Согласовано:

Заведующий кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета КрасГМУ, д.м.н., профессор

 В.Б. Цхай

Утверждено:

Главный врач КККБУЗ «Центр охраны материнства и детства»

 А.В. Павлов

**Клинический протокол**

**Предлежание плаценты. Врастание плаценты.**

**Предлежание плаценты** (placenta praevia) – это патологическое состояние, при котором плацента, расположена в нижнем сегменте матки в области внутреннего зева или на 3 см выше (по данным УЗИ), находится перед предлежащей частью плода («prae» - перед, «via» - на пути).

1. **Код МКБ Х**

О44-Предлежание плаценты

О44.0-предлежание плаценты, уточненное, без кровотечения

О44.1-предлежание плаценты с кровотечением

1. **Классификация**

Существует классификация предлежания плаценты во время беременности и во время родов. Последняя классификация, в настоящее время, потеряла свою актуальность в связи с возможностью дородовой УЗИ диагностики предлежания плаценты. Степень предлежания плаценты может меняться по мере роста матки в связи с прогрессированием беременности.

Во время беременности различают:

 - **полное предлежание** – плацента полностью перекрывает внутренний зев;

 - **неполное (частичное) предлежание** – внутренний зев

перекрыт частично или плацента нижним краем доходит до него

 - **низкое предлежание** – плацента расположена на расстоянии 7 см и менее от внутреннего зева (Национальное руководство акушерство 2013 г);

на расстоянии 2 см (Общество акушеров и гинекологов Канады, Королевское общество акушеров и гинекологов RCOG 2014 гг.).

Учитывая, что при нахождении края плаценты выше 2 см высока вероятность успешного исхода родов через естественные родовые пути, а при нахождении края плаценты менее 2 см высока частота кесарева сечения мы придерживаемся классификации низкой плацентации на уровне 2 см и менее от внутреннего зева.

Вне зависимости от расположения плаценты: нормальное ли оно, или есть предлежание плаценты, существует риск аномального прикрепления плаценты

 Аномальное прикрепление плаценты.

**- Плотное прикрепление** (***Placenta adhaerens)*** – ворсины хориона не достигают миометрия. Прикрепление осуществляется в базальном слое матки

**- Врастание плаценты *(Placenta accreta)*** к мышечному слою. Ворсины хориона достигают мышечного слоя матки.

В зависимости от степени проникновения плаценты в миометрий матки приращение делится на:

1. **Врастание(*Placenta increta***) – ворсины плаценты проникают глубоко в мышечный слой.
2. **Прорастание** (***Placenta percreta***) – ворсины проникают в миометрий матки на всю глубину, вплоть до мочевого пузыря, прямой кишки, сосудов таза и других органов.

Маточная грыжа - это резко выраженное выпячивание нижнего сегмента, вследствие его истончения за счет дистрофических изменений либо полного отсутствия миоцитов. Маточную грыжу приравнивают к «placena accreta».

Вероятность врастания и прорастания плаценты у беременных с рубцом на матке после кесарева сечения во много раз выше, чем у беременных без рубца на матке. Вероятность врастания и прорастания плаценты с каждым последующим кесаревым сечением существенно возрастает.

1. **Диагностика**

- на амбулаторном этапе

**УЗИ.** Позволяет определить характер предлежания плаценты, оценить состояние нижнего маточного сегмента (регистрация плацентарных сосудов на передней стенке матки) его толщину, обнаруживает отсутствие миоцитов в области рубца, дает точные размеры маточной грыжи.

*Трансвагинальная эхокардиография (ТВЭ)* является *«золотым стандартом»* диагностики, в отличие от трансабдоминальной эхокардиографии (ТАЭ), так как при ТВЭ можно точно определить отношение края плаценты к внутреннему зеву шейки матки.

У 60% женщин, которым проводилась ТАЭ, после проведения ТВЭ может быть изменена классификация расположения плаценты.

При проведении ТАЭ плохо визуализируется плацента, расположенная по задней стенке, головка плода может влиять на визуализацию, на точность также влияет ожирение и недостаточное либо чрезмерное наполнение мочевого пузыря. Частота ложноположительных диагнозов предлежаний плаценты при ТАЭ достигает 25%.

При диагностике предлежания плаценты, либо низкой плацентации трансабдоминальным методом необходимо подтверждение диагноза методом трансвагинального ультрозвукового сканирования.

Диагностически значимые сроки проведения ТВЭ:

 - 20-22 недели - второе скрининговое УЗИ диагностика предлежания плаценты;

 - 26 недель – оценка возможной миграции плаценты, диагностика врастания плаценты;

 - 32 недели – третье скрининговое УЗИ – окончательная констатация наличия предлежания плаценты (очень важно в плане дальнейших тактических действий)

**Допплерометрия.**

Позволяет диагностировать врастание плаценты. При врастании визуализируется поперечный (патологический) ход сосудов между стенкой матки и плацентой, неоднородная структура плаценты, с участками расширения межворсинчатого пространства, участками истончения плацентарной ткани.

- только на стационарном этапе в ККК ЦОМД.

**Магнитно-резонансная томография (МРТ).**

Позволяет уточнить локализацию плаценты, при расположении плаценты по передней стенке определить расстояние от внутреннего зева до верхнего края плаценты (что очень важно для места проведения разреза на матке), более точно оценить размеры маточной грыжи, увидеть количество и размеры плацентарных сосудов, выявить врастание плаценты – в миометрий, в рубец, в заднюю стенку мочевого пузыря.

**Цистоскопия.**

Позволяет определить изменение со стороны слизистой стенки мочевого пузыря (выраженного расширения плацентарных сосудов по задней стенке мочевого пузыря, их варикозного расширения), что свидетельствует об инвазии плаценты в стенку мочевого пузыря.

Оценка расположения устьев мочеточников, с целью определения их положения по отношению к месту врастания плаценты.

Цистоскопия проводится только по показаниям – подозрение на врастание плаценты по данным УЗИ и МРТ или при наличии клиники со стороны мочевого пузыря (появление микро и макрогематоурии).

1. **Клинические признаки предлежания плаценты**

Возможны эпизоды кровотечения без болевого синдрома и повышенного тонуса матки;

Наружное кровотечение алой кровью, визуальный объем кровопотери соответствует состоянию больной;

Высокое расположение предлежащей части плода или неправильное его положение;

Развитие признаков страдания плода, степень дистресса плода соответствует объему наружной кровопотери.

При врастании плаценты в мочевой пузырь возможно появление микро- и макрогематурии.

1. **Маршрутизация и сроки госпитализации.**

Беременные с предлежанием плаценты являются пациентами группы высокой степени риска.

При диагностике предлежания плаценты в ЛПУ Красноярского края I и II уровня, в любом гестационном сроке (после 2-го скрининга в 20-22 нед. беременности), необходимо поставить пациентку на учет в программе Перинатального мониторинга в консультативную поликлинику Красноярского краевого клинического Центра охраны материнства и детства (ККК ЦОМД). Для этого необходимо внести в диагноз отметку о предлежание плаценты и пациентка автоматически перейдет в группу высокого перинатального риска.

Если диагностировано предлежания плаценты при проведении второго скринингового УЗИ в сроке 20-22 недели беременности, то необходимо проведение контрольного УЗИ для оценки миграции плаценты в сроке 26 недель.

В этом сроке необходимо проведение транвагинальной эхографии в учреждениях II уровня. Краевым пациенткам в Межрайонных центрах, пациентам Центральной группы районов в консультативную поликлинику ККК ЦОМД, городским пациенткам в УЗД №2 КГБУЗ КМРД №4.

После подтверждения диагноза «предлежания плаценты» в 26 недель гестации необходимо беременную направить на консультацию в консультативно-диагностическую поликлинику ККК ЦОМД в сроке 32 – 34 недели для решения вопроса о сроке госпитализации в стационар ККК ЦОМД.

Если в сроке 26 недель беременности при проведении ТВЭ выявлено подозрение на врастание плаценты, то данную пациентку необходимо направить на консультацию в поликлинику ККК ЦОМД в сроке 28 недель гестации.

Госпитализация пациенток с подозрением на врастание плаценты не позднее 30 – 32 недель (при наличии кровянистых выделений из половых путей – госпитализация в любом сроке, желательно в учреждение не ниже II уровня).

При поступлении в ЛПУ Красноярского края I и II уровня пациентки с кровотечением (или даже мажущими кровянистыми выделениями) при предлежании плаценты, необходимо немедленно поставить пациентку на учет в АРКЦ ККК ЦОМД.

Родоразрешение беременных с предлежанием плаценты в плановом порядке осуществляется только в Красноярском краевом клиническом Центре охраны материнства и детства.

При возникновении кровотечения у пациенток с предлежанием плаценты госпитализация осуществляется в ближайшее родовспомогательное учреждение.

1. **Тактика во время беременности**

Без кровотечения

- Если пациентка живет в городе Красноярске и может в течение 5-20 минут доехать до ККК ЦОМД, то возможно наблюдение врачами женской консультации до 34 недель гестации. Если местожительство ее значительно удалено от лечебного учреждения III уровня, то она должна быть госпитализирована раньше этого срока;

- Беременность можно пролонгировать до 37-38 недель, после чего при любом варианте предлежания с целью профилактики массивного кровотечения в плановом порядке производят кесарево сечение.

- Проведение курса ПДСП у беременных с предлежанием находящихся в стационаре без признаков кровотечения в сроках 28 и 32 недели.

- При предлежании плаценты с подозрением на врастание необходима немедленная госпитализации в стационар III уровня для диагностики и определения дальнейшей тактики.

С кровотечением

- Немедленная госпитализация в ближайший стационар при любых признаках кровотечения.

 - Рекомендован постельный режим.

При незначительных кровянистых выделениях

 - При недоношенной беременности и получение эффекта от проводимой терапии возможно пролонгирование беременности.

 - Сроки родоразрешения решаются индивидуально.

 - При возобновляющихся рецидивирующих необильных кровотечениях родоразрешение не позднее 34 недель гестации.

 - Обязателен контроль гемостаза, развернутого анализа крови (не реже 1 раза в 7-10 дней).

При обильных кровянистых выделениях

- показано срочное родоразрешение - чревосечение и кесарево сечение независимо от срока гестации.

**7. Медикаментозная терапия**

При поступлении в стационар пациенток с предлежанием и наличием кровянистых выделений обязательно назначение глюкокортикостероидов (24 мг дексаметазона) для профилактики РДС плода.

Гемостатичекская терапия заключается в назначении транексамовой кислоты 1000 мг на 500 мл 0,9% физиологического раствора хлорида натрия один раз в день в течении 3-5 дней. В дальнейшем переход на таблетированную форму транексамовой кислоты – 1 таб. 250 мг 3 раза в день до полного прекращения кровянистых выделений.

При наличии признаков угрозы прерывания беременности и кровянистых выделениях бета-миметики противопоказаны.

При наличие угрозы преждевременных родов возможно назначение сульфата магния 20 мл на 250 мл физиологического раствора хлорида натрия со скоростью 1 г/час.

До 28 недель гестации в комплекс лечения угрозы преждевременных родов возможно включение прогестерона «утрожестана» 100 мг 2 раза в сутки. Возможен индивидуальный подбор дозировки. После 28 недель «утрожестан» применяется только с письменного информированного согласия пациентки. Лечение «утрожестаном» разрешено продолжать до 32 недель беременности (Методическое письмо МЗ РФ).

При наличии анемии беременным обязательно назначаются препараты железа (сорбифера дурулес 1 таб 2 раза в день ). В случаях тяжелой анемии – возможно применение инъекционных антианемических препаратов (венофер, ликферр, феринжект и т.д.)

**8. Тактика родоразрешения**

Полное и частичное предлежание плаценты являются абсолютным показанием к родоразрешению путем операции кесарево сечение.

При низком предлежании (менее 2 см от внутреннего зева) роды через естественные родовые пути возможны только в учреждении III уровня, но при этом высок процент абдоминального родоразрешения.

При низкой плацентации более 2 см от внутреннего зева возможно родоразрешение таких пациенток через естественные родовые пути в ЛПУ II уровня.

1. Плановое родоразрешение

При предлежании плаценты и отсутствии кровотечения в 37-38 недель.

При предлежании плаценты + подозрении на врастание в 34-36 недели, так как с увеличением срока гестация инвазия плаценты может усугубляться, увеличивая риск прорастания плаценты в стенку мочевого пузыря.

1. Экстренное родоразрешение

При появлении обильного кровотечения независимо от срока гестации, а также при рецидивирующих кровотечениях на фоне проводимой гемостатической терапии.

Проведение организационных мероприятий с обязательным оповещением зам. главного врача по акушерству и гинекологии на III уровне , либо начмеда в ЛПУ II и I уровней.

**8.Предоперационная подготовка**

*Организационные мероприятия*

* После определения показаний к операции по поводу кровотечения предоперационная подготовка не должна задерживать начало операции при любых условиях (шок, коагулопатия). Предоперационная подготовка проводится на операционном столе.
* Забор крови для проведения исходного лабораторного контроля КАК, гемостазиограмма, биохимия крови.
* Проведение профилактики аспирационного синдрома: цитрат натрия 0,3 м – 30 мл, ингибиторы протонной помпы и противорвотные средства внутривенно (омепразол, метоклопромид). В случае недавнего приема пищи - декомпрессия желудка (установка желудочного зонда, выведение содержимого желудка, удаление зонда).
* В операционную приглашаются трансфузиолог и лаборант.
* Привлечение свободных анестезиологов для работы с Cell Saver, ассистенции при установке центрального венозного доступа.
* Привлечение к работе второй сестры-анестезистки.
* Бригада хирургов – минимум три человека (хирург, первый ассистент, второй ассистент – сбор крови для Cell Saver). В бригаде обязательно должен быть врач, владеющий техникой гистерэктомии (в противном случае – вызов из гинекологического отделения, либо из дома).
* Установка мочевого катетера, контроль диуреза.
* При кровотечение у пациентки с предлежанием плаценты обязательное оповещением зам. главного врача по акушерству и гинекологии в ЛПУ III уровня, либо начмеда в ЛПУ II и I уровней.

*Сосудистый доступ:*

* Обязательно - установка двух периферических венозных катетеров диаметром 16G (серая маркировка).
* По возможности - установка центрального венозного двухпросветного (желательно) катетера (диаметр каждого просвета – не менее 14G) под контролем УЗИ. Вена выбора: правая внутренняя яремная вена.
* Катетеризация лучевой артерии для проведения инвазивного мониторинга АД.

 *Нормовлемическая гемодилюция:*

* При Hb >110 г/л произвести забор цельной крови в объеме 10% ОЦК в стандартный пакет с антикоагулянтом (Гемакон), хранить при 370C.
* Возместить 2 объема заготовленной крови инфузией кристаллоидов.
* Заготовленную кровь использовать по необходимости, либо после достижения хирургического гемостаза.

**9. Анестезиологическое обеспечение**

*Мониторинг*

* Неинвазивное определение АД, ЧСС, SpO2, EtCO2, ЭКГ, диурез.
* Инвазивный мониторинг АД.
* Каждые 15-20 мин производится забор капиллярной крови с целью проведения КАК(Hb, Ht, Er, Tr) и скрининга системы гемостаза (МНО, ПТИ) для своевременного начала трансфузии компонентов крови и/или препаратов факторов свертывания.
* Лабораторный контроль также осуществляется после достижения хирургического гемостаза и перед транспортировкой пациентки из операционной.

*Интраоперационная реинфузия эритроцитов:*

* Подготовить Cell Saver (отдельный анестезиолог).
* В бригаде должен быть определен хирург для сбора раневого отделяемого.
* Подготовить отсос для забора амниотических вод.
* Эритроциты, отмытые с помощью Cell Saver возвращаются пациенту сразу в ходе операции.

*Инфузионна терапия:*

* Все инфузионные среды и препараты крови согреваются до 370C и хранятся при этой температуре.
* При исходном АДсист.˂ 70 мм рт.ст. до начала вводного наркоза начинается инфузия дофамина или мезатона до уровня АДсист. 80-90 мм рт.ст.
* Объем инфузионной терапии = 200-300% объема кровопотери.
* При кровопотере > 2 литров состав инфузии: кристаллоидов < 80%, коллоидов > 50%, эритромасса 45%, СЗП 35%.

**10. Метод анестезии**

 - Общая анестезия с ИВЛ при любом виде предлежания

 *Премедикация.*

 - Холиноблокатор: атропин (метацин) 0,5-1,0 мг и Н -гистаминовый

блокатор: димедрол 10 мг в/в.

*Вводный наркоз.*

 - Анестетик: кетамин 1,5-2,0 мг/кг и наркотический анальгетик

фентанил 100 мкг.

 *Миоплегия* *при интубации трахеи*:

- деполяризующий миорелаксант (сукцинилхолин) 2 мг/кг.

 - антидеполяризующие миорелаксанты (рокурониум 0,3-0,6 мг/кг, атракуриум 0,6 мг/кг, пипекурониум 0,08 мг/кг, панкурониум 0,08 мг/кг, мивакуриум 0,2 мг/кг) в дозах, рекомендуемых для интубации трахеи с последующим поддержанием миоплегии во время операции.

*ИВЛ*

Чем больше объем кровопотери и ниже исходное АД сист., тем более значимым еще до перевода на ИВЛ является уменьшение ДО и увеличение ЧД на респираторе, устранение всех режимов, увеличивающих внутригрудное давление (ПДКВ не более 5 см Н2О) для профилактики дополнительного снижения венозного возврата. После устранения гиповолемии параметры вентиляции можно вернуть к обычным значениям. **FiO2 – 100%**

 *Поддержание анестезии*.

- Препараты выбора: кетамин, фентанил, бензодиазепины, севоран.

 *Периоперационная терапия*

 - проводится по общему плану (консервативный гемостаз, инфузионно-трансфузионная терапия) интенсивной терапии кровопотери.

- В том случае, когда на начальных этапах операции использовался дофамин, то его введение можно прекратить после хирургической остановки кровотечения, инфузии в объеме 20-30 мл/кг и уровне АДсист.>90 мм рт.ст.

 - При сохраняющейся диффузной кровоточивости тканей после устранения основного источника кровотечения и введения СЗП в объеме не менее 15 мл/кг необходимо рассмотреть вопрос о перевязке внутренних подвздошных артерий и применении рекомбинантного фVIIa в дозе не менее 100 мкг/кг.

*После окончания операции продленная ИВЛ показана:*

* При нестабильной гемодинамике с тенденцией к артериальной гипотонии (АДсист.˂ 90 мм рт.ст., необходимость введения вазопрессоров) – недостаточным восполнением ОЦК.
* Продолжающемся кровотечении.
* Уровне гемоглобина менее 70 г/л и необходимости продолжения гемотрансфузии.
* Сатурации смешанной венозной крови менее 70%.
* Сохраняющейся коагулопатии (МНО и АПТВ более чем в 1,5 раза больше нормы, фибриноген менее 1,0 г/л, количество тромбоцитов менее 50000 вмкл) и необходимости проведения заместительной терапии.

 *Продолжительность ИВЛ*

зависит от темпов достижения критериев положительного эффекта при массивной кровопотере и геморрагическом шоке, а именно:

* Отсутствует геморрагический синдром любой локализации, характера и интенсивности.
* АДсист. более 90 мм рт.ст. без применения вазопрессоров (дофамина).
* Уровень гемоглобина более 70 г/л.
* Отсутствуют клинические и лабораторные признаки коагулопатии.
* Темп диуреза более 0,5 мл/кг/ч.
* Сатурация смешанной венозной крови более 70%.
* Восстановлено сознание и адекватное спонтанное дыхание.

**11.Операция**

1. **техника при предлежании плаценты**

- нижнесрединная лапаротомия (строго обязательно во всех экстренных ситуациях, при кровотечениях у беременных с рубцом на матке, при локализации плаценты по передней стенке, при подозрении на врастание плаценты)

- чревосечение по Пфанненштилю допустимо при проведении планового кесарева сечения в дневное время (у пациенток без рубца на матке, без признаков врастания плаценты, при приемущественной локализации по задней стенке).

- разрез на матке выше верхнего края плаценты (корпоральное либо донное, либо поперечное в теле матки), при локализации плаценты по задней стенке возможно кесарево сечение в нижнем сегменте. Извлечение плода через плаценту не должно быть, так как это способствует развитию массивного кровотечения, а также анемизации и травматизации плода.

- при отсутствии признаков врастания плаценты обязательное ручное отделение плаценты от стенок матки;

- введение утеротоников (окситоцин, либо карбетоцин);

- перевязка восходящих и/или нисходящих ветвей маточных артерий, перевязка яичниковых артерий;

- применение компрессионных швов преимущественно на нижний маточный сегмент;

- применение управляемой баллонной тампонады матки – УБТ (возможно наложение компрессионных швов на баллоне – «сэндвич»)

-при необходимости применение компрессионных швов на тело матки;

-готовность к перевязке внутренних подвздошных артерий, до этапа гистерэктомии (сосудистый хирург за спиной)

1. **техника при врастании плаценты**

- присутствие с начала плановой операции сосудистого хирурга и уролога

- экстренный вызов сосудистого хирурга и уролога при проведении экстренной операции

- наполнение мочевого пузыря 250-300 мл жидкости, желательно с контрастом (метиленовым синим) с целью визуализации границ мочевого пузыря

-нижнесрединная лапаротомия с обходом пупка

- донное либо корпоральное кесарево сечение выше края плаценты

- при наличии визуальных признаков врастания (грыжи нижнего сегмента матки) попытки отделения плаценты **категорически противопоказаны!**

- перевязка внутренних подвздошных артерий, либо временное клеммирование внутренних подвздошных артерий, либо временная баллонная окклюзия общих подвздошных артерий до проведения гистерэктомии либо метропластики

- максимальное отсепаровывание мочевого пузыря с целью визуализация нижнего сегмента и проведения метропластики в пределах неизмененного миометрия

- при врастании плаценты в стенку мочевого пузыря интраоперационная катетеризация мочеточников (решение принимает уролог)

- при врастании плаценты в стенку мочевого пузыря и затруднении резекции стенки мочевого пузыря, возможно ограничение объема акушерской операции надвлагалищной ампутацией матки

- обязательное адекватное дренирование малого таза

Грубейшей ошибкой является оставление неиссеченной «маточной грыжи», даже при отсутствии выраженного интраоперационного кровотечения. Как правило, это приводит к раннему послеоперационному кровотечению, релапаротомии, массивной кровопотере, гистерэктомии и прямой угрозе для жизни пациентки*.*

**12. Показания к гистерэктомии**

-при признаках врастания плаценты в ЛПУ I и II уровня, так как для проведения органосохраняющей операции необходимо наличие кровесберегающих высоких технологий;

- при признаках врастания плаценты у многодетной женщины, настаивающей на стерилизации перед операцией;

- при врастании плаценты в матку, осложненном врастанием в соседние органы (мочевой пузырь, кишечник), что требует расширение объема операции (резекция и пластика мочевого пузыря, резекция кишки и др.);

- как последний этап борьбы с кровотечением при массивной кровопотере, при отсутствии эффекта от мероприятий первого и второго этапа (только для III уровня);

- при технических затруднениях при проведении метропластики (только для III уровня);

**13. Профилактические мероприятия.**

 Иссечение послеоперационного рубца от предыдущей операции кесарево сечение.

* При наличии 2 и более рубцов на матке, с целью исключения ранения мочевого пузыря, необходимо наполнить мочевой пузырь физиологическим раствором, для лучшей визуализации границ мочевого пузыря.
* При повторной операции кесарево сечение, перед тем как сделать разрез на матке, нужно провести ревизию нижнего маточного сегмента для визуализации предыдущего рубца на матке.
* Обязательное отсепаровывание и смещение вниз Pl.vezicouterina для визуализации рубца
* Разрез на матке необходимо делать только по предыдущему рубцу, рубцовую ткань необходимо иссечь и восстановить целостность матки.
* При иссечении старого рубца восстановление разреза на матке только 2-х рядным непрерывным синтетическим швом.
* В случае наличия неполноценного рубца на матке после предыдущего кесарева сечения его обязательно следует иссекать в пределах здоровых тканей.

Контрацепция

Наступление беременности менее чем через 2 года после кесарева сечения неблагоприятно влияет как на здоровье женщины, так и на перинатальные исходы.

Самыми надежными методами предохранения от беременности являются гормональная контрацепция и добровольная хирургическая стерилизация.

Хирургическая стерилизация метод необратимый. Гормональная контрацепция является самым эффективным обратимым методом.

В период грудного вскармливания возможно применение только чисто гестагенных гормональных средств. Они выпускаются в виде таблетированных и парентеральных пролонгированных форм.

Таблетированные контрацептивы это – мини-пили (Эксклютон, Микролют) и Чарозетта.

Пролонгированные парентеральные это – ВМС «Мирена», подкожный имплант «Импланон».

При планировании родоразрешения беременной женщины с 2 и более рубцами на матке, акушер-гинеколог должен информировать беременную женщину о возможности проведения хирургической стерилизации, так как каждое последующее кесарево сечение увеличивает риск аномалий расположения и прикрепления плаценты, риск массивного акушерского кровотечения, преждевременных родов, гистерэктомии, материнской и перинатальной смертности.

- Женщина с рубцом на матке после кесарева сечения, планирующая беременность обязательно должна быть обследована на состоятельность рубца на матке (скрининговый метод – УЗИ, дополнительные по показаниям – гистероскопия, МРТ).

- Наблюдение в поликлинике пациенток с проведенными органосохраняющими операциями в консультативной поликлинике ККК ЦОМД.

**Составители клинического протокола:**

Гарбер Ю.Г. – зам. главного врача по акушерству и гинекологии

Глызина Ю.Н. – зав. родовым отделением

Распопин Ю.Н. – зав.ОАР №2

Попандопало Н.Н. – зав. ОАР №5

Бауров П.П. – зав. консультативной поликлиникой

Лобанова Т.Т. – зав.УЗД ОЛФМИ в акушерстве и гинекологии

Миллер А.А. – врач анестезиолог-реаниматолог ОАР №2