

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

П Р И К А З

01.08.2016

№ 390-ор

г. Красноярск

1. В соответствии с пунктами 3.6, 3.13, 3.17, 3.61, 3.72 Положения о министерстве здравоохранения Красноярского края, утвержденного постановлением Правительства Красноярского края от 07.08.2008 № 31-п, учитывая приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», руководителям краевых государственных учреждений здравоохранения:

организовать оказание медицинской помощи при эмболизации маточных артерий согласно приложению № 1;

осуществлять обследование пациентов в медицинских организациях при направлении в консультативную поликлинику краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» согласно приложению № 2;

обеспечить выполнение алгоритма оказания медицинской помощи при эмболизации маточных артерий согласно приложению № 3.

2. Главному врачу краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» А.В. Павлову обеспечить:

методическую помощь медицинским организациям по оказанию медицинской помощи при эмболизации маточных артерий;

оказание медицинской помощи при эмболизации маточных артерий согласно приложению № 1;

выполнение алгоритма оказания медицинской помощи при эмболизации маточных артерий согласно приложению № 3.

3. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Красноярского края Д.В. Попова.

Министр здравоохранения
Красноярского края



В.Н. Янин

Согласовано

заместитель министра здравоохранения
Красноярского края



Д.В. Попов

начальник отдела организации
педиатрической и акушерско-
гинекологической помощи



Г.З. Слепнева

начальник юридического отдела



Е.А. Толокина

начальник отдела планирования объемов
и стандартизации медицинской помощи

Т.Н. Голубева

Подготовили
Хоменко Наталья Владимировна
Шагеева Галина Александровна



Приложение № 1
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 01.08.2016 № 390-о/м

Протокол оказания медицинской помощи при эмболизации маточных артерий

Актуальной проблемой в акушерско-гинекологической практике остается предупреждение интраоперационного кровотечения. Для уменьшения кровопотери используют сосудосуживающие агенты (вазопрессин) и способы механической окклюзии сосудов, снабжающих матку (зажимы, перевязка, коагуляция или эмболизация маточных артерий).

Перспективным рентгенохирургическим вмешательством является эндоваскулярная эмболизация маточных артерий.

Миниинвазивность эндоваскулярного вмешательства, проводимого под местной анестезией, эффективность метода, приводящего к уменьшению или исчезновению симптомов миомы матки, сохранение репродуктивной функции женщины, короткий срок госпитализации — важные и определяющие факторы для пациенток.

Эмболизация маточных артерий (далее – ЭМА) является альтернативой хирургическому лечению.

Показания к эмболизации маточных артерий в гинекологии с целью сохранения органа и репродуктивного здоровья:

1. Пациентки с симптомной или растущей миомой матки, заинтересованные в беременности, с подтвержденной ролью миомы матки в патогенезе бесплодия или высоким риском выкидыша при невозможности выполнения безопасной миомэктомии/гистерорезектоскопии;
2. Множественная бессимптомная миома матки больших размеров (общие размеры матки соответствуют 12 - 20 недель беременности).
3. Миома матки, имеющая клинические проявления (кровотечения, симптомы сдавления соседних органов).
4. Множественная миома матки: случаи, когда большая часть узлов располагается интрамурально, трансмурально, субсерозно-интрамуральные узлы с глубоким залеганием в стенку матки, наличие множества мелких узлов глубокого залегания, перешеечные узлы.
5. Субмукозные узлы размером более 5 см первого типа по эндоскопической классификации (узел более, чем на 50% в полости матки), второго типа (выступающие в полость менее чем на 50%), которые крайне затруднительно удалить путем гистерорезектоскопии.
6. Миома матки в сочетании с аденомиозом.
7. В качестве подготовки к миомэктомии или гистерорезектоскопии с целью снижения кровопотери.
8. Рецидив после миомэктомии.

9. Рецидивирующая патология эндометрия: полипоз, железистая гиперплазия.

10. Предоперационная деваскуляризации сосудистых опухолей и артериовенозных аномалий с целью облегчения их удаления и уменьшения кровопотери.

11. Кровотечение при пузырьном заносе, шеечной, перешеечной беременности.

12. Кровотечение при неоперабельных злокачественных новообразованиях тела и шейки матки (в условиях краевого государственного учреждения здравоохранения (далее – КГБУЗ) «Красноярский краевой онкологический диспансер имени А.И. Крыжановского»).

13. Наличие противопоказаний к хирургическому лечению миомы матки (тяжелая соматическая патология, спаечный процесс 4 степени).

14. У женщин с высоким риском традиционного или гормонального лечения.

15. Стойкая мотивация пациентки сохранить матку, избежать операции, боязнь наркоза.

Показания к эмболизации маточных артерий в акушерстве:

1. Использование в ургентной ситуации для остановки послеродовых или послеоперационных кровотечений, как малоинвазивная альтернатива перевязки внутренних подвздошных артерий. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н и с клиническими протоколами Министерства здравоохранения РФ от 29.05.2014 данный метод лечения определен как алгоритм действий врача с целью профилактики и остановки акушерского кровотечения в тех клиниках, где имеется соответствующее оборудование (ангиограф).

2. Предлежание плаценты с целью предотвращения большой кровопотери (интраоперационная подготовка к плановому оперативному родоразрешению и при сильном кровотечении в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 № 572н).

3. Вростание плаценты по рубцу на матке во 2 и 3 триместрах беременности с целью предотвращения большой кровопотери (интраоперационная подготовка к плановому оперативному родоразрешению).

Маточное кровотечение, обусловленное патологией свертывающей системы крови, болезнью Виллебранда.

Противопоказания к эмболизации маточных артерий:

1. Наличие активного инфекционного процесса.
2. Некоррегируемая коагулопатия.
3. Предшествующая лучевая терапия органов таза.
4. Аутоимунные заболевания соединительных тканей.
5. Наличие злокачественных новообразований.
6. Опухоли и опухолевидные образования яичников.

7. Известная аллергия на контрастные препараты.
8. Беременность.
9. Артериовенозные пороки развития, непроходимость либо анатомические аномалии подвздошной артерии и их ветвей.
10. Недифференцированное опухолевидное образование в малом тазу.
11. Подозрение на лейомиосаркому.
12. Локализация миоматозных узлов в дне и трубных углах; значительный объем миоматозных узлов, занимающих 70% и более от общего объема миометрия у пациенток планирующих беременность.

Инструментальные и лабораторные исследования перед процедурой включают все те, которые приняты для планового хирургического лечения, в том числе:

бактериоскопическое исследование микрофлоры влагалища (при выявлении воспалительных изменений необходимо провести антибактериальную терапию -возможно местное применение, с целью уменьшения воспалительных осложнений ЭМА);

онкоцитологическое исследование эндо- и экзоцервикса;

ультразвуковое исследование органов и сосудов малого таза с определением скорости кровотока по маточным, яичниковым артериям и их ветвям. Для оценки параметров кровотока по сосудам матки используют ультразвуковое триплексное ангиосканирование (УЗАС), включающее сканирование сосудов в В-режиме, доплерографию и цветное доплеровское картирование кровотока;

аспирационная биопсия эндометрия у пациенток, без подозрения на гиперпластические процессы эндометрия;

гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание, с последующим патогистологическим исследованием - при дисфункции яичников, увеличении срединного М-эхо, не соответствующего дню менструального цикла;

консультация гинеколога, интервенционного рентгенолога. ЭМА должны проводить опытные интервенционные рентгенологи, владеющие техникой проведения процедуры, а также знающие особенности кровоснабжения миоматозных узлов;

при выявлении опухоли яичника или одного из узлов при множественном характере роста субсерозного типа на тонком основании проводят оперативную лапароскопию - удаление образования яичника до ЭМА, с последующим патогистологическим исследованием, а удаление миоматозного узла - после ЭМА с целью снижения объема кровопотери и риска «отшнуровывания» узла в брюшную полость.

Особые случаи.

При субмукозном расположении узла ЭМА показана в том случае, когда резектоскопия невозможна и нецелесообразна.

При больших размерах интерстициальных и интерстициально-субсерозных узлах рекомендовано лечение миомы матки в 2 этапа: на первом этапе показана ЭМА с последующим хирургическим лечением, решение о проведении второго этапа принимают индивидуально.

ЭМА необходимо проводить в условиях стационара, так как у 80-90% пациенток развивается постэмболизационный синдром (ПЭС).

До проведения эмболизации маточных артерий необходимо оформить в медицинских документах добровольное информированное согласие для проведения рентгенохирургического вмешательства с указанием возможного развития осложнений и рецидивов.

Для эмболизации применяют микрочастицы – эмболизирующее вещество, используемое для окклюзии или снижения кровотока в гиперваскуляризированных или неопластических образованиях введением его в просвет сосуда при селективной и суперселективной катетеризации.

Перед эмболизацией выполняют обзорную тазовую ангиографию, селективную ангиографию маточных артерий для определения ангиоархитектоники кровоснабжения миоматозного узла. По результатам исследования оценивают возможность проведения эмболизации и значимость коллатерального кровотока.

Через 3-5 мин после эмболизации маточных артерий проводят контрольную селективную ангиографию.

ЭМА не исключает медикаментозное лечение или традиционное оперативное вмешательство (гистерэктомия, миомэктомия). В некоторых случаях данные методы лечения дополняют друг друга, и ЭМА может быть первым этапом, значительно уменьшающим риск интраоперационной кровопотери и исключаящим необходимость гемотрансфузий, перед традиционными оперативными вмешательствами.

Постэмболизационный синдром (далее ПЭС)

Пациенткам, перенесшим ЭМА, для самооценки болевого синдрома предлагают визуально-цифровую шкалу (от 0 до 10 баллов):



Практически нет

Выраженные

В постэмболизационном периоде при I (легкой) степени выраженности (до 7 баллов) рекомендуют анальгетики и спазмолитики, неспецифические нестероидные противовоспалительные препараты однократно.

При II (средней) степени выраженности (от 8 до 14 баллов) необходимо назначение обезболивающей терапии, проведение инфузионной терапии кристаллоидами в объеме 800-1200 мл, введение антибактериальных и противовоспалительных препаратов, нормализация функции желудочно-кишечного тракта, катетеризация мочевого пузыря – при задержке мочеиспускания.

При III степени (тяжелый ПЭС) (15-21 балл) необходимо неоднократное назначение наркотических анальгетиков, курс инфузионной и дезинтоксикационной терапии в объеме 1200-2000 мл, введение

антибактериальных препаратов, коррекция реологических свойств крови, гемостаза, препаратов, восстанавливающих перистальтику кишечника, назначение противорвотных препаратов; катетеризация мочевого пузыря катетером Foley.

Сроки пребывания в стационаре составляют 4 дня, в среднем -3-5 дней.

Балльная оценка постэмболизационного синдрома

Симптомы	Степень выраженности, баллы			
	0	I	II	III
Боль (в баллах по шкале самооценки)	Отсутствие	Незначительная до 3 баллов	Умеренная, 4-7 баллов	Сильная, 8-10 баллов
Выделения из половых путей (объем, продолжительность)	Тоже	Скудные, до 1 недели	Умеренные, до 2 недель	Обильные, до 3-4 недель
Гипертермия	До 37,0°С	37,1-37,5°С	37,6-38,0° С	>38,1°С
Лейкоцитоз	<9x10 ⁹	9-11x10 ⁹	11-14x10 ⁹	>14x10 ⁹
Гиперфибриногенемия	Отсутствие	>4г/л	Отсутствие	>4г/л
АЧТВ	Не изменено	Не изменено	<20с	<20с
Дизурия	Отсутствие	Чувство тяжести в области мочевого пузыря	Нарушение мочеиспускания 1 сутки	Задержка мочи > 1 суток
Нарушения функций ЖКТ	Тоже	Вздутие живота	Вздутие живота, тошнота	Парез кишечника, рвота
Нарушения функций ССС (тахикардия)	Тоже	90-100 уд/мин	100-110 уд/мин	>110 уд/мин

Наблюдаемые изменения узлов после ЭМА:

-уменьшение объема узлов на 50-60%;

Наблюдаемые изменения узлов после ЭМА:

- уменьшение объема узлов на 50-60%;
- миграция;
- размягчение;
- экспульсия узлов.

В отдельных случаях необходимо удалить субмукозные или субсерозные узлы (второй этап – хирургическое лечение), в таком случае прибегают к трансвагинальной или лапароскопической миомэктомии.

ЭМА малоэффективна при:

шеечно-перешеечном расположении узлов (необходимо проведение дополнительного ангиосканирования для выяснения всех источников кровоснабжения узлов);

«бедном» кровоснабжении миом (PIR выше 0,6);

сочетании миомы матки с диффузной формой аденомиоза.

Репродуктивные функции и ЭМА.

Проведение ЭМА для пациенток, которые желают впоследствии забеременеть и сохранить свою репродуктивную функцию возможно.

При сравнении фертильности у больных с миомой матки после ЭМА и консервативной миомэктомии количество наступивших беременностей и родов сопоставимы.

ЭМА, проведенная сразу после кесарева сечения, у женщин с миомой матки может быть эффективной мерой в снижении послеродовой кровопотери и сводить к минимуму риск миомэктомии или гистерэктомии.

Заместитель
министра здравоохранения
Красноярского края



Д.В. Попов

Приложение № 2
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 01.08.2016 № 390-ор

**Перечень обследования пациентов в медицинских организациях
при направлении в консультативную поликлинику краевого
государственного учреждения здравоохранения «Красноярский краевой
клинический центр охраны материнства и детства»**

Обследование	Срок действительности
анализ крови на RW, ВИЧ, HbsAg, HCV	не более 30 дней до момента госпитализации
развёрнутый анализ крови	не более 10 дней до момента госпитализации
общий анализ мочи	не более 10 дней до момента госпитализации
микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы	не более 10 дней до момента госпитализации
общий белок, мочевины, билирубин, сахар, АЛТ, АСТ.	не более 10 дней до момента госпитализации
коагулограмма (АЧТВ, ПТВ, ПТИ, фибриноген)	не более 10 дней до момента госпитализации
ультразвуковое исследование органов и сосудов малого таза с определением скорости кровотока по маточным, яичниковым артериям и их ветвям	не более 3-х месяцев до момента госпитализации
ультразвуковое исследование молочных желёз (маммография при возрасте старше 35 лет)	УЗИ: не более 1 года до момента обращения Маммография: с 35 лет до 50 лет не более 2 лет, старше 50 лет не более года до момента обращения
исследование кала на яйца гельминтов	не более 10 дней до момента госпитализации
заключение терапевта для оперативного лечения (при наличии соматической патологии – диагноз, получаемое лечение, рекомендации с учётом предстоящей операции, резюме)	не более 3-х месяцев до момента госпитализации
ЭКГ	не более 3-х месяцев до момента госпитализации
анализ крови на СА-125, СА-19-9, РЭА (при быстром росте опухоли и невозможности исключить онкопроцесс)	не более 3-х месяцев до момента госпитализации
флюорография	не более 1 года до момента госпитализации
аспирационная биопсия эндометрия (у пациенток без подозрения на гиперпластические процессы эндометрия)	не более 3-х мес до момента госпитализации
гистероскопия, раздельное диагностическое	не более 3-х мес до момента

выскабливание (у пациенток с подозрением на гиперплазию эндометрия или анамнестические данные)	госпитализации
кольпоскопия, онкоцитологическое исследование эндо- и экзоцервикса	не более 3 месяцев до момента госпитализации
Консультация смежных врачей-специалистов(по показаниям)	не более 3-х месяцев до момента госпитализации

Заместитель
министра здравоохранения
Красноярского края



Д.В. Попов

Приложение № 3
к приказу министерства
здравоохранения
Красноярского края
от 01.08.2016 № 390-ор

Алгоритм оказания медицинской помощи при эмболизации маточных артерий

1. Медицинские организации, имеющие лицензию по профилю «акушерство и гинекология», не зависимо от форм собственности, направляют пациентов при наличии показаний для проведения эмболизации маточных артерий (далее – ЭМА) для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в краевое государственное учреждение здравоохранения (далее – КГБУЗ) «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

2. Медицинские организации направляют пациентов при наличии показаний для проведения ЭМА в консультативную поликлинику КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства».

3. Предварительная запись пациентов в консультативную поликлинику КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» осуществляется медицинскими организациями путем направления соответствующего обращения по РМИС qMS или электронному адресу: registr_kppc@regicentr.ru или по телефону 8 (391) 222-02-66 (регистратура консультативной поликлиники КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства»).

Пациент информируется о дате, времени приема, номере кабинета специалиста консультативной поликлиники КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» в течение 1 дня.

4. Пациенту, обратившемуся в консультативную поликлинику КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» самостоятельно без предварительной записи, медицинская консультация предоставляется в порядке очереди путём записи в регистратуре.

5. Медицинская помощь в плановом порядке в консультативной поликлинике КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» оказывается пациентам при предъявлении следующих документов:

документ, удостоверяющий личность гражданина (паспорт, вид на жительство для иностранных граждан);

страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования пациента;

СНИЛС;

направление по форме № 057/у-04 с заключением врачебной комиссии медицинской организации, заверенное печатью учреждения; результаты диагностических исследований пациента, согласно приложению № 2;

направление по форме № 057/у-04 с заключением врачебной комиссии медицинской организации, заверенное печатью учреждения; результаты диагностических исследований пациента, согласно приложению № 2;

маршрутный лист консультативной поликлиники КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» получаемый по РМИС qMS о дате и времени оказания медицинской помощи.

6. Специалист консультативной поликлиники КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» выдает пациентке окончательное заключение о необходимости проведения эмболизации маточных артерий или рекомендации другого метода лечения.

7. Плановая госпитализация пациентов в гинекологическое отделение КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» осуществляется по заключению врача акушера-гинеколога консультативной поликлиники КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» после согласования врачебной комиссией.

В состав врачебной комиссии КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» входят: заведующий консультативной поликлиникой, заведующая гинекологическим отделением, врач акушера-гинеколог консультативной поликлиники.

Заседание врачебной комиссии КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» проводится ежедневно с 13.00 до 15.00 (кроме выходных и праздничных дней).

Заключение врачебной комиссии вносится в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 025/у) с указанием даты и времени госпитализации.

Пациент поступает в приёмное отделение КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» с заключением врача акушера-гинеколога консультативной поликлиники и результатами диагностических исследований.

8. Оказание медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями осуществляется в соответствии со стандартами медицинской помощи.

9. По окончании лечения пациентам выдается выписка из медицинской карты стационарного больного (форма 027/у) с рекомендациями по дальнейшему наблюдению и реабилитации.

Дубликат выписки передается в медицинские организации по РМИС qMS или через защищенные каналы связи (Vipnet).

10. Медицинские организации, направляют сведения о пациентах, которым выполнена эмболизация маточных артерий, в организационно-методический отдел КГБУЗ «Красноярский краевой клинический центр охраны материнства и детства» через 3 и 6 месяцев после операции.

Заместитель
министра здравоохранения
Красноярского края



Д.В. Попов