрения в Казахстане.

Ссылки

www.rcrz.kz

http://thorax.bmj.com/content/66/Suppl_2/i1.full.html

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**КЛИНИЧЕСКОЕ РУКОВОДСТВО
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ
СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА
(краткая версия)**

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
ЦЕНТР СТАНДАРТИЗАЦИИ



Астана, 2013