



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

09.10.2012 № 1182

г. Минск

г. Минск

Об утверждении клинических протоколов
наблюдения беременных, рожениц, родильниц,
диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии

На основании Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» в редакции Закона Республики Беларусь от 20 июня 2008 года, Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 года № 360»,
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить клинические протоколы наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии согласно приложению.

2. Начальникам управлений здравоохранения областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям государственных организаций, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, руководителям ведомственных организаций здравоохранения обеспечить наблюдение беременных, рожениц, родильниц, диагностику и лечение в акушерстве и гинекологии в соответствии с клиническими протоколами, согласно приложению указанному в пункте 1 настоящего приказа.

3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 февраля 2007 г. № 66 «Об утверждении клинических протоколов».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Пиневи́ча Д.Л.

Министр

В.И. Жарко

Приложение к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.10. 2012 г. № 1182

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
наблюдения беременных, рожениц, родильниц,
диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии

УЧРЕЖДЕНИЯ - РАЗРАБОТЧИКИ:

Государственные учреждения образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

«Белорусский государственный медицинский университет»,

«Витебский государственный медицинский университет»,

«Гродненский государственный медицинский университет»

Минск 2012

**Организационно-методическая группа
по подготовке клинических протоколов наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии**

- Богдан Е.Л. начальник отдела медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Республики Беларусь
- Барсуков А.Н. главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, кандидат медицинских наук, доцент
- Гавриленко Л.Н. главный внештатный клинический фармаколог Министерства здравоохранения Республики Беларусь, доцент кафедры клинической фармакологии ГУО «Белорусский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук
- Черновицкий М.А. главный внештатный специалист по лабораторной диагностике, заведующий лабораторией РНПЦ онкологии, гематологии и иммунологии, кандидат медицинских наук
- Кот Т.И. ведущий научный сотрудник государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», кандидат медицинских наук

**Исполнители-разработчики
клинических протоколов наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии**

- Воскресенский С.Л. заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», профессор, доктор медицинских наук
- Егорова Т.Ю. заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ГУО «Гродненский государственный медицинский университет», кандидат медицинских наук

- Жукова Н.П. профессор кафедры акушерства и гинекологии
ГУО «Витебский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук
- Занько С.Н. заведующий кафедрой акушерства и гинекологии
ГУО «Витебский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук
- Кажина М.В. профессор кафедры акушерства и гинекологии
ГУО «Гродненский государственный медицинский университет», доктор медицинских наук
- Михалевич С.И. заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и
репродуктивного здоровья ГУО «Белорусская
медицинская академия последипломного
образования», профессор, доктор медицинских наук
- Можейко Л.Ф. заведующая кафедрой акушерства и гинекологии
ГУО «Белорусский государственный медицинский
университет», профессор, доктор медицинских наук
- Небышинец Л.М. доцент кафедры акушерства и гинекологии
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», кандидат
медицинских наук
- Пересада О.А. профессор кафедры акушерства и гинекологии
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», доктор
медицинских наук
- Русакевич П.С. профессор кафедры акушерства и гинекологии
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», доктор
медицинских наук
- Сидоренко В.Н. профессор кафедры акушерства и гинекологии
ГУО «Белорусский государственный медицинский
университет», доктор медицинских наук
- Тесакова М.Л. доцент кафедры акушерства и гинекологии
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования», кандидат
медицинских наук

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- 17-ОП – 17-оксипрогестерона капронат
АБ – антибиотик
АД – артериальное давление
АлАТ – аланинаминотрансфераза
АсАТ – аспартатаминотрансфераза
АТ – антитела
АТ/ТПО – антитела к тиреоидной пероксидазе
АФС – антифосфолипидный синдром
АЧТВ – активированное частичное тромбопластиновое время
ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
ВМК – внутриматочный контрацептив
ВПГ – вирус простого герпеса
ВПЧ – вирус папилломы человека
ГБО – гипербарическая оксигенация
ГТТ – глюкозо-толерантный тест
в/в – внутривенно
в/м – внутримышечно
ДГЭА-сульфат – дегидроэпиандростерона сульфат
ЗГТ – заместительная гормонотерапия
ИВЛ – искусственная вентиляция легких
ИППП – инфекции, передаваемые половым путем
ИРТ – иглорефлексотерапия
ИФА – иммуноферментный анализ
КОК – комбинированные оральные контрацептивы
КОС – кислотно-основное состояние
КТ – компьютерная томография
КТГ - кардиотокография
ЛГ – лютеинизирующий гормон
ЛПВП – липопротеиды высокой плотности
ЛПНП – липопротеиды низкой плотности
ЛС – лекарственное средство
ЛФК – лечебная физкультура
МБТ – микобактерии туберкулеза
МСГ – метросальпингография
ПТИ – протромбиновый индекс
ПЦР – полимеразная цепная реакция
п/к – подкожно
РДВ – раздельное диагностическое выскабливание
РДС – респираторный дистресс-синдром

РИФ – реакция иммунофлюоресценции

ССВО – синдром системного воспалительного ответа

T₃ – трийодтиронин

T₄ - тироксин

ТТГ – тиреотропный гормон

УЗИ – ультразвуковое исследование

ФСГ – фолликулостимулирующий гормон

ФТЛ – физиотерапевтическое лечение

ЦМВ – цитомегаловирус

ЭКГ – электрокардиография

Раздел 1

БЛОКИ ОБСЛЕДОВАНИЯ АКУШЕРСКИХ/ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОК

Блок А – клиническое обследование беременной

1. Анамнез
2. Общий осмотр
3. Измерение АД на обеих руках
4. Подсчет пульса
5. Измерение температуры тела
6. Контроль массы тела беременной
7. Специальное наружное акушерское исследование: осмотр молочных желез, измерение размеров таза, индекса Соловьева, ромба Михаэлиса – при первом осмотре/поступлении в стационар однократно; окружности живота, высоты стояния дна матки; определение наружными приемами положения, позиции, предлежащей части плода и ее положения по отношению к плоскости входа в таз
8. Дотестовое и послетестовое консультирование на ВИЧ обоих партнеров
9. Осмотр врача-терапевта, который определяет показания и проводит дополнительное обследование перед направлением к другим специалистам по профилю патологии
Дополнительное обследование по показаниям: консультации врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-стоматолога, врача-эндокринолога

Блок Б – клиническое обследование гинекологической пациентки

1. Анамнез
2. Общий осмотр
3. Измерение АД на обеих руках
4. Подсчет пульса
5. Измерение температуры тела
6. Осмотр молочных желез
7. Пальпация органов брюшной полости
Дополнительное обследование по показаниям: консультация специалистов по профилю экстрагенитальной патологии

Блок В – специальное акушерское/гинекологическое обследование

1. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах

2. Забор биологического материала из цервикального канала, влагалищных сводов и уретры для бактериоскопического исследования (далее бактериоскопическое исследование)
3. Забор биологического материала из эндоцервикса и экзоцервикса, по показаниям из места поражения, для цитологического исследования (далее цитологическое исследование)
4. Бимануальное влагалищное исследование
Дополнительное обследование по показаниям:
 1. Забор биологического материала из цервикального канала шейки матки для бактериологического исследования и определения чувствительности к АБ (далее посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ)
 2. Забор биологического материала из цервикального канала, влагалищных сводов и уретры для анализа на ИППП: ПЦР, РИФ, культуральный метод (далее ИППП)
 3. Забор биологического материала из цервикального канала для ПЦР-диагностики ВПЧ, ВПГ и ЦМВ (далее ВПЧ, ВПГ, ЦМВ)
 4. Ректовагинальное исследование

Блок Г – лабораторное исследование акушерской/гинекологической пациентки

1. Анализ крови общий
2. Определение группы крови и Rh-фактора (далее группа крови, Rh-фактор) (однократно)
3. Исследование крови на сифилис (однократно)
4. Исследование крови на ВИЧ-инфекцию (далее ВИЧ) у женщины и партнера (однократно)
5. Биохимическое исследование крови (билирубин, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, АлАТ, АсАТ)
6. Исследование крови на глюкозу (натощак) (однократно)
7. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В
8. Анализ мочи общий
Дополнительное обследование по показаниям:
 1. Определение титра неполных антител (далее титр АТ)
 2. Определение параметров КОС (КОС)
 3. Электролиты крови (калий, натрий, кальций, хлор)
 4. Д-димеры
 5. Спонтанный фибринолиз
 6. Антитромбин III
 7. Обследование на АФС (далее АФС)
 8. Исследование крови на глюкозу в 7⁰⁰ (натощак), 10⁰⁰, 13⁰⁰, 16⁰⁰

9. Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой/галактозой (75 г) у беременных (далее ГТТ-75)
10. Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой/галактозой у гинекологических пациенток (далее ГТТ)
11. Исследование маркеров вирусных гепатитов: антитела к поверхностному антигену вируса гепатита В (далее HBs), антитела к вирусу гепатита С (далее HCV)
12. Исследование крови на ВИЧ-инфекцию (далее ВИЧ)
13. Исследование крови на TORCH-инфекции методом ИФА (далее TORCH)
14. Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭ-сульфат, 17-ОП)
15. Исследование гормонов щитовидной железы: ТТГ, Т3, Т4, АТ/ТПО
16. Исследование кортизола
17. Бактериологическое исследование крови на флору и чувствительность к АБ
18. Бактериологическое исследование отделяемого молочной железы на флору и чувствительность к АБ
19. Липидограмма (общий холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП)
20. Иммунограмма
21. Анализ мочи на суточную потерю белка
22. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к АБ
23. Анализ мочи по Нечипоренко
24. Анализ мочи по Зимницкому
25. Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела
26. Анализ мочи на желчные пигменты, уробилин
27. Анализ мочи на глюкозу
28. Гистологическое исследование интраоперационно удаленного биологического материала (далее гистологическое исследование)
29. Бактериологическое исследование менструальной крови на МБТ

Блок Д – функционально-инструментальное обследование беременной

1. ЭКГ
2. УЗИ матки и плода
3. КТГ

Дополнительное обследование по показаниям:

1. Эхокардиография
2. Допплерометрия сосудов матки и плода
3. УЗИ молочных желез

4. УЗИ органов брюшной полости беременной
5. Амниоцентез
6. Биопсия ворсин хориона
7. Кольпоскопия простая и расширенная (далее кольпоскопия)

Блок Е – функционально-инструментальное обследование гинекологической пациентки

1. ЭКГ
 2. УЗИ органов малого таза
- Дополнительное обследование по показаниям:
1. Тесты функциональной диагностики
 2. Кольпоскопия простая и расширенная (далее кольпоскопия)
 3. Вульвоскопия
 4. Прицельная биопсия шейки матки/вульвы с гистологическим исследованием забранного материала (далее биопсия шейки матки/вульвы)
 5. Пункция брюшной полости через задний влагалищный свод (далее кульдоцентез)
 6. Аспирационная биопсия из полости матки
 7. РДВ полости матки и цервикального канала (далее РДВ)
 8. Гистероскопия
 9. Маммография
 10. Флюорография
 11. МСГ
 12. КТ гипоталамо-гипофизарной области
 13. УЗИ молочных желез
 14. УЗИ фолликулогенеза
 15. УЗИ щитовидной железы
 16. Остеоденситометрия

КРАТНОСТЬ обследований условно обозначается:

1. Однократно – 1 раз
2. Однократно при поступлении в стационар – 1 раз при поступлении в стационар
3. Ежедневно – 1 раз в день
4. По показаниям – выполняется необходимое количество раз в зависимости от конкретной клинической ситуации
5. Кратность выполняемых обследований в зависимости от временных промежутков между ними выражается дробью «X/Y»: где «X» – количество раз, а «Y» – интервал между обследованиями, выраженный в днях (например, 1/3 – 1 раз в 3 дня, 1/3-5 – 1 раз в 3-5 дней, 1/7 – 1 раз в 7 дней и т.д.)

Раздел 2

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1. ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Общие замечания к фармакотерапии во время беременности:

- во время первого триместра беременности следует по возможности избегать применения любых лекарственных средств;
- применение лекарственных средств в первый триместр беременности (период органогенеза) сопряжено с особым риском развития тератогенных эффектов. Лечение лекарственными средствами во втором и третьем триместрах обычно не приводит к порокам развития плода, но может осложниться нарушениями функций органов, психического и физического статуса новорожденного;
- применение лекарственных средств «с осторожностью» или применение «возможно только после тщательной оценки ожидаемой пользы терапии для матери и потенциального риска для плода» означает, что:
 - их использования по возможности надо избегать;
 - при необходимости назначения следует принять меры по снижению риска;
 - использовать только в низких дозах и/или короткими курсами.

Лекарственные средства (ЛС) представлены в виде международного непатентованного названия (МНН) или действующего вещества, в единичных случаях использованы оригинальные названия. Они разделены на клинико-фармакологические группы по симптоматическому и посиндромному принципам и представлены в таблице 1.

Клинико-фармакологические группы ЛС представляют собой перечень базовой терапии. Другие ЛС применяются при наличии в инструкции производителя, утвержденной в РБ, показаний для лечения данной патологии и отсутствии противопоказаний к их использованию во время беременности.

Таблица 1

Клинико-фармакологические группы лекарственных средств

| Группа | Название группы | Лекарственные средства (МНН/действующее вещество) |
|--------|---------------------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 |
| 1. | Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона | Бусерелин Гозерелин |

| 1 | 2 | 3 |
|----|---|--|
| | | Лейпрорелин Трипторелин |
| 2. | Антианемическая терапия | Железа сульфат Железа сульфат + фолиевая кислота Железа сульфат + аскорбиновая кислота |
| 3. | Антибиотикопрофилактика | Полусинтетические пенициллины (ампициллин, амоксициллин, оксациллин) Цефалоспорины II поколения (цефокситин, цефотетан, цефуроксим, для приема внутрь цефаклор и цефуросимаксетил) |
| 4. | Антибиотикотерапия бессимптомной бактериурии в акушерстве | Защищенные пенициллины (амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам, пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат, цефоперазон/сульбактам) Цефалоспорины II поколения (цефокситин, цефотетан, цефуроксим, для приема внутрь цефаклор и цефуросимаксетил) Цефалоспорины III поколения (цефоперазон, цефотаксим, цефтазидим, цефтриаксон, для приема внутрь цефиксим) Нитрофураны (нитрофурантоин) |
| 5. | Антибиотикотерапия в акушерстве | Защищенные пенициллины (амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам, пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат, цефоперазон/сульбактам) Макролиды (азитромицин, джозамицин, эритромицин) Метронидазол Полусинтетические пенициллины (ампициллин, амоксициллин, оксациллин) Цефалоспорины II поколения (цефокситин, цефотетан, цефуроксим, для приема внутрь цефаклор и цефуросимаксетил) Цефалоспорины III поколения (цефоперазон, цефотаксим, цефтазидим, цефтриаксон, для приема внутрь цефиксим) |

| 1 | 2 | 3 |
|-----|---|--|
| 6. | Антибиотикотерапия ВЗОМТ | Аминогликозиды (амикацин, гентамицин, канамицин, тобрамицин) Карбапенемы (имипенем, меропенем) Линкозамиды (клиндамицин) Нитроимидазолы (метронидазол, орнидазол, секнидазол, тинидазол) Тетрациклины (доксциклин) Фторхинолоны (лемефлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлоксацин, левофлоксацин) Цефалоспорины III поколения (цефоперазон, цефотаксим, цефтазидим, цефтриаксон, для приема внутрь цефиксим) Цефалоспорины IV поколения (цефепим) |
| 7. | Антибиотикотерапия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве | Защищенные пенициллины (амоксциллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам, пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат, цефоперазон/сульбактам) Макролиды (азитромицин, джозамицин, эритромицин) Полусинтетические пенициллины (ампициллин, амоксициллин, оксациллин) Фосфомицин Цефалоспорины III поколения (цефоперазон, цефотаксим, цефтазидим, цефтриаксон, для приема внутрь цефиксим) |
| 8. | Антибиотикотерапия ИППП в акушерстве (внутриклеточные возбудители) | Макролиды: Азитромицин Джозамицин Эритромицин |
| 9. | Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (внутриклеточные возбудители) | Макролиды (азитромицин, джозамицин, эритромицин) Тетрациклины (доксциклин) Фторхинолоны (лемефлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлоксацин, левофлоксацин) |
| 10. | Антигестагенные ЛС | Мифепристон |
| 11. | Антикоагулянты непрямого действия | Варфарин Синкумар |
| 12. | Антикоагулянты* | Гепарин натрия Далтепарин натрия Надропарин натрия |
| 13. | Антиферментные ЛС | Апротинин Овомин |
| 14. | Венотонизирующие ЛС | Диосмин + геспередин |

| 1 | 2 | 3 |
|-----|--|--|
| | | Троксерутин |
| 15. | Венотонизирующие ЛС для местного использования | Гинкго билоба Троксерутин |
| 16. | Гепатопротекторы | Метионин Сухой (водный) экстракт листьев артишока полевого |
| 17. | Гипотензивная терапия (ЛС для внутривенного введения) | Гексаметонийбензосульфонат Клонидин Магния сульфат |
| 18. | Гипотензивная терапия в акушерстве (ЛС для приема внутрь) | Амлодипин Атенолол Метопролол Нифедипин |
| 19. | Глюкокортикоиды | Дексаметазон Метилпреднизолон Преднизолон |
| 20. | Десенсибилизирующая терапия в акушерстве | Дифенгидрамин Хлоропирамин |
| 21. | Иммуномодулирующая терапия в акушерстве | Иммуноглобулин человека нормальный Интерферон альфа |
| 22. | Иммуномодулирующая терапия в гинекологии | Арбидол Иммуноглобулин человека нормальный Интерферон альфа Меглюминаакридонатацетат Эхинацея |
| 23. | Ингибиторы фибринолиза | Аминокапроновая кислота Транексамовая кислота |
| 24. | Индукция родов при целом плодном пузыре и аборта | 1.Индукция родов Одно/двухбаллонные интрацервикальные расширители Диноппростон Ламинарии 2.Медикаментозный аборт Мизопростол |
| 25. | Инфузионная терапия | Коллоидные растворы (реополиглюкин, неоглюман) Декстраны (растворы крахмала 6%, 10%) Кристаллоидные растворы (раствор натрия хлорида 0,9%, раствор Рингера-Локка, лактосол, ацесоль, растворы глюкозы 5%, 10%) |
| 26. | Коррекция реологических свойств крови | Ацетилсалициловая кислота Декстраны |
| 27. | Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений | 3 % раствор перекиси водорода Аскорбиновая кислота Бутоконазол |

| 1 | 2 | 3 |
|-----|---|---|
| | влагалища и шейки матки | Изоконазол Клотримазол Мирамистин Натамицин Нитрофура Повидон-йод Хлоргексидин Цинка сульфат |
| 28. | Метаболическая терапия | Витамин Е (растительного происхождения) Метионин Фолиевая кислота |
| 29. | Микронутриентная терапия | Калия оротат Остеогенон Поливитамино-минеральные комплексы Препараты кальция и витамина Д Препараты магния и витамина В ₆ |
| 30. | Натуральные гестагены и их аналоги | Прогестерон масляный раствор Прогестерон микронизированный Дидрогестерон |
| 31. | Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии | Ацеклофенак Ацетилсалициловая кислота Диклофенак Ибупрофен Индометацин Ацетаминофен |
| 32. | Обезболивание | Комбинированное ЛС с фиксированными дозами (баралгетас) Метамизол натрия Тримеперидина гидрохлорид |
| 33. | Обработка кожи и слизистых оболочек | Диоксидин Комбинированное ЛС с фиксированными дозами (левомеколь) Перекись водорода Перманганат калия Повидон-йод Хлоргексидин |
| 34. | Подавление лактации | Бромокриптин Каберголин |
| 35. | Пребиотическая терапия | Олигосахариды (лактозула) и пищевые волокна |
| 36. | Повышение репаративных свойств эпителия | Декспантенол Цинка гиалуронат |
| 37. | Пробиотическая терапия | Лекарственные средства, содержащие культуры бактерий (бифидобактерии, колибактерии, лактобактерии, <i>Bacillus cereus</i> , <i>Bacillus subtilis</i> , <i>Saccharomyces boulardii</i>) или продукты жизнедеятельности бактерий |

| 1 | 2 | 3 |
|-----|--|---|
| 38. | Противовирусная терапия | Арбидол Ацикловир Валацикловир Инозин пранобекс |
| 39. | Противокандидозная терапия | Итраконазол Кетоконазол Флуконазол |
| 40. | Противорвотная терапия | Метоклопрамид Тиэтилперазин |
| 41. | Профилактика РДС плода и новорожденного (при успешном токолизе преждевременных родов или досрочном родоразрешении) | Бетаметазон Дексаметазон |
| 42. | Седативная терапия растительными препаратами | Настойка валерианы Настойка пиона Настойка пустырника Травяные чаи (сборы успокоительные) Экстракт валерианы |
| 43. | Синтетические гестагены (в том числе в составе КОК, препаратов для ЗГТ) | Гестоден Дезогестрел Диенгест Дроспиренон Левоноргестрел Норгестимат Ципратерона ацетат |
| 44. | Синтетические гестагены (монопрепараты) | Дезогестрел Линестренол Норэтистерон |
| 45. | Спазмолитическая терапия | Бендазол Дротаверин Комбинированное ЛС с фиксированными дозами (баралгетас) Папаверин |
| 46. | Стимуляция лактации | Апилак Окситоцин |
| 47. | Стимуляция моторики кишечника | Неостигмин |
| 48. | Стимуляция овуляции | Кломифен Рекомбинантный фолликулостимулирующий гормон Человеческий хорионический гонадотропин Рекомбинантный человеческий хорионический гонадотропин |
| 49. | Терапия нестероидными | Диклофенак |

| 1 | 2 | 3 |
|-----|---|--|
| | противовоспалительными средствами в акушерстве | Индометацин Парацетамол |
| 50. | Терапия, направленная на улучшение функции плаценты | Аскорбиновая кислота Депротеинизированный гемодериват из крови молочных телят Сухой (водный) экстракт свежих листьев артишока полевого Эссенциале Н |
| 51. | Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток | Пентоксифиллин |
| 52. | Токолиз β_2 -адреномиметиками | Гексопреналин |
| 53. | Токолиз магния сульфатом | Сульфата магния 25% раствор |
| 54. | Трансфузионная терапия | Альбумин Свежезамороженная плазма Тромбоцитарная масса Эритроцитарная масса |
| 55. | Утеротонические средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции | Динопростон Окситоцин |
| 56. | Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений | Метилэргометрин Окситоцин |
| 57. | Фитоадаптогены | Настойка женьшеня Настойка элеутерококка |
| 58. | Фитотерапия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве | Канефрон Н Настой листьев брусничника Настой листьев толокнянки Настой плодов шиповника Почечный чай |
| 59. | Эстрогены (в том числе в составе КОК, препаратов для ЗГТ) | Эстрадиол/этинилэстрадиол Эстриол |
| 60. | Симптоматическая гемостатическая терапия | Этамзилат Викасол Аскорутин |
| 61. | Иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] | Иммуноглобулин человека антирезус Rho[D] |

Группа №1. Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона

- 1) Бусерелин 0,2% раствор 17,5 мл – по одному впрыскиванию в каждый носовой ход 3-4 раза/сут с интервалом 6-8 часов в первый или второй день менструации.
- 2) Гозерелин 3,6 мг п/к в переднюю брюшную стенку каждые 28 дней. Курс не более 6 месяцев.
- 3) Лейпрорелин 3,75 мг п/к или в/м каждые 28 дней. Курс не более 6 месяцев.
- 4) Трипторелин 4,12 мг п/к в переднюю брюшную стенку каждые 28 дней. Курс не более 6 месяцев.

Группа №2. Антианемическая терапия

- 1) Железа сульфат, железа сульфат + фолиевая кислота, железа сульфат + аскорбиновая кислота – средняя суточная доза 100±20 мг двухвалентного элементарного железа внутрь в 1-2 приема. Курс лечения 4-5 недель. Поддерживающая терапия 1-3 месяца после нормализации гемоглобина в общем анализе крови. Применение до окончания беременности и в период лактации по показаниям.

Группа №3. Антибиотикопрофилактика*

- 1) Полусинтетические пенициллины (ампициллин, амоксициллин, оксациллин)
 - 2) Цефалоспорины II (цефокситин, цефотетан, цефуроксим, для приема внутрь цефаклор и цефуросимаксетил) поколения
- *дозировки и кратность введения антибактериальных препаратов определяются в соответствии с инструкциями производителей.

Группа №4. Антибиотикотерапия бессимптомной бактериурии в акушерстве

- 1) Защищенные пенициллины (амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам, пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат, цефоперазон/сульбактам)
- 2) Цефалоспорины II (цефокситин, цефотетан, цефуроксим, для приема внутрь цефаклор и цефуросимаксетил)-III (цефоперазон, цефотаксим, цефтазидим, цефтриаксон, для приема внутрь цефиксим) поколения
- 3) Нитрофураны (нитрофурантоин)

Группа №5. Антибиотикотерапия в акушерстве

- 1) Защищенные пенициллины (амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам, пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат, цефоперазон/сульбактам)

2) Метронидазол – разрешен к применению внутрь во втором триместре беременности, запрещен к применению внутрь в первом, третьем триместрах беременности и в период лактации

3) Полусинтетические пенициллины (ампициллин, амоксициллин, оксациллин)

4) Цефалоспорины II (цефокситин, цефотетан, цефуроксим, для приема внутрь цефаклор и цефуроксимаксетил)-III (цефоперазон, цефотаксим, цефтазидим, цефтриаксон, для приема внутрь цефиксим) поколения.

Группа №6. Антибиотикотерапия ВЗОМТ

1) Аминогликозиды (амикацин, гентамицин, канамицин, тобрамицин)

2) Карбапенемы (имипенем, меропенем)

3) Линкозамиды (клиндамицин)

4) Нитроимидазолы (метронидазол, орнидазол, секнидазол, тинидазол)

5) Тетрациклины (доксциклин)

6) Фторхинолоны (лемефлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, цiproфлоксацин, левофлоксацин)

7) Цефалоспорины III (цефоперазон, цефотаксим, цефтазидим, цефтриаксон, для приема внутрь цефиксим)-IV (цефепим) поколений

Группа №7. Антибиотикотерапия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве

1) Защищенные пенициллины (амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам, ампициллин/сульбактам, пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат, цефоперазон/сульбактам)

2) Макролиды (азитромицин, джозамицин, эритромицин)

3) Полусинтетические пенициллины (ампициллин, амоксициллин, оксациллин)

4) Фосфомицин

5) Цефалоспорины II (цефокситин, цефотетан, цефуроксим, для приема внутрь цефаклор и цефуроксимаксетил) - III (цефоперазон, цефотаксим, цефтазидим, цефтриаксон, для приема внутрь цефиксим) поколения

Группа №8 Антибиотикотерапия ИППП в акушерстве (внутриклеточные возбудители)

1) Азитромицин 500 мг внутрь 1 г однократно.

2) Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза/сут. Курс – 10-14 дней.

- 3) Эритромицин 500 мг внутрь 3 раза/сут. Курс – 10 дней.

**Группа №9 Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии
(внутриклеточные возбудители)**

- 1) Макролиды (азитромицин, джозамицин, эритромицин)
- 2) Тетрациклины (доксициклин)
- 3) Фторхинолоны (лемефлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин)

Группа №10. Антигестагенные ЛС (лекарственные средства)

- 1) Мифепристон 200 мг по 3 таблетки однократно 1-2 дня или по 25 мг (1/8 таблетки) 2 раза/сут в течение 4 дней или 50 мг (1/4 таблетки) 3 раза/сут в течение 4 дней или 50-100 мг (1/4-1/2 таблетки) 1 раза/сут в течение 7 дней.

Группа №11. Антикоагулянты непрямого действия

- 1) Варфарин 2,5 мг внутрь. Доза подбирается индивидуально.
- 2) Синкумар 0,004 г или 0,002 г внутрь. Доза подбирается индивидуально.

Группа №12. Антикоагулянты*

- 1) Гепарин натрия 10000 ЕД/мл флаконы по 1 и 4 мл, 5000 ЕД/мл флакон 5 мл. Доза подбирается индивидуально.
- 2) Далтепарин натрия 10000 МЕ ампулы по 1 мл. Доза подбирается индивидуально.
- 3) Надропарин натрия – раствор для инъекций шприц – 2850 МЕ/0,3 мл, 5700 МЕ/0,6 мл, 7500 МЕ/0,8 мл, 9500 МЕ/1 мл. Доза подбирается индивидуально.

* прямого действия, применяемые у беременных

Группа №13. Антиферментные ЛС

- 1) Апротинин 1000000 ЕД флакон 5 мл и 100000 Ед ампула 1 мл. Вводится в/в, начальная доза 500000 ЕД, затем каждый час по 50000 ЕД. Противопоказан для применения в первом триместре беременности.
- 2) Овомин 120 000 АТЕ в/в струйно с последующим введением по 60 000 АТЕ через 6 часов под контролем гемостазиограммы.

Группа №14. Венотонизирующие ЛС

- 1) Диосмин 450 мг + гесперидин 50 мг внутрь по 1 таблетке 2 раза/сут.
- 2) Троксерутин 300 мг или 500 мг внутрь по 1 капсуле или таблетке 2 раза/сут. Курс лечения 2-4 недели.

Группа №15. Венотонизирующие ЛС для местного использования

- 1) Троксерутин 2% гидрофильный гель наносится 2 раза/сут.
- 2) Гинкго билоба + троксерутин гидрофильный гель наносится 2 раза/сут.

Группа №16. Гепатопротекторы

- 1) Сухой (водный) экстракт листьев артишока полевого 200 мг внутрь по 2-3 таблетки 3 раза/сут перед едой. Курс лечения 2-3 недели.
- 2) Метионин 0,25 г внутрь по 2 таблетки 3-4 раза/сут. Принимают за ½-1 час до еды. Курс лечения 10-30 дней.

Группа №17. Гипотензивная терапия (ЛС для внутривенного введения)

- 1) Гексаметоний бензосульфонат 2,5% раствор 0,5-1 мл в/м или в/в.
- 2) Клонидин 0,01% раствор 0,5-1 мл в/в (медленно) или в/м.
- 3) Магния сульфат 25% раствор 20-40 мл в/в (под контролем АД, уровня Mg в сыворотке крови и коленных рефлексов).

Группа №18. Гипотензивная терапия в акушерстве (ЛС для приема внутрь)

- 1) Метилдопа 500 мг внутрь 1-6 раз/сут.
- 2) Метопролола тартрат (25 мг, 50 мг, 100 мг – таблетки), по 100 мг внутрь 1-2 раза/сут. За 48-72 часа до родов отмена препарата.
- 3) Атенолол 25 мг внутрь по 1-4 таблетки 1 раз/сут. В течение короткого периода времени в третьем триместре беременности.
- 4) Нифедипин (10 мг, 20 мг – таблетки) внутрь по 1-2 таблетки 1-2 раза/сут.
- 5) Амлодипин (5 мг, 10 мг – таблетки) внутрь по ½-1 таблетки 1-2 раза/сут.

Группа №19. Глюкокортикоиды

- 1) Дексаметазон 500 мкг внутрь ½-1 табл/сут. Коррекция дозы каждые 1,5-2 месяца по уровню ДГЭА-С в крови. Курс – индивидуальный.
- 2) Метилпреднизолон 4 мг внутрь по ½-1 табл/сут. Коррекция дозы каждые 1,5-2 месяца по уровню ДГЭА-С в крови. Курс – индивидуальный.
- 3) Преднизолон 5 мг внутрь по 1 табл/сут. Коррекция дозы каждые 1,5-2 месяца по уровню ДГЭА-С в крови. Курс – индивидуальный.

Группа №20. Десенсибилизирующая терапия в акушерстве

1) Дифенгидрамин 1% раствор 1,0 мл в/м или в/в, дифенгидрамина гидрохлорид 50 мг внутрь 1-3 раза/сут. Курс 10-15 дней. Противопоказан в первом триместре беременности, в период лактации и у новорожденных.

2) Хлоропирамин 2% раствор 1 мл в/м 1-2 раза/сут; хлоропирамин 25 мг внутрь 2-3 раза/сут. Курс 10-15 дней.

1% мазь хлоропирамина на пораженные участки кожи тонким слоем 2-3 раза/сут. Курс 10-15 дней.

Группа №21. Иммуномодулирующая терапия в акушерстве

1) Иммуноглобулин человека нормальный 2-8 мл/кг массы тела в/в капельно (30-40 капель/мин) 1 раз/месяц или в дозе 25 мл в/в капельно через день, на один курс 3 введения. Противопоказан в первом триместре беременности.

2) Интерферон альфа 150000 МЕ и 500000 МЕ в составе препаратов для вагинального и ректального введения (суппозитории). Противопоказан в первом триместре беременности.

Группа №22. Иммуномодулирующая терапия в гинекологии

1) Меглюмина акридонат 125 мг/мл ампулы по 2 мл в/м или в/в по базовой схеме: через день, продолжительность курса лечения индивидуальная.

2) Арбидол 100 мг внутрь по 1 таблетке 2 раза/сут. Курс лечебный – 5-7 дней, затем по 200 мг/сут 2 раза в неделю в течение 4 недель. Курс профилактический – 12-14 дней.

3) Иммуноглобулин человека нормальный 0,5-12 г (флаконы с лиофилизированным порошком) в/м или в/в. Доза и курс лечения – индивидуально.

4) Интерферон альфа 150000-1000000 МЕ в составе препаратов для вагинального и ректального введения (суппозитории). Курс – 5-10 дней, повторные курсы по показаниям.

5) Инозин пранобекс 500 мг внутрь по 1 таблетке 3-4 раза/сут. Курс 5-14 дней, возможны повторные курсы.

6) Эхинацея в составе иммуномодуляторов растительного происхождения (таблетки, сиропы). Курс и дозы – индивидуальные.

Группа №23. Ингибиторы фибринолиза

1) Аминокапроновая кислота 5% раствор 1 литр, вводится в/в капельно из расчета 1мл/кг массы тела.

2) Транексамовая кислота разовая доза для приема внутрь 1-1,5 г, кратность применения 2-4 раза/сут, длительность лечения 3-15 дней; разовая доза для внутривенного введения 10-15 мг/кг, при необходимости повторного применения интервал между каждым введением должен составлять 6-8 часов.

Группа №24. Индукция родов при целом плодном пузыре и аборте

1. Индукция родов

- 1) Динопростон 1 мг интравагинально через 6 часов, но не более трех введений в течение суток.
- 2) Ламинарии интрацервикально (до 6 палочек), повторно через 16 часов, в большем количестве.
- 3) Одно/двухбаллонные интрацервикальные расширители, повторное введение через 12 часов.

Достижимый результат: шейка матки центрирована, мягкая, длиной 1,5 см и менее, диаметр цервикального канала 2 см и более. При этих условиях производится амниотомия.

Через 1,5-2 часа после амниотомии при отсутствии регулярной родовой деятельности родовозбуждение: динопростон 0,75 мг + натрия хлорида 0,9% раствор 500 мл в/в капельно с 8 капель/мин, увеличивая каждые 5-10 минут на 8 капель, но не более 40 капель/мин под контролем состояния плода.

После завершения введения динопростона – по показаниям окситоцин 5 ЕД + натрия хлорида 0,9% раствор 500 мл в/в капельно с 8 капель/мин, увеличивая каждые 5-10 минут на 8 капель, но не более 40 капель/мин или одновременное введение динопростона и окситоцина в половинных дозах (2,5 ЕД окситоцина + 0,375 мг динопростона).

При использовании линеоматов/дозаторов скорость инфузии рассчитать по действующему веществу: динопростон 0,75мг + натрия хлорида 0,9% раствор 20 мл – скорость инфузии от 0,3 мл/час до 4 мл/час; окситоцин 5 ЕД + натрия хлорида 0,9% раствор 20 мл – скорость инфузии от 0,125 мл/час до 6,4 мл/час.

2. Медикаментозный аборт

- 1) Мизопростол 200 мкг (таблетки). Курсовая доза – 600-800 мкг (см. инструкцию МЗ РБ).

Группа №25. Инфузионная терапия

- 1) Декстраны: реополиглюкин, неоглюман.
- 2) Коллоидные растворы: растворы крахмала 6%, 10%.

3) Кристаллоидные растворы: раствор натрия хлорида 0,9%, раствор Рингера-Локка, лактосол, ацесоль, растворы глюкозы 5%, 10%, 20% и 40%.

Группа №26. Коррекция реологических свойств крови

- 1) Ацетилсалициловая кислота 0,025 г внутрь из расчета 1 мг/кг массы тела. Курс 30 дней.
- 2) Декстран 400 мл в/в капельно однократно.

Группа №27. Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки

- 1) 3 % раствор перекиси водорода
- 2) Аскорбиновая кислота
- 3) Бутоконазол
- 4) Изоконазол
- 5) Клотримазол (противопоказан в первом триместре беременности и при вскрывшихся плодных оболочках)
- 6) Метронидазол (противопоказан в первом триместре беременности)
- 7) Мирамистин
- 8) Натамицин
- 9) Нитрофурал
- 10) Повидон-йод (противопоказан во втором и третьем триместрах беременности)
- 11) Хлоргексидин
- 12) Цинка сульфат

Группа №28. Метаболическая терапия

- 1) Витамин Е (натуральный) 200 мг внутрь 1-2 раза/сут. Курс 10-14 дней.
- 2) Метионин 0,5 г внутрь 3 раза/сут. Курс 10-14 дней.
- 3) Фолиевая кислота 1 мг внутрь (по 1 таблетке 1 раз/сут.) Курс 10-14 дней.

Группа №29. Микронутриентная терапия

- 1) Калия оротат 0,5 г внутрь 3 раза/сут. Курс 14 дней.
- 2) Магний + витамин В₆ по 2 таблетки (300 мг/сут в перерасчете на магний) внутрь во время еды 3 раза/сут. Курс 1 месяц, повторные курсы – по показаниям.
- 3) Остеогенон 830 мг внутрь 1-2 раза/сут. Курс 1 месяц, повторные курсы – по показаниям.

- 4) Поливитаминно-минеральные комплексы (для беременных). Курс 1 месяц, повторные курсы – по показаниям.
- 5) Кальций + витамин Д. Курс 1 месяц, повторные курсы – по показаниям.

Группа №30. Натуральные гестагены и их аналоги

- 1) Прогестерон 1% и 2,5% масляный раствор 1мл в/м 1-2 раза/сут с 17 по 26 день менструального цикла для поддержки функции желтого тела, до 12 недель беременности при угрозе выкидыша. По показаниям возможно применение до 18 недель беременности.
- 2) Прогестерон микронизированный 100 мг по 1 капсуле перорально/интравагинально 2-3 раза/сут с 17 по 26 день менструального цикла для поддержки функции желтого тела. В случаях угрозы аборта или в целях профилактики привычных аборт, возникающих на фоне недостаточности прогестерона, назначают перорально/интравагинально по 200-400 мг ежедневно в 2 приема (утром и вечером) в I и II триместрах.
- 3) Дидрогестерон 10 мг внутрь от 1 до 4 таблеток в сутки в зависимости от патологии у гинекологических пациенток, курс лечения до 2-4 месяцев. При угрожающем аборте применяют 40 мг дидрогестерона в виде стартовой дозы 1 раз, затем – по 10 мг через 8 часов до исчезновения симптомов. После этого дозировку постепенно снижают. Однако при возобновлении признаков угрожающего аборта возможно снова увеличить дозу. Можно применять до 20 недели беременности. При привычном невынашивании терапию начинают при планировании беременности: по 10 мг внутрь 2 раза/сут с 11-го по 25-й день менструального цикла. Если зачатие произошло – проводят терапию в той же дозе постоянно, с 20 недели беременности дозу постепенно уменьшают.

Группа №31. Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии

- 1) Ацеклофенак 100 мг внутрь 2 раза/сут. Курс – индивидуальный.
- 2) Ацетилсалициловая кислота 0,25 внутрь по 1-2 таблетки 2-4 раза/сут. Курс – индивидуальный.
- 3) Диклофенак 25 мг, 50 мг (таблетки) дозировка индивидуальная; 2,5% раствор для инъекций 3 мл в/м 1-2 раза/сут; суппозитории ректальные 50, 100 мг 1-2 раза/сут. Курс – 10-14 дней.
- 4) Ибупрофен 200 мг внутрь по 1-2 таблетки 2-4 раза/сут. Курс – индивидуальный.

- 5) Индометацин 25 мг внутрь 2 раза/сут; свечи ректальные по 0,05г и 0,1 г 2 раза/сут. Курс – 10-14 дней.
- 6) Ацетаминофен 500 мг внутрь до 4 раз/сут; суппозитории вагинальные 250 мг 2 раза/сут; суппозитории ректальные 50, 100, 250, 500 мг 2-4 раза/сут. Курс – индивидуальный.

Группа №32. Обезболивание

- 1) Комбинированное ЛС с фиксированными дозами (баралгетас) 5,0 в/в* при необходимости повторно с интервалом 6-8 часов.
- 2) Метамизол натрия 50% раствор 1 мл в/в* по 1-2 мл при необходимости повторно с интервалом 4-6 часов.
- 3) Тримеперидин 2% раствор 1 мл в/в.

*допускается внутримышечное введение

Учитывая потенцирующий эффект лекарственных средств, рекомендуется для обезболивания роженицы внутривенное введение комбинации препаратов: тримеперидин 2% раствор 1 мл + папаверина гидрохлорида 2% раствор 2-4 мл + атропина сульфата 0,1% раствор 1 мл + диазепам 0,5% раствор 2 мл.

Группа №33. Обработка кожи и слизистых оболочек

- 1) Диоксидин 1% раствор
- 2) Комбинированное ЛС с фиксированными дозами (левомеколь)
- 3) Перекись водорода 3% р-р
- 4) Перманганат калия 5% раствор
- 5) Повидон-йод 1% раствор
- 6) Хлоргексидин 1% раствор

Группа №34. Подавление лактации

- 1) Бромокриптин 2,5 мг внутрь по 1 таблетке/сут. Курс – 7-10 дней.
- 2) Каберголин 500 мкг внутрь по 1/2 таблетки каждые 12 часов в течение 2 суток.

Группа №35. Пребиотическая терапия

- 1) Олигосахариды (лактоулоза) и пищевые волокна.

Группа №36. Повышение репаративных свойств эпителия

- 1) Декспантенол наносится на пораженные участки 3 раза/сут.
- 2) Цинка гиалуронат наносится на пораженные участки 2 раза/сут.

Группа №37. Пробиотическая терапия

Лекарственные средства, содержащие культуры бактерий (бифидобактерии, колибактерии, лактобактерии, *Bacillus cereus*, *Bacillus subtilis*, *Saccharomyces boulardii*) или продукты жизнедеятельности бактерий.

Группа №38. Противовирусная терапия

1) Арбидол 100 мг внутрь по 1 таблетке 2 раза/сут. Курс лечебный – 5-7 дней, затем по 200 мг/сут 2 раза в неделю в течение 4 недель. Курс профилактический – 12-14 дней. Противопоказан во время беременности и лактации.

2) Ацикловир 200-800 мг (таблетки, капсулы) по 200 мг внутрь 5 раз/сут. Курс – 5-10 дней. Супрессивная терапия ацикловир по 400 мг внутрь 2 раза/сут под контролем эффективности. Возможно применение у беременных по показаниям после 32 недель курсами 5-10 дней или в варианте супрессивной терапии с 36 недель беременности до родов.

Ацикловир 5% мазь для кожных поражений, возможно использование в любом сроке беременности.

3) Валацикловир 500 мг внутрь по 1 таблетке 2 раза/сут. Курс – 5-10 дней. Супрессивная терапия валацикловир по 500 мг внутрь 1 раза/сут под контролем эффективности. Возможно применение у беременных по показаниям после 32 недель курсами или в варианте супрессивной терапии с 36 недель беременности до родов.

Валацикловир крем для нанесения на кожу до 5 раз/сут. Возможно использование в любом сроке беременности.

Инозин пранобекс (из расчета 50 мг/кг массы тела в сутки) 500 мг внутрь по 1 таблетке 3-4 раза/сут. Курс – 5-14 дней может быть продлен до 2-3 недель и более или повторяться с интервалом 1-2 недели. Супрессивная терапия – инозин пранобекс 500 мг внутрь по 2 таблетки 1 раз/сут до 6 месяцев и больше. Противопоказан во время беременности и лактации.

4) Фамцикловир 125 мг, 250 мг (таблетки) по 500 мг внутрь 3 раза/сут. Курс – 7 дней. Противопоказан во время беременности и лактации.

5) Фоскавир 2,4% раствор флаконы по 250 и 500 мл, начальная доза 60 мг/кг в/в 3 раза/сут. Курс – 2-3 недели. Противопоказан во время беременности и лактации.

Группа №39. Противокандидозная терапия

1) Флуконазол (противопоказан при беременности и лактации).

2) Итраконазол (противопоказан при беременности и лактации).

3) Кетоконазол (противопоказан при беременности и лактации).

Группа №40. Противорвотная терапия

- 1) Метоклопрамид 10 мг внутрь 1-3 раза/сут. Курс – 5-7 дней.
- 2) Тиэтилперазин 6,5 мг ректально по 1 суппозиторию 1-3 раза/сут. Курс – 5-7 дней.

Группа №41. Профилактика РДС плода и новорожденного (при успешном токолизе преждевременных родов или досрочном родоразрешении)

- 1) Бетаметазон 12 мг в/м 2 инъекции, интервал введения 12 часов, курсовая доза — 24 мг.
- 2) Дексаметазон 4 мг в/м 6 инъекций, интервал введения 6 часов, курсовая доза — 20 мг.
- 3) Дексаметазон 6 мг в/м 4 инъекции, интервал введения 12 ч, курсовая доза — 24 мг.
- 4) Дексаметазон 2 мг (4 таблетки по 500 мкг) внутрь 4 приёма в первый день (суточная доза 8 мг), 2 мг (4 таблетки по 500 мкг) внутрь 3 приёма во второй день (суточная доза 6 мг), по 2 мг (4 таблетки по 500 мкг) внутрь 2 приёма в третий день (суточная доза 4 мг).

*Схема профилактики выбирается в зависимости от предполагаемого времени завершения беременности и родов. Оптимальным является вариант, когда между последним приемом препарата и рождением плода проходит более 1 суток. Рождение плода на фоне введения глюкокортикоидов утяжеляет РДС.

Группа №42. Седативная терапия растительными препаратами

- 1) Настойка валерианы 10-30 капель 3 раза/сут. Курс – от 10 дней до 1 месяца.
- 2) Настойка пиона внутрь 10-20 капель 3 раза/сут. Курс – от 10 дней до 1 месяца.
- 3) Настойка пустырника 10-30 капель 3 раза/сут. Курс – от 10 дней до 1 месяца.
- 4) Травяные чаи (сборы успокоительные) 100 мл внутрь 1 раз/сут. Курс – от 10 дней до 1 месяца.
- 5) Экстракт валерианы 0,02 г внутрь по 1-2 таблетки 3 раза/сут. Курс – от 10 дней до 1 месяца.

Группа №43. Синтетические гестагены (в том числе в составе контрацептивов, препаратов для ЗГТ)

- 1) Гестоден

- 2) Дезогестрел
- 3) Диеногест
- 4) Дроспиренон
- 5) Левоноргестрел
- 6) Норгестимат
- 7) Ципротерона ацетат

Группа №44. Синтетические гестагены (монопрепараты)

- 1) Дезогестрел 0,075 мг 1 раз/сут ежедневно с целью контрацепции в период грудного вскармливания с 6-ой недели после родов. Курс – индивидуальный.
- 2) Линестренол 5 мг внутрь по 1 - 2 табл/сут в циклическом или непрерывном режиме в зависимости от патологии. Курс – 3-6 месяцев.
- 3) Норэтистерон 5 мг внутрь по 1 - 2 табл/сут в циклическом или непрерывном режиме в зависимости от патологии. Курс – 3-6 месяцев.

Группа №45. Спазмолитическая терапия

- 1) Бендазол 0,02 г внутрь по 1-2 таблетки 2-3 раза/сут. Курс – 10-14 дней. Бендазол 0,5% и 1% раствор (ампулы по 1; 2 и 5 мл) в/м или в/в. Доза и курс в зависимости от клинической ситуации.
- 2) Дротаверин 0,04 г внутрь по 1 таблетке 3 раза/сут; дротаверина гидрохлорид 2% раствор 2 мл в/м 1-2 раза/сут. Курс – 10-14 дней.
- 3) Комбинированное ЛС с фиксированными дозами (баралгин) по 1 таблетке 2 раза/сут. Курс – 10-14 дней. Баралгин 5 мл в/м 2 раза/сут. Курс – 10-14 дней.
- 4) Папаверин 0,04 г внутрь по 1 таблетке 3 раза/сут; папаверина гидрохлорид 2% раствор 2 мл в/м 1-2 раза/сут. Курс – 10-14 дней. Папаверина гидрохлорид 0,02 г ректально по 1 свече 1-2 раза/сут. Курс – 2-3 недели.

Группа №46. Стимуляция лактации

- 1) Окситоцин в виде дезаминокситоцина по 50 мг под язык 4 раза/сут. Курс 3 дня. По показаниям повторный курс.
- 2) Апилак 0,01 г внутрь по 1 таблетке 3 раза/сут. Курс – 10-15 дней.

Группа №47. Стимуляция моторики кишечника

- 1) Неостигмин 0,05% раствор 1 мл в/м 2 раза/сут, п/к 1-2 мг 1-2 раза/сут. Курс – индивидуальный.

Группа №48. Стимуляция овуляции

- 1) Кломифен 50 мг 1 раз/сут с 5-го по 9-ый день менструального цикла в течение 3-х последовательных менструальных циклов. Допускается увеличение дозы до 100 мг 1 раз/сут во втором цикле.
- 2) Рекомбинантный фолликулостимулирующий гормон 50, 100, 150, 200 МЕ (ампулы) по 50-100 МЕ 1 раз/сут в/м или п/к со 2-3 дня менструального цикла до достижения размера максимального фолликула 18 мм при ановуляторном бесплодии и 100-250 МЕ 1 раз/сут для индукции суперовуляции.
- 3) Человеческий хорионический гонадотропин 500, 1500, 5000 МЕ (ампулы) по 5000-10 000 МЕ 1 раз/сут в/м или п/к для индукции овуляции, по 1500-5000 МЕ 1 раз/сут в/м или п/к на 3-6-9 день после овуляции для стимуляции функции желтого тела.
- 4) Рекомбинантный человеческий хорионический гонадотропин 6500 МЕ в/м или п/к по 6500 МЕ 1 раз/сут для индукции овуляции.

Группа №49. Терапия нестероидными противовоспалительными средствами в акушерстве

- 1) Индометацин 25 мг внутрь 2 раза/сут; свечи ректальные по 0,05 г и 0,1 г 2 раза/сут. Курс – 10-14 дней. Противопоказан в первом и третьем триместре беременности.
- 2) Парацетамол 500 мг внутрь до 4 раз/сут; суппозитории вагинальные 250 мг 2 раза/сут; суппозитории ректальные 50, 100, 250, 500 мг 2-4 раза/сут. Курс – индивидуальный.

Группа №50. Терапия, направленная на улучшение функции плаценты

- 1) Аскорбиновая кислота 5% раствор 5 мл в/в 1 раз/сут.
- 2) Депротенинизированный гемодериват из крови молочных телят 200 мг (5 мл) + глюкозы 5% раствора 200 мл в/в медленно струйно/капельно 1 раз/сут. Курс 10-14 дней. Депротенинизированный гемодериват из крови молочных телят 200 мг внутрь 3 раза/сут. Курс – 28 дней.
- 3) Сухой (водный) экстракт листьев артишока полевого 200 мг внутрь по 2-3 таблетки 3 раза в сутки.
- 4) Эссенциале Н 1 мл в/в струйно 2-3 раза/сут, курс – 14 суток; эссенциале форте Н 300 мг внутрь по 2 капсулы 2-3 раза/сут во время еды.

Группа №51. Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток

- 1) Пентоксифиллин 0,1 г в/в 1 раз/сут; пентоксифиллин 0,1 г внутрь 3 раза/сут. Курс – 10-14 дней.

Группа №52. Токолиз β_2 -адреномиметиками*

- 1) Гексопреналин 25 мкг + натрия хлорида 0,9% раствор 500 мл или глюкозы 5% раствор 500 мл в/в капельно, начиная с 20 капель/мин, постепенно увеличивая до 40 капель/мин.

*верапамил 40 мг внутрь однократно перед началом токолиза.

Группа №53. Токолиз магния сульфатом*

- 1) Магния сульфат 25% раствор 16 мл или 10% раствор 40 мл (4 г сухого вещества) вводят в/в медленно в течение 10-20 минут (вводная доза), затем 20 г магния сульфата 10% раствор + натрия хлорида 0,9% раствор 1000 мл вводят в/в капельно со скоростью 2 г/час (100 мл/ч) в течение 12-24 часов (поддерживающая доза). Суточная доза – 24 г сухого вещества.

* магния сульфат используют при наличии противопоказаний к применению β -адреномиметиков или при наличии показаний к применению магнезии.

Группа №54. Трансфузионная терапия

- 1) Альбумин
- 2) Свежезамороженная плазма
- 3) Тромбоцитарная масса
- 4) Эритроцитарная масса

Группа №55. Утеротонические средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции*

- 1) Динопростон при несглаженной шейке матки - 0,75 мг + натрия хлорида 0,9% раствор 500 мл в/в капельно с 8 капель/мин, увеличивая каждые 5-10 минут на 8 капель, но не более 40 капель/мин.
- 2) Окситоцин при сглаженной шейке матки - 5 ЕД + натрия хлорида 0,9% раствор 500 мл в/в капельно с 8 капель/мин, увеличивая каждые 5-10 минут на 8 капель, но не более 40 капель/мин.

По показаниям: одновременное в/в капельное введение динопростона и окситоцина в половинных дозировках (2,5 ЕД окситоцина + 0,375 мг динопростона).

При использовании линеаматов/дозаторов скорость инфузии рассчитать по действующему веществу: динопростон 0,75мг + натрия хлорида 0,9% раствор 20 мл – скорость инфузии от 0,3 мл/час до 4 мл/час; оксито-

цин 5 ЕД + натрия хлорида 0,9% раствор 20 мл – скорость инфузии от 0,125 мл/час до 6,4 мл/час.

*При возникновении гиперстимуляции в I периоде родов необходимо прекратить введение утеротоника и начать в/в капельное введение β-адреномиметика: гексопреналин 2 мл (10 мкг) + натрия хлорид 0,9% раствор 500 мл в/в капельно, фенотерол 10 мл (0,5 мг) + натрия хлорид 0,9% раствор 500 мл в/в капельно (скорость инфузии 15-20 капель/мин).

Группа №56. Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах

- 1) Метилэргометрин 0,1 мг (0,5 мл) в/в при пререзывании головки плода, после отделения последа еще 0,3 мг (1,5 мл) в/м того же препарата. По показаниям дополнительно 5 ЕД (1 мл) окситоцина + натрия хлорид 0,9% раствор 500 мл в/в капельно в течение 1,5-2 часов.
- 2) Окситоцин 2,5 ЕД (0,5 мл) в/в при пререзывании головки плода, после отделения последа еще 7,5 ЕД (1,5 мл) в/м того же препарата.

* При использовании линеаматов/дозаторов скорость инфузии рассчитывать по действующему веществу: окситоцин 5 ЕД + натрия хлорида 0,9% раствор 20 мл – скорость инфузии от 0,125 мл/час до 6,4 мл/час.

*При выполнении **кесарева сечения**: метилэргометрин 0,1 мг (0,5 мл) в/в при извлечении плода, после отделения последа еще 0,3 мг (1,5 мл) в/в того же препарата. По показаниям дополнительно 5 ЕД (1 мл) окситоцина + натрия хлорид 0,9% раствор 500 мл в/в капельно в течение 1,5-2 часов; окситоцин 2,5 ЕД (0,5 мл) в/в при извлечении плода, после отделения последа еще 7,5 ЕД (1,5 мл) в/в того же препарата.

Группа №57. Фитоадаптогены

- 1) Настойка женьшеня 25 капель внутрь 3 раза/сут. Курс – 7-10 дней.
- 2) Настойка элеутерококка 20 капель внутрь 3 раза/сут. Курс – 7-10 дней.

Группа №58. Фитотерапия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве

- 1) Канефрон Н по 2 драже внутрь 3 раза/сут. Курс – от 2 недель до 2 месяцев.
- 2) Настой листа толокнянки по 1 столовой ложке внутрь 3 раза/сут. Курс – 7-10 дней.
- 3) Настой листа брусничника по 1 столовой ложке внутрь 3 раза/сут. Курс – 7-10 дней.

- 4) Настой плодов шиповника по 1 столовой ложке внутрь 3 раза/сут. Курс – 7-10 дней.
- 5) Почечный чай.

Группа №59. Эстрогены(в том числе в составе КОК и препаратов для ЗГТ)

- 1) Эстрадиол/этинилэстрадиол
- 2) Эстриол

Группа №60. Симптоматическая гемостатическая терапия

- 1) Аскорутин внутрь 2 таблетки 2-3 раза/сут. Курс – 10 дней.
- 2) Викасол внутрь 0,015 г 4 раза/сут, 1% раствор по 1 мл в/м 2 раза/сут. Курс – 4 дня, возможны повторные курсы.
- 3) Этамзилат внутрь 0,25 г 4 раза/сут, 12,5% раствор 2-4 мл в/м или в/в 2 раза/сут. Курс – 5-14 дней.

Группа №61. Иммуноглобулин человека антирезус Rho[D]

До начала введения ампулы с препаратом выдерживают в течение 2 ч. при температуре 18-22 С°. Вводится внутримышечно 300 мкг (1 доза) в течение первых 48-72 ч после аборта, амниоцентеза, травмы органов брюшной полости и после родов при рождении резус положительного ребенка.

Профилактика во время беременности осуществляется введением 1 дозы препарата на 28-й неделе беременности. Профилактика не исключает послеродовое введение препарата по вышеуказанной схеме.

2. НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Немедикаментозное лечение является важным компонентом восстановления здоровья пациенток. Техническое оснащение физиотерапевтическим оборудованием лечебных учреждений неодинаковое. Поэтому в данном документе в разделе “Лечение” приводятся указания на целесообразность применения физиотерапевтических процедур в виде аббревиатур “ФТЛ, ИРТ, ГБО” без их конкретизации и детализации методики применения. В каждом случае выбор варианта немедикаментозного лечения либо отказ от него возлагается на лечащего врача.

Раздел 3 АКУШЕРСТВО

3.1. Клинический протокол динамического наблюдения при физиологической беременности (Z 34)

| Частота наблюдения | Диагностика* | Консультации врачей | Профилактические мероприятия | Госпитализация |
|--|---|---|--|--------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1-я явка до 12 недель беременности, 2-ая явка через 7-10 дней с результатами анализов и консультативными заключениями смежных специалистов До 22 недель беременности – 1 раз в 5-6 недель; после 22 недель – 1 раз в 4 недели; после 30 недель – 1 раз в 2 недели Обязательные консультации врачом акушером-гинекологом: при 1-й и 2-й явке, в 30 недель (выдача б/л по беременности и родам) и в | Блок А – клиническое обследование беременной – при каждом посещении Осмотр молочных желез, оценка телосложения и оволосения, измерение роста при 1-ой явке Блок В – специальное акушерское обследование при 1-й явке, 30, 36-37, 40 недель беременности Анализ крови общий при 1-й явке, в 18, 28, 34-36 недель беременности ТТГ и АТ/ТПО при 1-й явке Исследование крови на глюкозу при 1-й явке, в 22 недели беременности ГГТ-75 г в 26-28 недель беременности при наличии факторов риска Группа крови и Rh-фактор при 1-й явке Исследование крови на сифилис при 1-й явке, в 28-30, 34-36 недель беременности ВИЧ при 1-й явке и в 28-30 недель беременности Биохимическое исследование крови при 1-й явке, в 28-30, 34-36 недель беременности Сывороточный ферритин при 1-й явке, в 28-30 недель | Консультация врача-терапевта: при 1-й явке, в 28-30 недель беременности Врач-офтальмолог, врач-эндокринолог, врач-стоматолог, врач-оториноларинголог – при 1-й явке, далее – по показаниям | Гигиена беременной Режим труда и отдыха Рациональное трудоустройство Диета Психопрофилактическая подготовка к родам Бандаж (по показаниям) с 26-28 недель беременности Фолиевая кислота для профилактики ВПР 1 мг/сут – первые 12 недель беременности Препараты йода – 200 мкг/сутки – с 14-ой по 32-ую неделю беременности (на территориях, эндемичных по дефициту йода) | С началом родовой деятельности |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| <p>36-37 недель беременности (определение показаний для дородовой госпитализации)</p> <p>Осмотры и консультации беременных в остальные сроки (см. выше) могут осуществляться участковой акушеркой по решению врача акушера-гинеколога**</p> | <p>беременности по показаниям</p> <p>Коагулограмма при 1-й явке, в 22 недели беременности</p> <p>Анализ мочи общий перед каждой явкой</p> <p>Бактериоскопическое исследование при 1-й явке, в 28-30 недель беременности</p> <p>Цитологическое исследование при 1-й явке</p> <p>Обследование на ИППП при 1-й явке</p> <p>ЭКГ при 1-й явке и по показаниям</p> <p>УЗИ матки и плода (скрининг) 11-13 недель и 6 дней, 18-21 и 32-35 недель беременности</p> <p>КТГ с 28 недель беременности при каждой явке</p> | | | |

Примечания.

1. * Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток)

2. **Учитывая наблюдательно-контролирующую тактику ведения физиологической беременности (в отличие от лечебно-профилактической тактики ведения патологической беременности) допускается в сроки 13-29 и 31-37 недель проводить осмотр и консультацию беременной специально подготовленной акушеркой. В случае выявления акушеркой у женщины осложнений беременности или заболеваний, она должна безотлагательно обеспечить консультацию беременной врачом акушером-гинекологом.

3.2. Клинический протокол наблюдения, диагностики и лечения в амбулаторных условиях пациенток с высоким риском осложнений беременности

Объем обследования беременных с акушерской, экстрагенитальной патологией и наличием факторов риска кроме исследований и лечебно-профилактических мероприятий, указанных для физиологической беременности, включает дополнительные блоки обследования и лечения в соответствии с выявленной патологией.

Пациенток с осложнениями беременности, состояние которых не требует госпитализации и круглосуточного наблюдения, рекомендуется лечить в условиях стационаров дневного пребывания.

Показания к отбору беременных для госпитализации в стационар дневного пребывания:

- нейроциркуляторная астения, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы и артериальная гипертензия I степени в I и II триместрах беременности;
- обострение хронического гастрита;
- анемия беременных (снижение гемоглобина не ниже 90 г/л);
- рвота беременных при отсутствии кетонурии или наличии транзиторной кетонурии;
- критические сроки беременности в группе риска по невынашиванию в I и II триместрах при отсутствии в анамнезе привычных выкидышей и без клинических признаков угрозы прерывания;
- для динамической оценки состояния плода с целью уточнения диагноза и показаний для госпитализации;
- для продолжения наблюдения и лечения после длительного пребывания в стационаре.

При ухудшении состояния беременной и/или течения заболевания, отсутствии эффекта от лечения и при необходимости круглосуточного медицинского наблюдения пациентка незамедлительно переводится в соответствующее отделение стационара.

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Частота наблюдения | Лабораторные и другие исследования | Консультации | Лечебно-оздоровительные мероприятия | Показания к госпитализации |
|--|--------------------|------------------------------------|--------------|-------------------------------------|----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Перинатальные социально-биологические факторы риска осложнений беременности | | | | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--|---|---|--|--|
| Z35.6 Юная первородящая (возраст 18 лет и младше) | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска (низкая степень 0-4 балла, средняя степень 5-9 баллов, высокая степень более 10 баллов) | | | Согласно группе материнского риска по развитию позднего гестоза, невынашивания | Дородовая госпитализация в 39 недель беременности |
| Z35.5 Возраст 35 лет и старше (первобеременная 30 лет и старше) | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Наблюдение до 20 недель беременности 1-2/30, после 20 недель – 1/14, после 30 недель - 1/7-10 Медико-генетическое консультирование до 11-12 недель беременности | | | Согласно группе материнского риска по развитию кровотечений, позднего гестоза, невынашивания | Дородовая госпитализация в 39 недель беременности |
| Z35.7 Высокая степень риска вследствие социальных проблем | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска TORCH Фтизиатр | | | Согласно группе материнского риска по развитию кровотечений, тромбогеморрагического синдрома, невынашиванию беременности | По показаниям |
| Z35.8 Профессиональные вредности, эмоциональные нагрузки, вредные привычки у матери | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | | | Согласно группе материнского риска по развитию кровотечений, тромбогеморрагического синдрома, невынашиванию беременности | По показаниям |
| Особенности акушерско-гинекологического анамнеза | | | | | |
| Z35.4 Многорожавшая женщина (3 и более родов) | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Анализ крови общий 1/28-42 | Терапевт 1 раз в триместр, другие специалисты по показаниям | | Метаболическая терапия (группа № 28) в 20-22, 30-32, 36-38 недель беременности | Дородовая госпитализация в 38-39 недель беременности |
| Z35.1 Аборты, невынашивание в анамнезе (выкидыш или преждевременные роды) | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска TORCH АФС (по показаниям) Медико-генетическое консультирование до 11-12 недель беременности | | | Согласно группе материнского риска по невынашиванию беременности, развитию кровотечений, позднего гестоза, травматизму в родах | Профилактическая госпитализация с учетом сроков пре- |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|--|---|---|---|--|
| | | | | | рывания предыдущих беременностей и в критические сроки беременности (10-12 и 26-28 недель беременности) Угроза прерывания беременности |
| Z35.2 Перинатальные потери, аномалии развития или неврологические нарушения (поражения ЦНС) у детей в анамнезе | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Анализ крови на глюкозу при 1-й явке, 24, 27, 34 недели беременности TORCH Допплерометрия сосудов матки и плода в 26-28 недель беременности Медико-генетическое консультирование до 11-12 недель беременности Консультация других специалистов по показаниям | | | Согласно группе материнского риска по развитию позднего гестоза | Дородовая госпитализация в 38-39 недель беременности |
| Z35.0 Нарушения менструального цикла, бесплодие в анамнезе | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | | | Согласно группе материнского риска по невынашиванию беременности | По показаниям |
| Z35.8 Инфекции, передаваемые половым путем (в т.ч. сифилис) в анамнезе | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | | | Согласно группе материнского риска по развитию септических осложнений, невынашиванию беременности | По показаниям |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--|---|--|--|---|
| О34.0-1 Опухоли матки, аномалии матки (в анамнезе или выявлены во время беременности) | С 20 недель беременности – 1/14; после 30 недель беременности – 1/7-10 или по показаниям | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | | Согласно группе материнского риска по развитию кровотечений, невынашиванию беременности, травматизму в родах Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) в 10-12, 16-18, 24-26, 30-32 недель беременности | Нарушение питания, быстрый рост, большие размеры, неблагоприятная локализация опухоли Появление осложнений беременности Дородовая госпитализация в 38-39 недель |
| О34.2 Рубец на матке | С 20 недель беременности – 1/14; после 30 недель беременности – 1/7-10 или по показаниям | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска УЗИ в 36-38 недель беременности | | Согласно группе материнского риска по развитию кровотечений, невынашиванию беременности, травматизму в родах Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) в 10-12, 16-18, 24-26, 30-32 недель беременности | При подозрении на несостоятельность рубца Профилактическая госпитализация в 30-35 недель и по показаниям Дородовая госпитализация в 38-39 недель |
| Осложнения беременности | | | | | |
| О12.0 Отеки беременных | 1/7-10 до устранения клинических проявлений | Согласно группе риска по сумме баллов перина- | Терапевт 1/7-10 Офтальмолог (глазное дно) од- | Диета, богатая белками, дробное питание (5-6 раз/сутки), «разгрузочные» дни 1-2/7 Седативная терапия | Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения в |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------------|--------------------------|--|--|--|--------------------------|
| | | <p>тальных факторов риска Проба Мак-Клюра-Олдрича однократно Анализ крови общий, гематокрит 1/7-10 Биохимическое исследование крови + электролиты крови однократно и по показаниям Исследование крови на глюкозу однократно Анализ мочи по Нечипоренко однократно Анализ мочи на суточную потерю белка 1/7-10 ЭКГ однократно</p> | <p>нократно Уролог по показаниям</p> | <p>растительными(группа № 42) Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты(группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>течение 7-10 дней</p> |
| О13-15 Отеки беременных | После выписки из стацио- | --- | --- | --- | Срочная |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|--|---|---|---|---|
| 2-4 степени, нефропатия, преэклампсия, эклампсия | нара – 1/7-10 в течение 3-4 недель; далее согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | | | | |
| O20.0 Угрожающий выкидыш | - | --- | --- | --- | При установлении диагноза |
| O21.0 Рвота беременных легкая или умеренная | 1/ 7 дней до устранения клинических проявлений токсикоза; далее согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Контроль массы тела Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела 1/3-5 Анализ крови общий, гематокрит 1/7 Исследование крови на глюкозу однократно Биохимическое исследование | Терапевт 1/7 до устранения клинических проявлений токсикоза | Диета богатая белками, дробное питание (5-6 раз/сутки) Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) Противорвотная терапия (группа № 40) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения в течение 7-10 дней |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|--|
| | | вание крови + электро- литы кро- ви 1/7 ЭКГ од- нократно | | | |
| О21.1 Чрез- мерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена ве- ществ | После выпис- ки из стацио- нара – 1/7-10 в течение 2-3 недель; далее по показани- ям согласно группе риска | --- | --- | --- | Обследо- вание и лечение в стациона- ре |
| О23.5 Ин- фекции поло- вых путей | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Врач-инфекционист и врач- дерматовенеролог (по показаниям) | | | Согласно группе ма- теринского риска по развитию септиче- ских осложнений, невынашиванию бе- ременности | По пока- заниям |
| О26.0 Пато- логическая прибавка массы тела | 1/10-14 до устранения клинических проявлений | Согласно группе рис- ка по сумме баллов пе- ринаталь- ных факто- ров риска Проба Мак- Клюра- Олдрича однократно Анализ крови об- щей, гема- токрит 1/14 Биохимиче- ское иссле- дование крови + электроли- ты крови однократно по показа- ниям Исследова- ние крови | Терапевт 1/10-14 Другие специа- листы по показа- ниям | Диета, богатая бел- ками, дробное пита- ние (5-6 раз/сутки), «разгрузочные» дни 1-2/7 Терапия, направлен- ная на улучшение функции плаценты (группа № 50) | Отсут- ствие эф- фекта от амбула- торного лечения в течение 14 дней |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--|--|--|--|---|
| | | на глюкозу однократно Анализ мо- чи по Нечи- поренко од- нократно Контроль суточного диуреза ЭКГ одно- кратно | | | |
| О26.2 При- вычное невы- нашивание | До 30 недель бе- ременности – 1/14; после 30 недель бе- ременности – 1/7-10 или по показа- ниям | Измерение базальной температу- ры до 12 недель бе- ременности 1/7-10 Бимануаль- ный осмотр 1/30 для контроля за состоянием шейки мат- ки TORCH | Согласно группе риска по сумме баллов перина- тальных факторов риска | Согласно группе ма- теринского риска по невынашиванию бе- ременности, разви- тию кровотечений, позднего гестоза, травматизму в родах Седативная терапия растительными пре- паратами (группа № 42) 14-21 дней (по показаниям) Метаболическая терапия (группа № 28) Гормонотерапия при наличии гормональ- ных нарушений Натуральные геста- гены (монопредпара- ты) (группа № 30) Глюкокортикоиды (группа №19) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | Профи- лактиче- ская гос- питализа- ция в критиче- ские сро- ки бере- менности (10-12 и 26-28 недель) и с уче- том сро- ков пре- рывания преды- дущих беремен- ностей Угроза прерыва- ния бере- менности |
| О26.4 Герпес | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Инфекционист и дерматовенеролог (по показаниям) | | Противовирусная те- рапия (группа № 38) Иммуномодулирую- щая терапия в аку- шерстве (группа № 21) | По пока- заниям | |
| О30 Много- плодная бе- ременность | До 28 недель бе- ременно- | Анализ кро- ви общий 1/30 | Терапевт 1 раз в триместр, | Согласно группе ма- теринского риска по развитию кровотече- | Профи- лактиче- ская гос- |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--|---|--|---|---|
| | сти – 1/14-21; после 28 недель беременности – 1/7-10 или по показаниям | Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В 1/30 УЗИ плодов 1/ 21-28 Допплерометрия в 28, 32-34, 37-38 недель беременности | другие специализисты по показаниям | ний, позднего гестоза, травматизму в родах | питализация в 18-22,26-28, 32-34 недели беременности Дородовая госпитализация в 36-38 недель беременности |
| О32 Неправильное положение плода (с 32 недель беременности) | После 32 недель беременности – 1/7 или по показаниям | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска УЗИ + доплерометрия в 37-38 недель беременности | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | Корректирующая гимнастика для исправления положения плода до 34 недель беременности | Дородовая госпитализация в 38-39 недель беременности при сохранении неправильного или неустойчивого положения плода |
| О33.0-3 Несоответствие размеров таза и плода (узкий таз) | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Подсчет предполагаемой массы плода с 37 недель беременности при каждой явке УЗИ в 36-38 недель беременности | | | Согласно группе материнского риска по травматизму в родах | Дородовая в 38-39 недель беременности |
| О34.3 Истмико-цервикальная недостаточность | До 30 недель беременности – 1/14; после 30 недель беременности – 1/7-10 или по показаниям | Бимануальный осмотр 1/30 для контроля состояния шейки матки | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов | Согласно группе материнского риска по невынашиванию При наличии гормональных нарушений: Натуральные гестагены и их аналоги (группа № 30) | После 12 недель беременности для выбора метода коррекции и по |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------------|---|-------|-------|---|---|
| | | TORCH | риска | Глюкокортикоиды (группа № 19) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) Коррекция ИЦН (шов на шейку матки или акушерский разгрузочный пессарий) | показаниям В 37 недель беременности для снятия шва с шейки матки |
| О36.0 Резус-иммунизация | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска При резус-отрицательной крови матери определение группы крови и резус-фактора отца ребенка Титр АТ: 1/30 до 30 недель беременности, 1/14 в 31-36 недель беременности, 1/7 после 36 недель беременности УЗИ в 20-22, 24-26, 30-32, 34-36 недель беременности и перед родами Допплерометрия в 30-32, 34-36 недель беременности | | | Микронутриентная терапия (группа № 29) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | Прерывание беременности вне зависимости от срока при тяжелой форме гемолитической болезни плода Для выполнения кордоцентеза (18-34 недели беременности) Для проведения эффективной терапии Дородовая госпитализация в 38 недель беременности или по показаниям |
| О36.4 Антенатальная ги- | | --- | | --- | Срочная при по- |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|-----|--|---|
| белль плода | | | | | становке диагноза |
| О40 Много- водие | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска TORCH Исследование крови на глюкозу, ГТТ-75 УЗИ плода в 36-37 недель беременности Допплерометрия (по показаниям) Медико-генетическое консультирование Терапевт, эндокринолог | | | Согласно группе материнского риска по невынашиванию беременности, развитию кровотечений, позднего гестоза, травматизму в родах | При установлении диагноза Дородовая в 38-39 недель беременности или по показаниям |
| О 41 | Другие нарушения со стороны амниотической жидкости и плодных оболочек | | | | |
| О41.0 Олиго- гидрамнион | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска TORCH УЗИ плода в 36-37 недель беременности Допплерометрия (по показаниям) | | | Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) | При установлении диагноза Дородовая в 38-39 недель беременности или по показаниям |
| О41.1 Ин- фекция ам- ниотической полости и плодных обо- лочек | --- | --- | --- | --- | Срочная |
| О42 Прежде- временный разрыв плод- ных оболочек | --- | --- | --- | --- | Срочная |
| О 43 Плацен- тарные нару- шения | --- | --- | --- | --- | Срочная |
| О44 Предле- жание пла- центы | До 30 недель беременности – 1/10-12; с 30 недель беременности – 1/7 | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Анализ крови общий + Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибри- | | Согласно группе материнского риска по развитию кровотечений | При появлении кровянистых выделений из половых путей |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--|--|-----|---|---|
| | | ноген А, В 1/21-28 Д-димеры – 30 недель беременности УЗИ 1/21-28 Допплерометрия в 28 недель беременности | | | или по показани- ям Дородо- вая в 37 недель беремен- ности |
| О45 Прежде- временная отслойка плаценты О46 Дородо- вое кровоте- чение, не классифици- рованное в других руб- риках | --- | --- | --- | --- | Срочная |
| О47 Ложные схватки | --- | --- | --- | --- | При уста- новлении диагноза |
| О48 Перено- шенная бере- менность | 1/3 (2 раза) за 41-ую неделю беременно- сти(280-287 дней) | Согласно группе рис- ка по сумме баллов перинатальных фак- торов риска Внутреннее акушер- ское исследование для определения со- стояния шейки матки при каждой явке УЗИ + доплеромет- рия в 40-41 неделю беременности | | --- | В 41 не- делю бе- ременно- сти |
| О60 Прежде- временные роды | --- | --- | --- | --- | Срочная |
| О98.1 Сифи- лис | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Дерматовенеролог | | | Лечение в специали- зированном стацио- наре | В кожно- венероло- гический диспан- сер |
| О98.2 Гоно- рея | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Дерматовенеролог | | | Лечение в специали- зированном стацио- наре | В кожно- венероло- гический диспан- сер |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--|---|--|---|--|
| О98.3 Инфекции, передающиеся половым путем | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Инфекционист и дерматовенеролог (по показаниям). | | | Антибиотикотерапия ИППП в акушерстве (группа № 8) | По показаниям |
| О99.0 Анемия | 1/14-21 до выздоровления или госпитализации или согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска Анализ крови общий + ретикулоциты – 1/21-28 Биохимическое исследование крови + сывороточное железо + ферритин – однократно, в дальнейшем по показаниям | Терапевт 1/14-21 до выздоровления или госпитализации Гематолог по показаниям | Диета, богатая белками и железом Антианемическая терапия (группа № 2) Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) в 10-12, 16-18, 24-26, 30-32, 36-38 недель беременности | При гемоглобине 90 г/л и менее |
| Беременность и экстрагенитальная патология | | | | | |
| О10.0 Существовавшая ранее артериальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовый период | До 20 недель беременности – 1/21-28; после 20 недель беременности – 1/10-14 или по показаниям | Профиль АД Анализ крови общий 1/30 Биохимическое исследование крови 20-22, 32-34 | Терапевт: до 20-22 недель беременности – 1/21-28; после 23 недель беременности – | Гипотензивная терапия в акушерстве (группа № 18) Коррекция реологических свойств крови (группа № 26) Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) | Госпитализация до 12 недель беременности (в стационар терапевтического профиля): |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--------------------------------------|--|---|---|---|
| | | <p>недели беременности Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В 1 раз в триместр Анализ мочи общий 1/14 Анализ мочи на суточную потерю белка 1/14</p> <p>ЭКГ: 1/28-35 и по показаниям УЗИ сердца 1 раз в триместр</p> | <p>1/10-14 или по показаниям Заведующий терапевтическим отделением, офтальмолог (+глазное дно), кардиолог: 1 раз в триместр, чаще по показаниям</p> | <p>Спазмолитическая терапия (группа № 45) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>решение вопроса о сохранении беременности, определение показаний к её прерыванию или лечению при отказе женщины прервать беременность Профилактическая госпитализация в 18-20, 28-32 недели беременности Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения В 36-37 недель беременности – для определения срока и выбора способа родоразрешения</p> |
| О10.2 Существовавшая ранее почечная гипертен- | До 20 недель беременности – 1/14-21; | Профиль АД Анализ крови об- | Терапевт: до 20 недель беременности | Гипотензивная терапия в акушерстве (группа № 18) Коррекция реологи- | Профилактическая госпитализа- |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|--|---|---|--|
| зия, осложняющая беременность, роды и после родов период | после 20 недель беременности – 1/7-10 или по показаниям | ций 1/30 Биохимическое исследование крови 20-22, 32-34 недели беременности Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В 1 раз в триместр Анализ мочи общий 1/14 Анализ мочи на суточную потерю белка 1/14 Анализ мочи по Нечипоренко при первом посещении, затем по показаниям Контроль суточного диуреза ЭКГ: 1/28-35 и по показаниям УЗИ сердца 1 раз в триместр | ности – 1/21-28; после 20 недель беременности – 1/10-14 или по показаниям Заведующий терапевтическим отделением, офтальмолог (+глазное дно), кардиолог, нефролог: 1 раз в триместр, чаще по показаниям | ческих свойств крови(группа № 26) Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) Спазмолитическая терапия (группа № 45) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) По показаниям почечный чай | ция: до 12 недель беременности (в стационар терапевтического профиля), 18-20 и 28-32 недели беременности (в акушерский стационар) Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения Госпитализация в 36-37 недель беременности для уточнения срока и выбора способа родоразрешения |
| О11 Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся проте- | --- | --- | --- | Госпитализация в Учреждение здравоохранения терапевтического профиля | Появление протеинурии в любом сроке беременности |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|--|---|--|---|--|
| инурией | | | | | сти |
| О14 Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией | --- | --- | --- | --- | Срочная |
| О22.0 Варикозное расширение вен нижних конечностей О22.1 Варикозное расширение вен половых органов | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В + тромбоциты, Д-димеры – 30, 38 недель беременности УЗИ вен нижних конечностей и вен таза | Консультация хирурга 1/60-90 Консультация ангиохирурга | Венотонизирующие ЛС (группа №14) курсы по 21-28 дней в первые 3 месяца беременности и в 16-18, 26-28, 34-36 нед. беременности. Венотонизирующие ЛС для местного применения (группа № 15) Компрессионные чулки | Тромбофлебит Дородовая госпитализация в 38-39 недель беременности |
| О22.2 Поверхностный тромбофлебит во время беременности О22.3 Глубокий флеботромбоз | --- | --- | --- | --- | Срочная |
| О22.4 Геморрой | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | Д-димеры – 30, 38 недель беременности | Проктолог по показаниям Хирург 1/90 Ангиохирург по показаниям | Диета, богатая растительной клетчаткой, дробное питание (5-6 раз/сутки) Венотонизирующие ЛС (группа № 14) курсы по 21-28 дней в первые 3 месяца беременности и в 16-18, 26-28, 34-36 нед. беременности Пребиотическая терапия (группа № 35) | Дородовая госпитализация в 39 недель беременности или по показаниям |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|--|---|---|--|
| | | | | Пробиотическая терапия (группа № 37) | |
| О23.0-4 Инфекции мочевых путей | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | Анализ мочи по Нечипоренко 1/7-10 Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к АБ Биохимическое исследование крови (по показаниям) УЗИ почек, мочевого пузыря | Терапевт 1/12-14 Уролог (нефролог) по показаниям | Антибиотикотерапия бессимптомной бактериурии в акушерстве (группа № 4) Антибиотикотерапия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве (группа № 7) Фитотерапия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве (группа 58) | Отсутствие эффекта от амбулаторного лечения бактериурии Острый пиелонефрит Дородовая госпитализация в 39 недель беременности |
| О26.5 Гипотензивный синдром | До 20 недель беременности – 1/21-28; после 20 недель беременности – 1/10-12 | Профиль АД ЭКГ в 30 недель беременности ЭХО-КГ в ранних сроках | Терапевт 1 раз в триместр Кардиолог - по показаниям | Фитоадаптогены (группа № 57) ЛФК | По показаниям |
| О26.6 Поражение печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | Анализ мочи на желчные пигменты, уробилин + Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В + Биохимическое исследование крови + ЛДГ + ГТП + | Терапевт 1 раз в триместр Консультация инфекциониста, гастроэнтеролога, другие специалисты по показаниям | Медикаментозная терапия по назначению терапевта или гастроэнтеролога Согласно группе материнского риска по развитию кровотоений, позднего гестоза, тромбогеморрагического синдрома Метаболическая терапия (группа № 28) – курсы по 21-28 дней в каждом триместре | Госпитализация до 12 недель беременности для уточнения диагноза и выработки тактики лечения Выявление/обост |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|--|--|--|---|---|
| | | ЩФ – 1 раз в триместр Д-димеры – 30, 38 недель беременности HbS, HCV Анализ кала на стеркобилиноген УЗИ печени | | Гепатопротекторы (группа №16) | ление заболевания |
| О98.4 Вирусный гепатит | --- | --- | --- | --- | Срочная госпитализация в инфекционный стационар |
| О99.2 Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период | До 30 недель беременности 1-2/30, после 30 недель – 1/7-10 или по показаниям | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | При III степени ожирения – терапевт в порядке динамического наблюдения 1/30, эндокринолог в 28 недель беременности | Диета низкокалорийная с ограничением углеводов и животных жиров, дробное питание (5-6 раз/сутки), "разгрузочные" дни 1-2/7 Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) ЛФК | По показаниям |
| Оценка состояния плода | | | | | |
| О33.5 Крупный плод (несоответствие размеров таза и плода) О36.6 Избыточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | Подсчет предполагаемой массы плода с 37 недель беременности при каждой явке Исследование крови на глюкозу | Эндокринолог | Диета низкокалорийная с ограничением углеводов и животных жиров, дробное питание (5-6 раз/сутки), «разгрузочные» дни 1/7-10 ЛФК | Дородовая госпитализация в 38 недель беременности |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|--|--|---|--|---|
| матери | | УЗИ в 37 недель беременности | | | |
| О33.6 Гидроцефалия (несоответствие размеров таза и плода) О35 Аномалии плода О36.2 Водянка плода | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | TORCH | Медико-генетическое консультирование | Согласно группе материнского риска по травматизму в родах | При установлении диагноза |
| О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери | Однократно | --- | --- | --- | При установлении диагноза |
| О36.5 Недостаточный рост плода, требующий предоставления помощи матери | Согласно группе риска по сумме баллов перинатальных факторов риска | УЗИ в динамике каждые 3-4 недели беременности Допплерометрия TORCH | Медико-генетическое консультирование Профильные специалисты в зависимости от экстрагенитальной патологии | Диета, богатая белком. Микронутриентная терапия (группа № 29) Метаболическая терапия (группа № 28) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) | Госпитализация при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения в течение 10-14 дней |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток)

* Группы препаратов в графе «Лечебно-оздоровительные мероприятия» см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

3.3. Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах

| Роды и послеродовой период | Объемы оказания медицинской помощи | | | |
|--------------------------------|--|--|---|--|
| | Диагностика | | Тактика ведения | |
| | обязательная | дополнительная (по показаниям) | Мероприятия* | Средняя длительность |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I период физиологических родов | <p>Изучение жалоб и данных обменной карты. Сбор анамнеза. Проведение общего обследования роженицы: термометрия, измерение артериального давления (далее – АД) на обеих руках, подсчет пульса; осмотр зева, кожи, молочных желез; осмотр на педикулез; определение роста и массы тела; обследование по системам организма.</p> <p>Проведение специального наружного акушерского обследования: измерение размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки; определение наружными приемами положения, позиции и предлежащей части плода, выслушивание сердцебиения плода.</p> <p>Внутреннее акушерское исследование. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, взятие мазков на степень чистоты влагалища. Бимануальное исследование: пальпация шейки матки с определением ее характеристик (расположение по оси таза, длина, плотность, проходимость цервикального канала в</p> | <p>Группа крови и резус-фактор Анализ крови общий, анализ мочи общий</p> <p>Влагалищное исследование при изменении акушерской ситуации: - излите околоплодных вод - ухуждение состояния роженицы или плода - появление патологических кровяни-</p> | <p>Очистительная клизма Санитарная обработка Обезболивание роженицы приемами самообезболивания, свободным перемещением, принятием душа, самомассажем, управлением дыханием При выраженном болевом синдроме – медикаментозное обезболивание (группа №32) Амниотомия обязательно при раскрытии маточного зева 8 см и более. При меньшем раскрытии – по показаниям</p> | <p>Продолжительность I периода родов у первородящих до 10-12 часов, у повторно родящих – до 8-10 часов</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|
| | <p>см); наличие/отсутствие плодного пузыря, определение предлежащей части плода и ее расположения по отношению к основным ориентирам плоскостей таза.</p> <p>Постановка диагноза и выработка плана родоразрешения при поступлении и при изменении акушерской ситуации.</p> <p>Заполнение партограммы каждые 3 часа в соответствии с инструкцией.</p> <p>Выслушивание сердцебиения плода акушеркой каждые 30 минут между записями КТГ. Запись КТГ при поступлении, каждые 3 часа до завершения родов, либо в случае возникновения патологической акушерской ситуации (при необходимости непрерывное мониторирование).</p> <p>Влагалищное исследование при поступлении, затем каждые 6 часов или при изменении акушерской ситуации, а также для диагностики начала II периода родов.</p> <p>Контроль активного поведения роженицы (ходьба, сидение), своевременного осуществления физиологических отпавлений. Обработка половых органов роженицы дезинфицирующим раствором каждый раз до и после влагалищного исследования, мочеиспускания и дефекации.</p> <p>Диагностика окончания I периода и начала II периода родов.</p> | <p>стных выделений из половых путей</p> <p>- введение анальгетиков</p> <p>- назначение родостимуляции</p> <p>- в процессе родостимуляции (см. раздел О62 нарушения родовой деятельности (родовых сил))</p> <p>Амниоскопия</p> | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|--|---|
| <p>II период родов (родильный зал)</p> | <p>Выслушивание сердцебиения плода после каждой схватки-потуги. Непрерывный клинический контроль общего состояния роженицы (сознание, цвет кожи и слизистых, пульс, АД), состояния нижнего маточного сегмента, характера родовой деятельности, выделений из половых путей. С момента врезывания головки – готовность к оказанию пособия, осуществляемого при рождении плода. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1-ой и 5-ой минуте совместно с неонатологом.</p> | | <p>Оказание акушерской помощи при рождении плода. По показаниям рассечение промежности (эпизиотомия или перинеотомия). При отсутствии осложнений у матери и плода после рождения головки за вульварное кольцо ожидать самостоятельного рождения переднего плечика в течение следующего цикла схватка-пауза. Отделение новорожденного от матери через 30-60 сек после рождения, у резус-отрицательных рожениц — сразу. Отсасывание слизи из верхних дыхательных путей новорожденного. Профилактика гонобленореи 30% раствором сульфацидами-</p> | <p>Продолжительность II периода (периода изгнания) до 1 часа у первородящих и 40 минут у повторородящих</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-------------------------|--|---|---|---|
| | | | <p>да. Поддержание температуры тела новорожденного (t в родзале 28⁰С, стол для новорожденного с источником лучистого тепла). Прикладывание к груди в течение 30 минут после рождения. Обработка новорожденного, антропометрия, паспортизация</p> | |
| <p>III период родов</p> | <p>Контроль общего состояния роженицы (сознание, цвет кожи и слизистых, пульс, АД), состояния матки, характера сократительной деятельности, выделений из половых путей. Выведение мочи катетером. Выявление признаков отделения плаценты в течение 30 минут. Оценка общей кровопотери. Физиологической считать кровопотерю, не превышающую 0,5 % массы тела женщины. Выделение последа. Осмотр последа. Осмотр родовых путей. Оценка кровопотери в родах</p> | | <p>При появлении признаков отделения плаценты – выделить ее наружными приемами. При отсутствии признаков отделения плаценты и/или возникновении кровотечения в течение 30 минут после рождения плода или при приближении кровопотери к границе физиологической нормы без признаков отделения плаценты выполнить ручное отделение плаценты под</p> | <p>Продолжительность III периода родов не более 30 минут.</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|--|--|--|----------|
| | | | <p>общим обезбо- ливанием (наркоз выпол- няет врач- анестезиолог). Родильницам группы риска по кровоте- чению проводит- ся профилак- тика кровоте- чения: Утеротониче- ские средства для профилак- тики кровоте- чения в родах (группа № 56)</p> | |
| Ранний после- родо- вой пе- риод (2 часа после родов) | <p>Наблюдение за родильницей в родильном отделении в течение 2 часов после родов (пульс, АД, цвет кожи и слизистых, разме- ры, положение и плотность матки, контроль количества вы- делений из половых путей) Перевод в послеродовую палату</p> | | Профилактика крово- течения в раннем после- родовом перио- де всем ро- дильницам пу- тем воздей- ствия холодом на низ живота | 2 часа |
| Позд- ний после- родо- вой пе- риод (стаци- онар) | <p>Наблюдение за родильницей в послеродовом отделении (пульс, АД, цвет кожи и слизи- стых; состояние молочных же- лез, сосков, активность лакта- ции; размеры, положение и плотность матки, контроль ко- личества выделений из половых путей) – ежедневно</p> <p>Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах и влагалищное исследование – перед выпиской (по показаниям)</p> | УЗИ пе- ред вы- пиской по показани- ям | | 3-5 дней |

* группы препаратов в графе «Мероприятия» см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств).

Послеродовой период с возможностью ранней выписки

Родильницы могут быть выписаны из акушерского стационара на 3-и сутки после родов через естественные родовые пути и на 5-е сутки после операции кесарева сечения при условиях:

- беременность, роды в первые 24 часа послеродового (послеоперационного) периода протекали без осложнений,
- имеющиеся экстрагенитальные заболевания не осложнили течение беременности, родов и послеродового периода,
- проведено прикладывание ребенка к груди матери в течении 20-30 минут в родзале,
- ребенок находится на совместном пребывании,
- родильница обучена принципам грудного вскармливания, в том числе технике правильного расположения и прикладывания новорожденного к груди, опасности до лактационного кормления, технике сцеживания молочных желез, вопросам профилактики нагрубания молочных желез, трещин сосков и гипогалактии, ухода за молочными железами, вопросам ухода за новорожденным и пупочным остатком,
- родильница ознакомлена с гигиеной послеродового периода и признаками возможных осложнений послеродового периода, информирована об учреждениях здравоохранения, куда необходимо обратиться в случае их возникновения,
- при проведении операции кесарева сечения и при проведении акушерских пособий (рассечение промежности) рана ушита синтетическим, рассасывающимся шовным материалом (толщина нити 2/0,3/0) по методике не требующей удаления швов после заживления раны,
- при родоразрешении операцией кесарева сечения родильнице интраоперационно, после пережатия пуповины проведена антибио-

копрофилактика в родах (группа №3) путем внутривенного, однократного введения высшей разовой дозы лекарственного средства –
Проведение вакцинации новорожденному:

- вирусный гепатит В в первые 12 часов жизни,
- БЦЖ вакцинация на 3-и сутки в день выписки, выписка после 3 часов наблюдения после вакцинации

Поддержка грудного вскармливания в послеродовом периоде. Запись ЭКГ новорожденному на 2-е сутки жизни с последующей ее передачей с обменной картой (сведения акушерского стационара о новорожденном) в детскую поликлинику по месту жительства.

По решению консилиума с участием зав. педиатрическим отделением поликлиники – возможна выписка недоношенных новорожденных с массой тела от 2000 до 2500 г под наблюдение участковой педиатрической службы.

При выписке родильница получает памятку для матери об изменении поведения ребенка (срыгивание, сон, окраска кожи, поведение и др.), требующем обращения к педиатру.

Информация о новорожденном передается детскую поликлинику и женщине в женскую консультацию по месту жительства в день выписки.

Амбулаторное наблюдение родильницы. Осмотр женщины акушером-гинекологом проводится в женской консультации по месту жительства на 7-10 сутки после выписки из акушерского стационара.

Амбулаторное наблюдение новорожденного. Патронаж новорожденного на дому проводится участковым педиатром на 1-2 сутки после выписки ребенка (далее по педиатрическому протоколу), участковой медицинской сестрой на 1-е, 3-е, 5-е сутки после выписки ребенка (далее по педиатрическому протоколу) с контролем мумификации и отпадения пупочного остатка. Амбулаторно проводится определение уровня билирубина в крови новорожденного на 7-е сутки жизни (возможно транскутанное определение).

3.4. Клинический протокол диагностики и лечения в стационарных условиях пациенток с высоким риском осложнений беременности

3.4.1. Беременность с abortивным исходом (O00-O04)

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Средняя длительность лечения/Тактика ведения |
|---|--|--|---|
| | Диагностика* | Лечение* | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| O00 | Внематочная [эктопическая] беременность | | |
| O00.0 Абдоминальная [брюшная] беременность O00.1 Трубная беременность O00.2 Яичниковая беременность | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е + кульдоцентез Консультация хирурга по показаниям | Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Противокандидозная терапия (группа № 39) Синтетические гестагены (группа №43) в период реабилитации 2-3 месяца | 3-7 дней Оперативное лечение: удаление аномально расположенного плодного яйца с удалением тканей хориона/плодовместилища |
| O01 | Пузырный занос | | |
| O01.0 Пузырный занос классический O01.1 Пузырный занос неполный и частичный O01.9 Пузырный занос неуточненный | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е + анализ мочи на ХГ + кульдоцентез Гистероскопия по показаниям + РДВ Консультация онколога | Антибиотикопрофилактика (группа №3) Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений (группа № 56) Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) | Лечение после верификации диагноза (гистологический ответ) в учреждении здравоохранения онкологического профиля |
| O02.0 | Погибшее плодное яйцо и непустой занос | | |
| O02.1 Несостоявшийся выкидыш O02.8 Другие уточненные | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистероско- | Антибиотикопрофилактика (группа №3) Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений (группа | 3-5 дней Хирургическое удаление остатков плодного яйца – выскабливание полости матки |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|---|
| анормальные продукты зачатия О02.9 Анормальный продукт зачатия неуточненный | пия по показаниям | № 56) Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) | |
| О03 Самопроизвольный аборт | | | |
| | Блок В Блок Г Блок Е | Антибиотикопрофилактика (группа №3) Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений (группа № 56) Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) | 3-5 дней Хирургическое удаление остатков плодного яйца – выскабливание полости матки |
| О04 Медицинский аборт | | | |
| | Диагностика и тактика ведения см. инструкцию МЗ РБ «Метод проведения медикаментозного аборта» (приложение 5) | | |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение» см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

3.4.2. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде (О10 - О16)

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Средняя длительность лечения /Тактика ведения |
|---|---|--|---|
| | Диагностика | Лечение | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| О10 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период | | | |
| О10.0 Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды | Блок А ежедневно Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям Блок Г+ электролиты – при по- | Лечебно-охранительный режим Седативная терапия растительными препаратами (груп- | До стабилизации клинического состояния, выбора тактики дальнейшего ведения Решение вопроса о прерывании беременности |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|---|
| и послеродовой период | <p>ступлении и по показаниям</p> <p>Блок Д – при поступлении и по показаниям</p> <p>Эхокардиография (по показаниям)</p> <p>Консультации терапевта, кардиолога, офтальмолога при поступлении и по показаниям</p> | <p>па № 42)</p> <p>Гипотензивная терапия в акушерстве (группа № 18)</p> <p>Гипотензивная терапия (группа № 17)</p> <p>Нитроглицерин 0,5 мг сублингвально</p> <p>Метаболическая терапия (группа № 28)</p> <p>Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51)</p> <p>Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>при взятии на учет, а также до 22 недель гестации, если беременность не была прервана ранее</p> <p>После 22 недель – досрочное родоразрешение при появлении показаний со стороны матери и/или плода путем операции кесарева сечения</p> <p>При спонтанном начале преждевременных родов, а также при родах в срок при отсутствии показаний к экстренному вмешательству в связи с гипертензией, родоразрешение согласно общим правилам ведения преждевременных/срочных родов</p> <p>В послеродовом периоде грудное вскармливание при стабильном или улучшающемся состоянии. При усугублении гипертензии прекращение лактации</p> |
| О10.1 Существовавшая ранее кардиоваскулярная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период | <p>Диагностика как при эссенциальной гипертензии (см. О10.0)</p> | <p>Лечение складывается из лечения эссенциальной гипертензии (см. О10.0) и лечения сердечно-сосудистой патологии, которое согласуется с кардиологом (терапевтом) и зависит от конкретного заболевания</p> | <p>См. О10.1</p> <p>В тактике ведения учитывать, что кардиоваскулярная гипертензия наиболее часто встречается при следующих заболеваниях: коарктация аорты, атеросклероз аорты, аортальная регургитация, аортальная недостаточность, артериовенозная фистула, панаортит, панартериит, фибромускулярная гиперплазия, незаращение Боталлова протока, тромбоз, атеросклероз почечной артерии, полная атриовентрикулярная блокада</p> |
| О10.2 Существовавшая ра- | <p>Блок А ежедневно</p> <p>Блок В – при по-</p> | <p>Лечение складывается из ле-</p> | <p>До стабилизации клинического состояния,</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| <p>нее почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период</p> | <p>ступлении, 1/7-14 и по показаниям Блок Г+ электролиты крови – при поступлении и по показаниям Анализ мочи на суточную потерю белка 1/7 Анализ мочи по Нечипоренко 1/7 Анализ мочи по Зимницкому 1/7 Блок Д – при поступлении и по показаниям Эхокардиография УЗИ почек Консультации офтальмолога (глазное дно), терапевта; по показаниям уролога и нефролога</p> | <p>чения эссенциальной гипертензии (см. О10.0) и лечения заболевания почек, которое согласуется с нефрологом (урологом, терапевтом) и зависит от конкретной почечной патологии + Спазмолитическая терапия (группа № 45)</p> | <p>выбора тактики дальнейшего ведения</p> <p>Артериальная гипертензия наиболее часто встречается при следующих заболеваниях почек: гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, аномалии почек, гидронефроз, хроническая почечная недостаточность любого генеза, поражения почек при системных заболеваниях (коллагенозы, туберкулез, сахарный диабет, тромбоцитопеническая пурпура, амилоидоз, гемолитико-уремический синдром), пузырно-мочеточниковый рефлюкс.</p> |
| <p>О10.4 Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период</p> <p>О10.9 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неутонченная</p> | <p>Диагностика как при почечной гипертензии (см. О10.2)</p> | <p>Лечение как при эссенциальной гипертензии (О10.0) + Спазмолитическая терапия (группа № 45) Лечение основного заболевания</p> | <p>До стабилизации клинического состояния, выбора тактики дальнейшего ведения</p> <p>Кроме кардиоваскулярной и почечной патологии гипертензия у беременных встречается при нейроциркуляторной астении, эндокринной патологии и нарушениях обмена веществ (гиперальдостеронизм, болезнь и синдром Иценко-Кушинга, феохромоцитома, тиреотоксикоз, микседема, акромегалия, аденогенитальный синдром, врожденная гиперплазия коры надпочечников, порфирия, гиперкальцемия), при неврологической</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|---|
| | | | патологии (энцефалит, опухоль мозга), при интоксикации (алкоголизм) и применении лекарств (глюкокортикоиды, симпатомиметики) |
| O11 Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией | | | |
| O11 - Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией | <p>Блок А ежедневно Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям</p> <p>Блок Г+ электролиты крови – при поступлении и по показаниям Анализ мочи по Нечипоренко 1/7 Анализ мочи по Зимницкому 1/7 Анализ мочи на суточную потерю белка 1/7</p> <p>Блок Д – при поступлении и по показаниям УЗИ почек однократно Эхокардиография однократно</p> <p>Консультации терапевта, офтальмолога; по показаниям уролога, кардиолога, нефролога</p> | <p>Лечение как при эссенциальной гипертензии (O10.0) + Спазмолитическая терапия (группа № 45) + Коррекция реологических свойств крови (группа № 26) + Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) + Фитотерапия инфекций мочевыводящих путей у беременных в акушерстве (группа № 58) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям</p> | <p>14-21 день</p> <p>Решение вопроса о прерывании беременности при взятии на учет, а также до 22 недель гестации, если беременность не была прервана ранее После 22 недель – досрочное родоразрешение при появлении показаний со стороны матери и/или плода путем операции кесарева сечения При спонтанном начале преждевременных родов, а также при родах в срок при отсутствии показаний к экстренному вмешательству в связи с гипертензией или нарастающей гипопротеинемией, родоразрешение согласно общим правилам ведения преждевременных/ срочных родов В послеродовом периоде грудное вскармливание при стабильном или улучшающемся состоянии При усугублении гипертензии – прекращение лактации</p> |
| O12 Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии | | | |
| O12.0 Вызванные беременностью отеки | Блок А ежедневно Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям | Лечебно-охранительный режим Седативная те- | 10-14 дней При генерализации отеков на фоне лечения – |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|
| | <p>Блок Г+ электролиты крови – при поступлении и по показаниям Анализ мочи на суточную потерю белка 1/7 Анализ мочи по Нечипоренко 1/7 Анализ мочи по Зимницкому 1/7</p> <p>Блок Д – при поступлении и по показаниям УЗИ почек (по показаниям) Консультации терапевта, офтальмолога, уролога, нефролога (по показаниям)</p> | <p>рапия растительными препаратами (группа № 42) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) Метаболическая терапия (группа № 28) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>досрочное родоразрешение</p> |
| <p>О12.1 Вызванная беременностью протеинурия</p> | <p>Диагностика как при О12.0</p> | <p>Лечебно-охранительный режим Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) Фитотерапия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве (группа № 58) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям</p> | <p>10-14 дней</p> <p>Решение вопроса о прерывании беременности при взятии на учет, а также до 22 недель гестации, если беременность не была прервана ранее После 22 недель – досрочное родоразрешение при появлении показаний со стороны матери и/или плода путем операции кесарева сечения При спонтанном начале преждевременных родов, а также при родах в срок при отсутствии показаний к экстренному вмешательству в связи с нарастающей гипопротеинемией, родоразрешение согласно общим правилам ведения преждевремен-</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| О12.2 Вызванные беременностью отеки с протеинурией | Диагностика и лечение как при О12.0и О12.1 | | |
| О13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии | <p>Блок А ежедневно</p> <p>Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям</p> <p>Блок Г+ электролиты крови – при поступлении и по показаниям</p> <p>Анализ мочи на суточную потерю белка 2/5-7</p> <p>Анализ мочи по Нечипоренко 1/7</p> <p>Анализ мочи по Зимницкому 1/7</p> <p>Блок Д – при поступлении и по показаниям</p> <p>УЗИ почек</p> <p>Консультации терапевта, офтальмолога; по показаниям кардиолога, нефролога, уролога</p> | <p>Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) + Диазепам 0,5% раствор 2 мл в/м или в/в по показаниям</p> <p>Коррекция реологических свойств крови (группа № 26)</p> <p>Спазмолитическая терапия (группа № 45)</p> <p>Гипотензивная терапия в акушерстве (группа № 18)</p> <p>Гипотензивная терапия (группа № 17)</p> <p>Метаболическая терапия (группа № 28)</p> <p>Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51)</p> <p>Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50)</p> <p>Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям</p> | <p>Для I-II перинатальных уровней при отсутствии эффекта от лечения в течение 5-7 дней перевод в перинатальный центр более высокого уровня для дообследования, решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности, наблюдения, лечения и родоразрешения</p> <p>Средняя длительность лечения 7-14 дней</p> <p>При отсутствии эффекта от лечения – досрочное родоразрешение</p> |
| О14 Вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией | | | |
| О14.0 Преэклампсия [нефропатия] средней тяжести | <p>Блок А – ежедневно</p> <p>Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям</p> | <p>Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) + Диазепам 0,5% раствор 2 мл в/м или</p> | <p>Для I-II перинатальных уровней в течение 1-3 дней перевод в перинатальный центр более</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|----------------------------|---|---|---|
| сти | <p>Бактериоскопическое исследование 1/3-5 Блок Г+ электролиты крови – 1/7 Общий анализ крови 1/3-5 Анализ мочи на суточную потерю белка ежедневно Анализ мочи по Нечипоренко однократно Анализ мочи по Зимницкому 1/7 Блок Д – при поступлении и по показаниям УЗИ почек Энцефалография (по показаниям) Консультации терапевта, офтальмолога; по показаниям уролога, нефролога, кардиолога</p> | <p>в/в по показаниям Спазмолитическая терапия (группа № 45) Гипотензивная терапия в акушерстве (группа № 18) Гипотензивная терапия (группа № 17) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям и под контролем белкового и электролитного баланса крови Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>высокого уровня В сроке беременности до 37 недель при отсутствии эффекта от лечения в течение 14 дней досрочное родоразрешение В сроке 37 недель беременности и более – родоразрешение В послеродовом периоде грудное вскармливание при стабильном или улучшающемся состоянии При усугублении гипертензии прекращение лактации</p> |
| О14.1 Тяжелая преэклампсия | <p>Диагностика как при О14.0 (Преэклампсия [нефропатия] средней тяжести)</p> | <p>Лечебно-охранительный режим Профилактика судорог: Магния сульфат (группа № 17) болюсно 4-6 г, затем поддерживающая доза 1-2 г/час, (терапевтическая концентрация магния в плазме крови - 2 ммоль/л) продолжительность введения до стабилизации АД (после родов - 24 часа) Гипотензивная терапия (группа № 17) + Диазепам 0,5% раствор 2 мл в/в по показаниям Сочетанное применение антагонистов</p> | <p>Экстренное родоразрешение в течение 2 часов от момента поступления</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| | | <p>кальция (нифедипин) 0,05 мг/кг/сут и клонидина 0,004 мг/кг/сут Интенсивная терапия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом: ЦВД, диурез, инфузионная терапия (группа № 25), трансфузионная терапия (группа № 54)</p> | |
| <p>О14.9 Преэклампсия [нефропатия] неуточненная</p> | <p>Диагностика и лечение как при О14.0 (Преэклампсия [нефропатия] средней тяжести) и О14.1 (Тяжелая преэклампсия)</p> | | |
| <p>О15</p> | <p>Эклампсия</p> | | |
| <p>О15.0 Эклампсия во время беременности</p> <p>О15.1 Эклампсия в родах</p> <p>О15.2 Эклампсия в послеродовом периоде</p> <p>О15.9 Эклампсия неуточненная по срокам</p> | <p>Блок А – ежедневно Суточное мониторирование АД на обеих руках Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям Блок Г+ электролиты крови – 1/3-5 Анализ крови общий ежедневно в первые 3-5 дней Анализ мочи на суточную потерю белка ежедневно Анализ мочи по Нечипоренко 1/7 Анализ мочи по Зимницкому 1/7 Блок Д – при поступлении и по показаниям УЗИ почек Консультации терапевта, невролога, офтальмолога;</p> | <p>Лечение проводится совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом Предотвратить возможные травмы (уложить, удержать, предотвратить прикус языка, убрать лежащие рядом с беременной предметы с острыми углами, и пр.) После прекращения судорог аспирировать содержимое ротовой полости, уложить на левый бок При восстановлении спонтанного дыхания ингаляционный масочный наркоз (фторотан, галотан и др.) или барбитураты (тиопентал натрия, гексенал болюс 3-5 мг/кг в/в, обычно до 300 мг) с последующей интубацией трахеи и ИВЛ Магния сульфат (группа № 17) - бо-</p> | <p>Экстренное родоразрешение после купирования судорог и стабилизации гемодинамики</p> <p>Продленная ИВЛ после операции</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| | по показаниям нефролога, кардиолога | <p>люсно 4-6 г за 15-20 мин. Максимальная скорость введения 1 г/мин до максимальной дозы 6 г, поддерживающая доза 2-4 г/час</p> <p>Гипотензивная терапия (группа № 17) + Диазепам 0,5% раствор 2-4 мл в/в + Дроперидол 0,25% раствор 4 мл</p> <p>Повторные введения по необходимости</p> <p>При наличии катетера в вене, а также при отсутствии спонтанного дыхания действия начинают с внутривенного барбитуратного наркоза и введения сульфата магния, бензодиазепинов, нейролептиков, интубации трахеи и ИВЛ</p> <p>Сочетанное применение антагонистов кальция (нифедипин) – 0,05 мг/кг/сут и клонидина 0,004 мг/кг/сут</p> <p>Коррекция гиповолемии при ее наличии под контролем ЦВД, общего белка, гематокрита, диуреза</p> <p>Инфузионная терапия (группа № 25) Трансфузионная терапия (группа № 54) в/в струйно</p> | |
| O16 Гипертензия у матери неутонченная | | Диагностика и лечение как при O10.0 - эссенциальная гипертензия | |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение»

см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

3.4.3. Другие болезни матери, связанные преимущественно с беременностью (O20 - O29)

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Средняя длительность лечения /Тактика ведения |
|--|--|--|--|
| | Диагностика | Лечение | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| O20 Кровотечения в ранние сроки беременности | | | |
| O20.0 Угрожающий аборт (кровотечение, уточненное как проявление угрожающего аборта) O20.8 Другие кровотечения в ранние сроки беременности | Блок А - ежедневно Блок В – при поступлении и по показаниям По показаниям: ИППП + ВПЧ, ВПГ, ЦМВ + Блок Г – 1/7 По показаниям: АФС, TORCH, пролактин, прогестерон, тестостерон, 17-ОП, ДГЭА-с Блок Д | Спазмолитическая терапия (группа № 45) Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) Патогенетическое лечение в зависимости от выявленной этиологии невынашивания: Натуральные гестагены и их аналоги (группа № 30) Антикоагулянты (группа №12) Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Глюкокортикоиды (группа №19) | 14-21 день В случае неэффективности лечения и/или прекращении развития беременности - выскабливание полости матки |
| O21 Чрезмерная рвота беременных | | | |
| O21.0 Рвота беременных легкая или умеренная | Блок А - ежедневно Контроль массы тела ежедневно Блок В – 1/7 Блок Г + электролиты крови – 1/7 Анализ мочи общий 1/3 Контроль суточного диуреза еже- | Диета, богатая белками, дробное питание (5-6 раз/сутки) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Противорвотная терапия (группа № 40) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, | 7-14 дней |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| | <p>дневно Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела ежедневно Анализ мочи на желчные пигменты, уробилин (по показаниям) ЭКГ беременной УЗИ матки и плода Консультация терапевта</p> | ГБО) | |
| <p>О21.1 Чрезмерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена веществ</p> | <p>Блок А - ежедневно Контроль массы тела ежедневно Блок В – 1/7-10 Блок Г – 1/3-5 Электролиты + КОС – 1/3-5 Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела ежедневно Анализ мочи на желчные пигменты, уробилин ежедневно Контроль суточного диуреза ежедневно Анализ мочи на суточную потерю белка 1/7 ЭКГ беременной УЗИ матки и плода Консультации терапевта</p> | <p>Диета, богатая белками, дробное питание (5-6 раз/сутки) Постельный режим Гепатопротекторы (группа №16) Инфузионная терапия (группа № 25) Противорвотная терапия (группа № 40) Препараты для парентерального питания: аминокислоты для в/в введения капельно Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>10-21 день При отсутствии эффекта от лечения в течение 7 дней и/или усугублении нарушений обмена веществ – прерывание беременности</p> |
| О23 Инфекция мочеполовых путей при беременности | | | |
| <p>О23.0 Инфекция почек при беременности О23.1 Инфекция мочевого пузыря при беременности</p> | <p>Блок А – ежедневно Измерение температуры тела 2/1 Блок В – 1/7 Блок Г – 1/3-5 Анализ мочи общий 1/3 Анализ мочи по</p> | <p>Антибиотикотерапия бессимптомной бактериурии в акушерстве (группа № 4) Антибиотикотерапия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве (группа № 7)</p> | <p>7-14 дней При отсутствии эффекта от лечения совместное лечение с урологом, нефрологом</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|--|
| | <p>Нечипоренко 1/5-7 Анализ мочи по Зимницкому 1/7 Консультация терапевта Консультация уролога, нефролога по показаниям</p> | <p>Спазмолитическая терапия (группа № 45) Фитотерапия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве (группа № 58) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям</p> | |
| <p>О23.3 Инфекция других отделов мочевых путей при беременности</p> | <p>Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к АБ1/7-10 УЗИ матки и плода УЗИ почек, мочевых путей (по показаниям) Консультация терапевта; уролог и нефролог по показаниям</p> | <p>Лечение как при О23.0-23.1</p> | <p>Как при О23.0-О23.1</p> |
| О24 Сахарный диабет при беременности | | | |
| <p>О24.0 Существовавший ранее сахарный диабет инсулинзависимый</p> | <p>Блок А - ежедневно Блок В – 1/7-10 Блок Г – 1/5-7 Липидограмма + электролиты крови (по показаниям) Исследование крови на глюкозу в 7⁰⁰ (натощак), 10⁰⁰, 13⁰⁰, 16⁰⁰ ГТТ-75 (по показаниям) Гликозилированный гемоглобин (по показаниям) Анализ мочи общий 1/3 Анализ мочи на глюкозу ежедневно Анализ мочи на ацетон и кетоно-</p> | <p>Диета с ограничением легкоусвояемых углеводов Базис-болюсный режим инсулинотерапии человеческими генно-инженерными инсулинами 0,6-1,2 ЕД/кг/сут (под контролем эндокринолога) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Метаболическая терапия группа № 28) Немедикаментозная</p> | <p>7-10 дней Перевод в эндокринологическое отделение для дообследования, определения тактики ведения беременности, решения вопроса о прерывании беременности Досрочное родоразрешение по показаниям</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|--|
| | <p>вые тела 1/3 Блок Г Консультации терапевта, офтальмолога, эндокринолога</p> | <p>терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | |
| <p>О24.1 Существовавший ранее сахарный диабет инсулиннезависимый</p> | <p>Блок А - ежедневно Блок В – 1/7-10 Блок Г – 1/3-5 Биохимическое исследование крови при поступлении и по показаниям Исследование крови на глюкозу в 7⁰⁰ (натощак), 10⁰⁰, 13⁰⁰, 16⁰⁰ в течение одних суток ГТТ-75 по показаниям Гликозилированный гемоглобин (по показаниям) Анализ мочи на глюкозу 1/1 в течение 3 дней Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела 1/3 Блок Г Консультации терапевта, офтальмолога, эндокринолога</p> | <p>Диета с ограничением легкоусвояемых углеводов Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) Метаболическая терапия (группа № 28) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>7-10 дней</p> <p>Перевод в эндокринологическое отделение для дообследования, определения тактики ведения беременности, решения вопроса о прерывании беременности Досрочное родоразрешение по показаниям</p> |
| <p>О24.4 Сахарный диабет, развившийся во время беременности</p> | <p>Блок А - ежедневно Блок В – 1/7-10 Блок Г – 1/3-5 ГТТ-75 по показаниям Гликозилированный гемоглобин по показаниям Анализ мочи на сахар ежедневно Анализ мочи на ацетон и кетоно-</p> | <p>Диета с ограничением легкоусвояемых углеводов Базис-болюсный режим инсулинотерапии человеческими генно-инженерными инсулинами 0,6-1,2 ЕД/кг/сут (под контролем эндокринолога) по показаниям Терапия, направлен-</p> | <p>7-10 дней</p> <p>Перевод в эндокринологическое отделение при необходимости назначения инсулинотерапии Досрочное родоразрешение по показаниям</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| | вые тела 1/3 Блок Г Консультации те- рапевта, офталь- молога, эндокри- нолога | ная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшаю- щая маточно- плацентарный кро- воток (группа № 51) Метаболическая те- рапия (группа № 28) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | |
| О26 | Медицинская помощь матери в связи с другими состояни- ями, связанными преимущественно с беременностью | | |
| О26.5 Гипотен- зивный синдром у матери | Блок А ежедневно Блок В – 1/7-10 Блок Г – 1/7-10 УЗИ матки и пло- да КТГ 1/7-10 Консультации те- рапевта; по пока- заниям кардиоло- га, офтальмолога | Терапия, направлен- ная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшаю- щая маточно- плацентарный кро- воток (группа № 51) Фитоадаптогены (группа № 57) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 7-10 дней |
| О26.6 Поражение печени во время беременности, родов и послеро- довом периоде | Блок А ежедневно Блок В – 1/7-10 Блок Г – 1/7 Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В + спонтанный фибринолиз – 1/7 Д-димеры по по- казаниям ВИЧ однократно HBs, HCV одно- кратно Анализ мочи на желчные пигмен- ты, уробилин – 1/3-7 Блок Д УЗИ печени Консультация те- рапевта; по пока- | Гепатопротекторы (группа № 16) Метаболическая те- рапия (группа № 28) Инфузионная тера- пия (группа № 25) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 10-14 дней Перевод в специали- зированный стацио- нар по заключению профильных специ- алистов Прерывание бере- менности и досроч- ное родоразрешение по показаниям |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|-----|---|
| | занятым гепатолога, реаниматолога, инфекциониста | | |
| O28 | Отклонения от нормы, выявленные при антенатальном обследовании матери | | |
| <p>O28.0 Гематологические отклонения</p> <p>O28.1 Биохимические отклонения</p> <p>O28.2 Цитологические изменения</p> <p>O28.3 Патологические изменения, выявленные при ультразвуковом антенатальном обследовании матери</p> <p>O28.4 Патологические изменения, выявленные при рентгенологическом антенатальном обследовании матери</p> <p>O28.5 Хромосомные или генетические аномалии</p> <p>O28.8 Другие отклонения от нормы</p> <p>O28.9 Отклонение от нормы, выявленное при антенатальном обследовании матери, неуточненное</p> | <p>Блок А ежедневно</p> <p>Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям</p> <p>Блок Г – при поступлении и по показаниям</p> <p>Блок Д – при поступлении и по показаниям</p> <p>Консультации терапевта</p> | --- | <p>Уточнение диагноза.</p> <p>Лечение в профильном отделении стационара или профильным специалистом амбулаторно</p> |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение» см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

3.4.4. Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода, амниотической полости и возможными трудностями родоразрешения (О30-О48)

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Средняя длительность лече- ния / Тактика ведения |
|---|---|---|---|
| | Диагностика* | Лечение* | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| О30 | Многоплодная беременность | | |
| О30.0 Бере- менность двойней О30.1 Бере- менность трой- ней О30.2 Бере- менность че- тырьмя плода- ми О30.9 Много- плодная бере- менность не- уточненная | Блок А еже- дневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г 1/7-10 Блок Д при поступлении и по показа- ниям Консультация терапевта | Ограничение фи- зической актив- ности, увеличение продолительно- сти дневного от- дыха Терапия, направ- ленная на улуч- шение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улуч- шающая маточно- плацентарный кровооток (группа № 51) | В тактике ведения учитывать специфические осложнения многоплодной беременности: синдром фето-фетальной трансфузии, сросшиеся близ- нецы, задержка развития од- ного из плодов, порок разви- тия одного из плодов, гибель одного из плодов, прежде- временное прерывание бере- менности, анемия у беремен- ной (см. соответствующие разделы) В первом триместре бере- менности при наличии усло- вий и согласия женщины ре- дукция 1 или более плодов Родоразрешение путем опе- рации кесарева сечения при поперечном положении I плода, при тазовом предле- жании I плода у первородя- щих, монохориальной моно- амниотической многоплод- ной беременности, суммар- ной массе плодов более 6 кг, многоводии Родоразрешение кесаревым сечением после рождения I плода: стойкая слабость ро- довой деятельности, петель пуповины при головном предлежании, симптомы острой гипоксии одного из оставшихся плодов, отслойка |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|---|
| | | | <p>плаценты, поперечное положение II плода</p> <p>При наличии показаний к кесареву сечению при дуплодной беременности плановое родоразрешение с 37 недель</p> <p>Для трех и более плодов – плановое кесарево сечение с 36 недель беременности</p> |
| <p>О30.8 Другие формы многоплодной беременности</p> | <p>Блок А ежедневно</p> <p>Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям</p> <p>Блок Г 1/7-10</p> <p>Блок Д при поступлении и по показаниям</p> <p>Консультация терапевта</p> | <p>Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха</p> <p>Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50)</p> <p>Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51)</p> | <p>При сочетании маточной и эктопической беременности удаляется эктопический очаг</p> <p>Маточная беременность сохраняется</p> |
| <p>О30.9 Многоплодная беременность неуточненная</p> | <p>Диагностика и лечение как при О30.0 – О30.8</p> | | |
| <p>О31 Осложнения, характерные для многоплодной беременности</p> | | | |
| <p>О31.0 Бумажный плод</p> | <p>Блок А ежедневно</p> <p>Блок В при поступлении и по показаниям</p> <p>Блок Г</p> <p>Блок Д при поступлении и по показаниям</p> <p>Консультация терапевта</p> | <p>Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха</p> | <p>Беременность и роды ведутся без специальных лечебно-диагностических мероприятий, связанных с “бумажным плодом”</p> |
| <p>О31.1 Продолжающаяся бе-</p> | <p>Блок А ежедневно</p> | <p>Ограничение физической актив-</p> | <p>Беременность и роды ведутся без специальных лечебно-</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| ременность после аборта одного или более чем одного плода | <p>Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям</p> <p>Блок Г 1/3 + спонтанный фибринолиз + Д-димеры 1/5-7</p> <p>Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ</p> <p>Блок Д при поступлении и по показаниям</p> <p>Консультация терапевта</p> | <p>ности, увеличение продолжительности дневного отдыха</p> <p>Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) после 12 недель по показаниям</p> <p>Коррекция реологических свойств крови (группа № 26)</p> <p>Метаболическая терапия (группа № 28)</p> <p>Микронутриентная терапия (группа № 29)</p> <p>Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50)</p> <p>Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51)</p> | <p>диагностических мероприятий при предшествующем аборте одного или более плодов после устранения инфекционных и иных осложнений, связанных с абортом, или завершения их профилактики (см. соответствующие разделы), а также при отсутствии патологии со стороны оставшихся плодов</p> |
| ОЗ1.2 Продолжающаяся беременность после внутриутробной гибели одного или более чем одного плода | <p>Блок А ежедневно</p> <p>Блок В 1/3-7</p> <p>Блок Г 1/3-7 + спонтанный фибринолиз + Д-димеры 1/5-7</p> <p>Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ</p> <p>Блок Д при поступлении и по показаниям</p> | <p>Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха</p> <p>Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) после 12 недель по показаниям</p> <p>Коррекция реологических свойств крови (группа № 26)</p> <p>Метаболическая терапия (группа № 28)</p> | <p>При гибели одного или более эмбрионов в I триместре беременность пролонгируется без специальных лечебно-диагностических мероприятий</p> <p>Монохориальные близнецы: при гибели одного или более плодов во II или III триместрах – родоразрешение кесаревым сечением по достижении живым плодом/плодами массы тела 1000,0 г и более</p> <p>Разнохориальные близнецы: при гибели одного или более плодов во II или III триместрах – родоразрешение кесаревым сечением в 36 недель</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|---|
| | Консультация терапевта | Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) | беременности Экстренное оперативное родоразрешение в любом сроке беременности при возникновении угрожающих жизни осложнений у матери и/или плода(-ов) |
| О31.8 Другие осложнения, характерные для многоплодной беременности | Специфические и характерные осложнения многоплодной беременности: синдром фето-фетальной трансфузии, сросшиеся близнецы, порок развития одного из плодов, задержка развития одного из плодов, гибель одного из плодов, преждевременное прерывание беременности, анемия у беременной (см. соответствующие разделы) | | |
| О32 | Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом неправильном предлежании плода | | |
| О32.0 Неустойчивое положение плода О32.1 Ягодичное предлежание плода О32.2 Поперечное или косое положение плода О32.3 Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода О32.4 Высокое стояние головки к концу беременности О32.5 Многоплодная беременность с неправильным предлежанием одного или нескольких пло- | Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г при поступлении и по показаниям Блок Д при поступлении и по показаниям Консультация терапевта | При одноплодной беременности с 30 до 34 недель гестации ЛФК: лежать на левом/правом боку, принимать коленно-локтевое положение в течение 10 минут 3-4 раза в день для спонтанного изменения положения/предлежания плода Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха | 5-7 дней Какие-либо специальные действия, связанные с насильственным изменением положения или предлежания плода не допустимы Медицинская помощь во время беременности оказывается при возникновении осложнений беременности, но не в связи с неправильным положением/предлежанием плода При сохранении неправильного предлежания плода к сроку доношенной беременности родоразрешение путем операции планового кесарева сечения При чисто ягодичном предлежании плода родоразрешение через естественные родовые пути при доношенной |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| <p>дов О32.6 Комбинированное предлежание плода О32.8 Другие формы неправильного предлежания плода О32.9 Неправильное предлежание плода неуточненное, требующее предоставления медицинской помощи матери</p> | | | <p>беременности возможно при настойчивом желании женщины, отказе от операции, предполагаемой массе плода менее 3600 г, удовлетворительном его состоянии и отсутствии у матери показаний к кесареву сечению</p> |
| О33 | Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода | | |
| <p>О33.0 Деформация костей таза О33.1 Равномерно суженный таз, О33.2 Сужение входа таза О33.3 Сужение выхода таза, приводящие к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О33.4 Диспропорция смешанного материнского и плодного происхождения, требующая предоставления медицинской помощи матери О33.5 Крупные размеры плода,</p> | <p>Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г при поступлении и по показаниям Блок Д при поступлении и по показаниям Консультация терапевта</p> | <p>Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32)</p> | <p>Кесарево сечение в плановом порядке при достижении срока беременности 38 недель При развитии родовой деятельности, излитии околоплодных вод, а также при появлении любых показаний к экстренному родоразрешению при предполагаемом или установленном несоответствии размеров таза матери размерам плода кесарево сечение вне зависимости от срока беременности</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|--|
| <p>О33.6 Гидроцефалия плода, О33.7 Другие аномалии плода, приводящие к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О33.8 Диспропорция вследствие других причин, требующая предоставления медицинской помощи матери О33.9 Диспропорция, требующая предоставления медицинской помощи матери, неуточненная</p> | | | |
| <p>О34 Медицинская помощь матери при установленной или предполагаемой аномалии органов таза</p> | | | |
| <p>О34.0 Врожденные аномалии матки, требующие предоставления медицинской помощи матери</p> | <p>Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г при поступлении и по показаниям Блок Д при поступлении и по показаниям Консультация терапевта</p> | <p>Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-</p> | <p>См. О20, О60 Во время беременности врожденные аномалии матки не устраняются Коррекция порока развития матки выполняется до планируемой первой беременности, если он сопровождается клиническими проявлениями патологии. При этом предпочтительнее оперативные методики, не связанные с проникновением в маточную полость В остальных случаях хирургическое вмешательство по поводу порока производится после повторного выкидыша при исключении иных при-</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| | | плацентарный кровоток (группа № 51) | чин невынашивания беременности Коррекция порока развития матки может быть выполнена вторым этапом во время кесарева сечения |
| О34.1 Опухоль тела матки, требующая предоставления медицинской помощи матери | Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г при поступлении и по показаниям Блок Д при поступлении и по показаниям Консультация терапевта | Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) Антибиотико-профилактика (группа № 3) по показаниям Обезболивание (группа № 32) по показаниям | Хирургическое удаление опухоли тела матки должно выполняться до планируемой беременности Во время беременности в сроке 12-16 недель опухоль тела матки (доброкачественная) удаляется при шеечно-перешеечном её расположении, при размерах опухоли, превышающих 7 см В любом сроке беременности опухоль удаляется при признаках нарушения ее питания Показанием к родоразрешению плода путем операции кесарева сечения является опухоль, препятствующая рождению плода При родоразрешении плода путем операции кесарева сечения опухоль должна быть удалена вторым этапом операции (миомэктомия). Вопрос об удалении органа решается консилиумом интраоперационно Плановое оперативное лечение миомы матки выполняется после завершения лактации |
| О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери | Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г при поступлении | Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха Метаболическая терапия (группа | Родоразрешение путем операции кесарева сечения в плановом порядке с 38 недель беременности Экстренное оперативное родоразрешение предпринимается при развитии родо- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| | <p>и по показаниям Блок Д при поступлении и по показаниям УЗИ нижнего сегмента и области рубца Консультация терапевта</p> | <p>№ 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51)</p> | <p>вой деятельности, преждевременном излитии околоплодных вод, возникновении показаний к досрочному родоразрешению, неэффективности токолиза при недоношенной беременности Роды проводятся через естественные родовые пути при поступлении роженицы с полным или близким к полному раскрытию маточного зева, с предлежащей головкой в полости таза или на тазовом дне, когда выполнение кесарева сечения связано с высоким риском родовой травмы плода В плановом порядке родоразрешение через естественные родовые пути по настоянию женщины возможно после полного информирования беременной о возможном риске для плода и репродуктивного органа/функции, обсуждения плана родов консилиумом, определение им ответственного за ведение родов врача и документального оформления как информированного согласия беременной, так и документированного согласия врача на ведение родов</p> |
| <p>О34.3 Истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери</p> | <p>Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г при поступлении и по показаниям Блок Д при поступлении</p> | <p>Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) по показаниям Метаболическая терапия (группа</p> | <p>10-14 дней Наложение подслизистого кругового шва с 12 недель беременности Шов снимается: при пролабировании плодного пузыря, с началом регулярных схваток, при излитии околоплодных вод или по достижении срока 37 недель гестации, а также при необходимости</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| | и по показаниям | № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | досрочного родоразрешения |
| ОЗ4.4 Другие anomalies шейки матки, требующие предоставления медицинской помощи матери (полип шейки матки, предшествующие операции, стриктуры и стенозы шейки матки, опухоли) | Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г 1/7-10 Блок Д при поступлении и по показаниям | Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха Обработка кожи и слизистых оболочек (группа № 33) | Полип шейки матки – полипэктомия после санации влагалища. Предшествующие операции на шейке матки, сопровождавшиеся операционной травмой стромы на глубину до 1/2 ее толщины - наблюдение и родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации; при травме стромы более 1/2 ее толщины - наблюдение во время беременности, родоразрешение путем планового кесарева сечения. Стриктуры и стенозы шейки матки - наблюдение во время беременности. Родоразрешение кесаревым сечением при возникновении акушерских показаний. Злокачественные опухоли – подход сугубо индивидуальный. Тактика ведения беременности и родоразрешения согласовывается с врачом-онкологом. Доброкачественные опухоли. Лечение опухоли откладыва- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|--|
| | | | <p>ется на послеабортный или послеродовой период. Родоразрешение кесаревым сечением, если размеры опухоли препятствуют продвижению плода или высока вероятность травмы родовых путей</p> |
| <p>О34.5 Другие аномалии беременности матки, требующие предоставления медицинской помощи матери (ущемления, выпадения ретроверсии беременности матки)</p> | <p>Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г 1/7-10 Блок Д при поступлении и по показаниям</p> | <p>Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>Ущемление матки. Постельный режим с приподнятым ножным концом кровати на 10 -15 см. 4 раза в день коленной локтевое положение на 10-15 минут. При некрозе матки – экстирпация с трубами. Выпадение матки. Ее вправление. При невозможности вправления – удаление плодного яйца с последующим вправлением. Ретроверсия матки. Наблюдение. При возникновении воспалительной реакции лапаротомия, исправление положения матки, бандаж в послеоперационном периоде</p> |
| <p>О34.6 Аномалии влагалища, требующие предоставления медицинской помощи матери</p> | <p>Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г 1/7-10 Блок Д при поступлении и по показаниям</p> | <p>Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>Аномалии влагалища, не препятствовавшие наступлению беременности, специализированной помощи во время беременности не требуют Родоразрешение путем операции кесарева сечения при механическом препятствии рождению плода или высокой вероятности глубоких разрывов мягких тканей родовых путей, а также после хирургической коррекции порока развития влагалища для обеспечения возможности половой жизни и наступления беременности При необходимости коррекция порока влагалища после аборта или родов</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|--|
| <p>О34.7 Аномалии вульвы и промежности, требующие предоставления медицинской помощи матери</p> | <p>Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г 1/7-10 Блок Д при поступлении и по показаниям</p> | <p>Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) Антибиотико-профилактика (группа №3) по показаниям Обезболивание (группа №32) по показаниям)</p> | <p>Аномалии вульвы и промежности, не препятствовавшие наступлению беременности, специальной коррекции на ее протяжении не требуют</p> <p>Родоразрешение путем операции кесарева сечения после пластических операций на вульве и промежности, которые сопровождались перемещением тканей, закрытием свищевых ходов, коррекцией тазового дна</p> <p>Коррекция аномалии вульвы и промежности после абортов или родов по настоянию женщины</p> |
| <p>О34.8 Другие уточненные аномалии тазовых органов, требующие предоставления медицинской помощи матери (Цистоцеле, пластика тазового дна (в анамнезе), ректоцеле, ригидное тазовое дно) О34.9 Аномалия тазовых органов, требующая предоставления медицинской помощи матери, неуточненная</p> | <p>Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г 1/7-10 Блок Д при поступлении и по показаниям</p> | <p>Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) Антибиотико-профилактика (группа №3) по показаниям Обезболивание (группа №32) по показаниям)</p> | <p>Цистоцеле, ректоцеле. Лечение патологии после завершения беременности. Во время беременности наблюдение, заправление цистоцеле, ректоцеле санация влагалища. Родоразрешение через естественные родовые пути. Пластика тазового дна в анамнезе и ригидное тазовое дно – кесарево сечение после 22 недель при развитии родовой деятельности или необходимости родоразрешения. До 22 недель беременности – рождение плода через естественные родовые пути. Отвислый живот – во время беременности ношение бандажа. Родоразрешение кесаревым сечением по акушерским показаниям.</p> |
| О35 | Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода | | |
| <p>О35.0 Пороки развития цен-</p> | <p>Блок А – ежедневно</p> | <p>Ограничение физической актив-</p> | <p>5-7 дней</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|--|
| <p>тральной нервной системы у плода, требующие предоставления медицинской помощи матери</p> <p>О35.1 Хромосомные аномалии у плода (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери</p> <p>О35.2 Наследственные болезни (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери</p> | <p>Блок В – 1/3-7 Блок Г – 1/7 TORCH ИППП ВПГ и ЦМВ Цитологическое исследование крови на кариотип у супругов (по показаниям) Биопсия ворсин хориона в 12 недель беременности (по показаниям) Амниоцентез (по показаниям) Кордоцентез в 16-18 недель беременности (по показаниям) Блок Г Генетические исследования (РНПЦ «Мать и дитя») по показаниям Консультация терапевта, генетика, других специалистов с учетом выявленной патологии</p> | <p>ности, увеличение продолжительности дневного отдыха Антибиотико-профилактика (группа №3) по показаниям Обезболивание (группа №32) по показаниям</p> | <p>Верификация диагноза. При исключении предполагаемых аномалий и повреждений - пролонгирование беременности При подтверждении аномалии до 22 недель гестации - прерывание беременности в соответствии с нормативными документами МЗ РБ о прерывании беременности Метод прерывания беременности зависит от конкретных клинических условий При несогласии на прерывание беременности или выявлении патологии после 22 недель гестации – ее пролонгирование Родоразрешение путем операции кесарева сечения осуществляется по акушерским показаниям</p> |
| <p>О35.3 Поражение плода (предполагаемое) в результате вирусного заболевания матери, требующее предоставления меди-</p> | <p>Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г 1/7-10 ИППП TORCH ВПГ, ЦМВ</p> | <p>Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Метаболическая</p> | <p>В I триместре показано прерывание беременности Во II триместре – прерывание беременности в соответствии с нормативными документами МЗ РБ о прерывании беременности В III триместре – досрочное родоразрешение по акушер-</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|--|
| <p>цинской помощи матери О35.4 Поражение плода (предполагаемое) в результате воздействия алкоголя, требующее предоставления медицинской помощи матери О35.5 Поражение плода (предполагаемое) в результате употребления лекарственных средств, требующее предоставления медицинской помощи матери О35.6 Поражение плода (предполагаемое) в результате радиации, требующее предоставления медицинской помощи матери О35.7 Поражение плода (предполагаемое) в результате, других медицинских процедур, требующее предоставления медицинской помощи матери</p> | <p>Блок Д при поступлении и по показаниям Консультация терапевта, инфекциониста</p> | <p>терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Противовирусная терапия (группа № 38) по показаниям Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) Антибиотико-профилактика (группа №3) по показаниям Обезболивание (группа №32) по показаниям</p> | <p>ским показаниям Оперативное родоразрешение при риске интранатального инфицирования плода вследствие вирусных заболеваний матери</p> <p>Лечение и родоразрешение беременных с ВИЧ в соответствии с приложением к приказу МЗ РБ от 24 сентября 2010 № 1008 «Об утверждении клинических протоколов» - «Клинический протокол профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку»</p> |
| <p>О35.8 Другие аномалии и поражения плода</p> | <p>Диагностика и лечение как при О35.0 – О35.7</p> | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|---|
| (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери O35.9 Аномалия и поражение плода, требующие предоставления медицинской помощи матери, неуточненные | | | |
| O36 | Медицинская помощь матери при других установленных или предполагаемых патологических состояниях плода | | |
| O36.0 Резус-иммунизация, требующая предоставления медицинской помощи матери (Анти-D[Rh]-антитела; Rh-несовместимость (с водянкой плода)) O36.1 Другие формы изоиммунизации, требующие предоставления медицинской помощи матери (AB0-изоиммунизация; изоиммунизация БДУ с водянкой плода) | Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г при поступлении и по показаниям Титр и специфичность IgG (гелевыми картами) 1/7 Определение гомо- и гетерозиготности по антигену D партнера (по показаниям) Блок Д при поступлении и по показаниям Консультация терапевта, гематолога (по показаниям) | Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Коррекция реологических свойств крови (группа № 26) Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) Препараты, содержащие общие иммуноглобулины (октагам, биовен-моно): разовая доза – 100 мг/кг массы тела беременной 1 раз | 10-14 дней Тактика ведения в соответствии с инструкцией МЗ РБ №132-07 от 27.06 2008 г. «Алгоритм диагностики и лечения резус-иммунизации у беременных и новорожденных» (см. приложение 4) |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|--|
| | | в сутки в/в капельно 4 дня, повторные курсы через месяц, вплоть до родоразрешения | |
| ОЗ6.2 Водянка плода, требующая предоставления медицинской помощи матери (водянка плода БДУ, не связанная с иммунизацией) | Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г 1/7-10 ИППП TORCH ВПГ, ЦМВ Блок Д при поступлении и по показаниям Консультация терапевта, инфекциониста, генетика (по показаниям) | Этиопатогенетическое лечение выявленного заболевания Микронутриентная терапия (группа № 29) | 7-14 дней Тактика ведения беременности и родоразрешения в зависимости от выявленной патологии |
| ОЗ6.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери | Блок А ежедневно Блок В 1/7-10 Блок Г 1/7-10 TORCH ИППП ВПГ, ЦМВ Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ Блок Д при поступлении и по показаниям КТГ ежедневно Допплеромет- | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) по показаниям Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) | 14-21 день Родоразрешение путем операции кесарева сечения при усугублении признаков внутриутробной гипоксии по данным кардиотокографии и/или доплерометрии. |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|
| | рия 3/7 Консультация терапевта | Немедикаментозная терапия (ГБО) | |
| О36.4 Внутривутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери | Блок А ежедневно Блок В 1/7-10 Блок Г 1/7-10 Д-димеры + спонтанный фибринолиз Блок Д при поступлении и по показаниям Консультация терапевта | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Инфузионная терапия (группа № 25) | 1-3 дня Родоразрешение через естественные родовые пути Кесарево сечение, в том числе малое, по акушерским показаниям или в связи с экстрагенитальной патологией Гибель плода при многоплодной беременности см. раздел О31.2 |
| О36.5 Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери | Блок А ежедневно Блок В 1/7-10 Блок Г 1/7-10 TORCH ИППП ВПГ, ЦМВ Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ Блок Д при поступлении и по показаниям Консультация терапевта | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) по показаниям Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) Немедикаментозная терапия (ГБО) | 14-21 день Родоразрешение путем операции кесарева сечения при отставании размеров плода от должных размеров на 4 недели и более, а также при усугублении признаков внутриутробной гипоксии по данным кардиотокографии и/или доплерометрии. |
| О36.6 Избыточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери | Блок А ежедневно Блок В 1/7-10 Блок Г 1/7-10 Блок Д при поступлении и по показаниям | Разгрузочный день 1/7 | 3-5 дней до родоразрешения У первородящих при предполагаемой массе плода более 4000 г и наличии хотя бы ещё одного относительного показания родоразрешение путем операции кесарева сечения в плановом порядке после 37 |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|---|
| | | | <p>недель беременности Роды через естественные родовые пути допускаются при клиническом соответствии размеров таза матери предполагаемым размерам плода и при наличии анамнестических данных о физиологическом течении предыдущих родов</p> |
| <p>О36.7 Жизнеспособный плод при абдоминальной беременности</p> | <p>Блок А Блок В Блок Г Блок Д Консультация терапевта</p> | | <p>Родоразрешение абдоминальным доступом в день постановки диагноза Родоразрешающая операция совместно с хирургом: лапаротомия, извлечение плода и элементов плодного яйца, остановка кровотечения из места плацентации, реконструктивные операции на органах брюшной полости по показаниям</p> |
| <p>О36.8 Другие уточненные отклонения в состоянии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери О36.9 Отклонение в состоянии плода, требующее предоставления медицинской помощи матери, неуточненное</p> | <p>Диагностика и лечение как при О36.0 – О36.7</p> | | |
| О40 Многоводие | | | |
| <p>О40 Многоводие</p> | <p>Блок А ежедневно Блок В 1/7-10 Блок Г 1/7-10 Посев из цервикального канала на</p> | <p>Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Коррекция реологических свойств крови (группа №26)Терапия,</p> | <p>10-14 дней До 37 недель беременности при идиопатической форме многоводия и его нарастании возможно применение лечебно-диагностического амнио-</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| | <p>флору и чувствительность к АБ</p> <p>Блок Д при поступлении и по показаниям</p> <p>Консультация терапевта, генетика по показаниям</p> | <p>направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50)</p> <p>Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51)</p> | <p>центеза с медленным выведением 200 мл жидкости.</p> <p>Повторный амниоцентез проводится через 2-4 дня</p> <p>При доношенной беременности – родоразрешение</p> <p>Кесарево сечение – по дополнительным показаниям</p> <p>При родах через естественные родовые пути и выполнении амниотомии препятствовать выпадению мелких частей плода и петель пуповины путем наружной фиксации головки плода ассистентом и ограничения скорости излития околоплодных вод</p> |
| О41 | Другие нарушения со стороны амниотической жидкости и плодных оболочек | | |
| О41.0 Олигогидрамнион | <p>Блок А ежедневно</p> <p>Блок В 1/7-10</p> <p>Блок Г 1/7-10</p> <p>Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ</p> <p>Блок Д при поступлении и по показаниям</p> <p>Консультация терапевта, генетика по показаниям</p> | <p>Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5)</p> <p>Коррекция реологических свойств крови (группа №26)</p> <p>Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50)</p> <p>Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51)</p> <p>Амниоинфузии 200-500 мл 0,9% раствора натрия хлорида по показаниям</p> | 10-14 дней |
| О41.1 Инфекция амниотической полости и плодных оболочек | <p>Блок А ежедневно</p> <p>Блок В 1/7-10</p> <p>Блок Г 1/7-10</p> <p>Посев из цер-</p> | <p>Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5)</p> <p>Инфузионная терапия (группа №</p> | При недоношенной беременности и целом плодном пузыре лечение в течение 10-14 дней |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| | викального канала на флору и чувствительность к АБ Блок Д при поступлении и по показаниям Консультация терапевта | 25) Коррекция реологических свойств крови (группа №26) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) | При недоношенной беременности и преждевременном разрыве плодных оболочек см. О42 При доношенной беременности родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации на фоне антибактериальной терапии |
| О41.8 Другие уточненные нарушения амниотической жидкости и плодных оболочек О41.9 Нарушение амниотической жидкости и плодных оболочек неуточненное | Диагностика и лечение как при О41.0 – О41.1 | | |
| О42 | | Преждевременный разрыв плодных оболочек | |
| О42.0 Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 часа | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) Анализ крови общий | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) не позднее 6 часов от момента излития околоплодных вод Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) | При доношенной беременности родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации При недоношенной беременности см. преждевременные роды О60 |
| О42.1 Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов после 24- | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) с момента поступления Терапия, улуч- | При доношенной беременности родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации При недоношенной беремен- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| часового безводного периода | наблюдения при физиологических родах) Анализ крови общий | шаюшая маточно-плацентарный кровотоков (группа № 51) | ности см. преждевременные роды O60 |
| O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией | Блок А ежедневно Блок В 1/7 Блок Г 1/3 Анализ крови общий ежедневно Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ Блок Д при поступлении и по показаниям | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Коррекция реологических свойств крови (группа №26) Профилактика РДС плода и новорожденного (группа № 41) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровотоков (группа № 51) | В сроке беременности 22-28 недель пролонгирование беременности на фоне лечения и ежедневного мониторинга возможного развития ССВО у матери В сроке беременности 28-34 недели – профилактика РДС плода В сроке более 34 недель – родоразрешение Родоразрешение см. преждевременные роды O60 |
| O42.9 Преждевременный разрыв плодных оболочек неуточненный | Диагностика и лечение как при O42.0 – O42.2 | | |
| O43 | | Плацентарные нарушения | |
| O43.0 Синдромы плацентарной трансфузии | Блок А – ежедневно Блок В – 1/7-10 Блок Г – при поступлении и по показаниям Блок Д при поступлении и по показаниям КТГ 1/3 | Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Метаболическая терапия (группа № 28) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно- | В группе плацентарных нарушений при многоплодной беременности возможно хирургическое лечение с использованием фетоскопической техники Досрочное родоразрешение по показаниям |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|--|
| | | плацентарный кровоток (группа № 51) | |
| О43.1 Аномалия плаценты | Блок А – ежедневно Блок В – 1/7-10 Блок Г при поступлении и по показаниям Блок Д при поступлении и по показаниям КТГ 1/3 | Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Метаболическая терапия (группа № 28) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) | 10-14 дней Досрочное родоразрешение по показаниям После родов дополнительный ультразвуковой контроль полости матки на предмет остатков плацентарной ткани |
| О43.8 Другие плацентарные нарушения О43.9 Плацентарное нарушение неуточненное | Блок А – ежедневно Блок В – 1/7-10 Блок Г при поступлении и по показаниям Блок Д при поступлении и по показаниям КТГ 1/3 | Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Метаболическая терапия (группа № 28) Терапия, направленная на улучшение функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) | 10-14 дней Досрочное родоразрешение по показаниям |
| О44 Предлежание плаценты | | | |
| О44.0 Предлежание плаценты, уточненное как без кровотечения | Блок А ежедневно Блок В при поступлении и по показаниям Блок Г – 1/7 Блок Д при поступлении и по показа- | Ограничение физической активности Коррекция реологических свойств крови (группа № 26) Терапия, направленная на улучшение | При центральном (полном) предлежании плаценты – стационарное наблюдение до изменения степени предлежания в результате миграции плаценты или родоразрешение оперативным путем при доношенной беременности |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|--|
| | ниям | функции плаценты (группа № 50) Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) | При частичном предлежании плаценты – родоразрешение кесаревым сечением при доношенной беременности При низком расположении плаценты и отсутствии сопутствующей патологии или осложнений беременности, являющихся показаниями к кесареву сечению, - родоразрешение через естественные родовые пути при доношенной беременности с выполнением ранней амниотомии |
| О44.1 Предлежание плаценты с кровотечением | Блок А ежедневно Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям Блок Г ежедневно до 3 суток, затем 1/3 Д-димеры при поступлении и по показаниям Спонтанный фибринолиз при показаниям Анализ мочи общий 1/3 УЗИ матки и плода | <p>При кровотечении, угрожающем жизни:</p> <p>Во время операции: Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Трансфузионная терапия (группа № 54) Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56)</p> | <p>При кровотечении, угрожающем жизни:</p> <p>Родоразрешение путем операции кесарева сечения независимо от срока беременности после постановки диагноза</p> |
| | | <p>Умеренные, незначительные кровянистые выделения, кровомазание:</p> <p>Постельный режим Профилактика РДС плода и новорожденного (группа № 41) Спазмолитическая терапия (группа № 45)</p> | <p>7-10 дней при отсутствии снижения гемоглобина и нарушений в системе гемостаза</p> <p>В сроке беременности до 22 недель: при отсутствии эффекта от лечения (кровянистые выделения продолжа-</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|---|
| | | <p>Трансфузионная терапия (группа № 54) по показаниям</p> <p>Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60)</p> <p>Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений (группа № 56) при ведении родов через естественные родовые пути</p> | <p>ются/усиливаются, снижение гемоглобина, нарушения в системе гемостаза) – прерывание беременности путем операции малого кесарева сечения</p> <p>В сроке беременности 22-28 недель: при прекращении кровянистых выделений – пролонгирование беременности, при отсутствии эффекта от лечения (кровянистые выделения продолжают-ся/усиливаются, снижение гемоглобина, нарушения в системе гемостаза) – родоразрешение плода путем операции кесарева сечения</p> <p>В сроке беременности 28-34 недели: так же как в сроке 22-28 недель + профилактика РДС плода перед родоразрешением</p> <p>В сроке беременности 34 недели и более: при прекращении кровянистых выделений – пролонгирование беременности до спонтанного начала родов. При отсутствии эффекта от лечения – помимо родоразрешения путем операции кесарева сечения возможно ведение родов через естественные родовые пути с выполнением ранней амниотомии и введением утеротоников при отсутствии признаков прогрессирования кровотечения</p> |
| О45 | Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae] | | |
| О45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови | Блок А Блок В Блок Г Д-димеры Спонтанный фибринолиз по показаниям | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Инфузионная терапия (группа № 25) Трансфузионная | До 22 недель беременности – экстренное малое кесарево сечение После 22 недель – экстренное кесарево сечение вне зависимости от срока беременности, состояния плода и про- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|---|
| | УЗИ матки и плода | <p>терапия (группа № 54), включающая свежезамороженную плазму в количестве 20 мл/кг массы тела, по показаниям криопреципитат 8-10 доз</p> <p>В послеродовом /послеоперационном периоде патогенетические лечебно-реабилитационные мероприятия по показаниям</p> | <p>гноза его жизнеспособности</p> <p>После выполнения кесарева сечения и удаления последа для остановки кровотечения – перевязка органных сосудистых пучков без выделения их из окружающих тканей, а именно: восходящих ветвей маточных сосудов, сосудов находящихся в собственных связках яичников, а при необходимости и в круглых связках</p> <p>Удаление матки после остановки кровотечения выполняется только при наличии сопутствующей патологии органа: при лапаротомии были обнаружены разрыв матки (см. О71.1) или тотальное пропитывание матки кровью (матка Кювелера – надвлагалищная ампутация матки), или наличие признаков воспалительного процесса (экстирпация матки)</p> |
| О45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты О45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточненная | <p>Блок А ежедневно</p> <p>Блок В 1/7</p> <p>Блок Г 1/3</p> <p>Анализ крови общий 1/3</p> <p>Д-димеры 1/3</p> <p>Спонтанный фибринолиз при поступлении и по показаниям</p> <p>Блок Г</p> <p>УЗИ матки и плода при поступлении, через 3 дня и по показаниям</p> | <p>Постельный режим</p> <p>Профилактика РДС плода и новорожденного (группа № 41)</p> <p>Спазмолитическая терапия (группа № 45)</p> <p>Трансфузионная терапия (группа № 54) по показаниям</p> <p>Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60)</p> | <p>При полной отслойке см. преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови О.45</p> <p>При частичной преждевременной отслойке плаценты: В сроке беременности до 22 недель: при отсутствии эффекта от лечения (кровянистые выделения продолжают усиливаться либо нарастает ретроплацентарная/заоболочечная гематома по данным УЗИ, снижается гемоглобин, появляются нарушения в системе гемостаза) – прерывание беременности путем операции малого кесарева сечения; возможна одномоментная эвакуация элементов плодного яйца при наличии условий и под контролем УЗИ</p> <p>В сроке беременности 22-28 недель: при эффективности</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|--|
| | | | <p>лечения – пролонгирование беременности, при отсутствии эффекта от лечения (кровянистые выделения продолжают усиливаться либо нарастает ретроплацентарная/заоболочечная гематома по данным УЗИ, снижается гемоглобин, появляются нарушения в системе гемостаза) – кесарево сечение независимо от состояния плода</p> <p>В сроке беременности 28-34 недели: при эффективности лечения – пролонгирование беременности, при отсутствии эффекта от лечения (кровянистые выделения продолжают усиливаться либо нарастает ретроплацентарная/заоболочечная гематома по данным УЗИ, снижается гемоглобин, появляются нарушения в системе гемостаза, ухудшается состояние плода) – кесарево сечение + по возможности профилактика РДС плода перед родоразрешением</p> <p>В сроке беременности 34 недели и более: при эффективности лечения – пролонгирование беременности до спонтанного начала родов; при отсутствии эффекта от лечения – кесарево сечение</p> |
| О46 | Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках | | |
| <p>О46 Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках</p> <p>О46.0 Дородовое кровотечение с нарушением свертыва-</p> | <p>Блок А Блок В Блок Г 1/3 Д-димеры Спонтанный фибринолиз по показаниям УЗИ матки и плода Консультация</p> | <p>Постельный режим Трансфузионная терапия (группа № 54), включающая свежезамороженную плазму в количестве 20 мл/кг массы тела, по показаниям</p> | <p>Дородовая подготовка в соответствии с рекомендациями смежных специалистов При необходимости экстренного родоразрешения способ выбирается в зависимости от акушерской ситуации</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| емости О46.8 Другое дородовое кро- вотечение О46.9 Дородо- вое кровотеche- ние неуточнен- ное | терапевта, ге- матолога | криопреципитат 8-10 доз Симптоматиче- ская гемостатиче- ская терапия (группа № 60) | |
| О47 Ложные схватки | | | |
| О47.0 Ложные схватки в пе- риод до 37 полных недель беременности О47.1 Ложные схватки начи- ная с 37 пол- ных недель бе- ременности О47.9 Ложные схватки не- уточненные | Диагностика как в подраз- деле 3.3 (Кли- нический про- токол дина- мического наблюдения при физиоло- гических ро- дах) | Седативная тера- пия растительны- ми препаратами (группа № 42) | В сроке до 37 недель – про- лонгирование беременности и дифференциальная диагно- стика с угрозой прерывания беременности После 37 недель – дифферен- циальная диагностика со схватками прелиминарного периода |
| О48 Переношенная беременность | | | |
| Переношенная беременность О48 | Блок А еже- дневно Блок В – 1/3-5 Блок Г – при поступлении и по показа- ниям Блок Д – при поступлении и по показа- ниям Кардиотоко- графия 1/3 Амниоскопия | Индукция родов при целом плод- ном пузыре (группа № 24) Амниотомия Утеротонические средства для ин- дукции родов при отсутствии плод- ного пузыря и ро- достимуляции (группа № 55) | 3-7 дней Родоразрешение (индукция родов, кесарево сечение) при установлении диагноза |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение» см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

3.4.5. Осложнения родов и родоразрешение (О60-О84)

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Средняя длительность лечения / Тактика ведения |
|--|--|---|--|
| | Диагностика* | Лечение* | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| О60 | Преждевременные роды | | |
| О60 Преждевременные роды | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | <p>Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) с момента поступления</p> <p>Профилактика РДС плода и новорожденного (группа № 41)</p> <p>Токолиз β_2-адреномиметиками (группа № 52)</p> <p>За 1 час до завершения внутривенного введения β_2-адреномиметиков при полном прекращении сократительной активности матки назначают пероральный прием β_2-адреномиметиков по 1 табл. через каждые 3-4 часа</p> <p>При прогрессировании родов на фоне проводимого токолиза введение β_2-адреномиметиков прекращают для предотвращения их неблагоприятного действия на новорожденного</p> <p>Токолиз магния сульфатом (группа № 53) по показаниям</p> <p>При прогрессировании родов: Обезболивание (группа № 32) Перидуральная анестезия по показаниям</p> | <p>В сроке беременности 22-34 недели: при укороченной шейке матки и/или прохождении цервикального канала до 3 см осуществляется токолиз</p> <p>В сроке беременности 28-34 недели – профилактика РДС плода и новорожденного.</p> <p>При сглаженной шейке матки и раскрытии более 3 см токолиз не проводится, а ведутся преждевременные роды с участием неонатологической службы. Метод родоразрешения:</p> <ul style="list-style-type: none"> • в сроке беременности 22-28 недель – в зависимости от акушерской ситуации • в 28-34 недели – путем операции кесарева сечения <p>После 34 недель беременности – профилактика РДС плода не проводится. Метод родоразрешения – в зависимости от акушерской ситуации</p> <p>При преждевременном излитии околоплод-</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|--|
| | | | <p>ных вод в сроке беременности более 34 недель и при отсутствии показаний к родоразрешению путем операции кесарева сечения родовозбуждение начинается через 2 часа после излития околоплодных вод или с момента поступления пациентки в стационар при большем безводном промежутке</p> <p>В родах профилактика родовых травм у новорожденного проводится изменением положения тела роженицы на родильной кровати. При прохождении предлежащей частью плода плоскостей малого таза ноги роженицы должны быть максимально приведены к грудной клетке, после достижения предлежащей частью тазового дна, ноги роженицы свешиваются в кольцах. Альтернативой являются “вертикальные” роды, роды в коленно-локтевом положении. Не создается препятствий продвижению предлежащей части. Эпизиотомия и пудендальная анестезия не выполняются</p> |
| Об1 Неудачная попытка стимуляции родов | | | |
| Об1 Неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными средствами Об1.1 Инстру- | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при фи- | После операции: Антибиотикопрофилактика (группа №3) по показаниям Обезболивание (группа №32) по показаниям | Кесарево сечение при установлении диагноза |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| ментальными методами 061.9 Неуточненная | физиологических родах) | | |
| 062 Нарушения родовой деятельности [родовых сил] | | | |
| 062.0 Первичная слабость родовой деятельности | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | Утеротонические средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции (группа № 55) Обезболивание (группа № 32) Антибиотикопрофилактика в родах (группа № 3) по показаниям Акушерский сон (по показаниям): натрия оксибутират (ГОМК) 20% раствор 20,0 (проводит врач-анестезиолог-реаниматолог) Обязательна комбинация ГОМК с дифенгидраминам 1% раствором 2,0 + атропином сульфатом 0,1% раствором 0,7 + тримеперидином 2% раствором 1,0 | 6 часов; при проведении акушерского сна – 9 часов Кесарево сечение при отсутствии эффекта от медикаментозного лечения слабости |
| 062.1 Вторичная слабость родовой деятельности 062.2 Другие виды слабости родовой деятельности | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | Утеротонические средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции (группа № 55) Обезболивание (группа № 32) Антибиотикопрофилактика (группа № 3) по показаниям | При вторичной слабости 2-4 часа При слабости потуг 40 минут-1 час Кесарево сечение при развитии дистресса плода, если головка плода находится в полости малого таза или выше Роды через естественные родовые пути с применением вакуум-экстракции плода или наложением выходных акушерских щипцов, если головка плода располагается в плоскости выхода ма- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|--|
| | | | <p>лого таза</p> <p>При тазовом предлежании плода: родоразрешение путем операции кесарева сечения. Если к моменту развития слабости потуг туловище плода уже родилось – оказание ручного пособия</p> |
| 062.3 Стремительные роды | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | <p>Действия как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> <p>Обезболивание (группа № 32)</p> <p>Спазмолитическая терапия (группа № 45)</p> | 1-2 часа |
| <p>062.4 Гипертензивные, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки</p> <p>062.8 Другие нарушения родовой деятельности</p> <p>062.9 Нарушение родовой деятельности неутонченное</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> <p>Непрерывное мониторирование КТГ</p> | <p>Обезболивание (группа № 32)</p> <p>Акушерский сон (по показаниям): натрия оксибутират (ГОМК) 20% раствор 20,0 (проводит врач-анестезиолог-реаниматолог)</p> <p>Обязательна комбинация ГОМК с дифенгидрамином 1% раствором 2,0 + атропином сульфатом 0,1% раствором 0,7 + тримеперидином 2% раствором 1,0</p> <p>После отдыха роженицы допускается стимуляция сократительной деятельности матки. Утеротонические средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции (группа № 55)</p> | <p>1-2 часа до принятия решения о смене акушерской тактики</p> <p>Кесарево сечение по показаниям</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---------------------------------------|--|
| Об3 Затяжные роды | | | |
| <p>О63.0 Затянувшийся I период родов</p> <p>О63.1 Затянувшийся II период родов</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | <p>Лечение как при О.62.0 - О62.1</p> | <p>См. О62.0-О62.2</p> |
| <p>О63.2 Задержка рождения второго плода из двойни, тройни и т. д.</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | <p>Лечение как при О.62.0 - О62.1</p> | <p>20-40 минут</p> <p>Особенности ведения родов в сроке беременности более 34 недель:</p> <ul style="list-style-type: none"> • После рождения первого плода амниотомия последующего плодного пузыря производится после восстановления полноценной сократительной активности матки, принятия плодом продольного положения и вставления предлежащей части в плоскость входа в малый таз (не более 40 минут после рождения предыдущего плода). При отсутствии вышеуказанной акушерской ситуации – кесарево сечение • Оказание акушерского пособия по Цовьянову при тазовом предлежании рождающегося плода <p>Эпизиотомия по показаниям</p> <p>Особенности ведения родов в сроке беременности 28-34 недели при невозможности выполнения кесарева сечения: см. Об0</p> <p>Особенности ведения родов в сроке беременности 22-28 недель</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|-----|---|
| | | | <p>(см. О60) При целом плодном пузыре второго плода (и более) допускается пролонгирование беременности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. После рождения I плода утеротонические средства не вводятся; при угасании родовой деятельности она не стимулируется. Через час после рождения I плода и отделения от матери его пуповинный остаток лигируется максимально близко к плаценте и отсекается ниже места лигирования 2. В течение суток в родовом блоке проводится интенсивное наблюдение за оставшимся плодом/плодами, сократительной активностью матки, мониторинг возможного развития ССВО у матери 3. Перевод пациентки в послеродовое отделение на срок не менее 5 дней 4. При отсутствии послеродовых осложнений пролонгирование беременности с оставшимся плодом/плодами до начала спонтанной родовой деятельности |
| О64 Затрудненные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода | | | |
| 064.0 Затрудненные роды вследствие неполного поворота головки плода | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблю- | --- | Кесарево сечение при выявлении патологии |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|-----|--|
| | дения при физиологических родах) | | |
| 064.1 Затрудненные роды вследствие ягодичного предлежания | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | --- | Кесарево сечение при выявлении патологии Роды через естественные родовые пути при поступлении роженицы во II периоде родов, при отказе женщины от операции |
| 064.2 Затрудненные роды вследствие лицевого предлежания | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | --- | Кесарево сечение при выявлении патологии Роды через естественные родовые пути при переднем виде лицевого предлежания в случаях поступления роженицы во II периоде родов, при отказе женщины от операции |
| 064.3 Затрудненные роды вследствие лобного предлежания | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | --- | Кесарево сечение при выявлении патологии |
| 065 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери | | | |
| 065.0 Затрудненные роды вследствие деформации таза 065.1 Затрудненные роды вследствие равномерно суженного таза 065.2 Затрудненные роды | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | --- | Кесарево сечение при выявлении патологии |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|--|
| <p>вследствие сужения входа таза О65.3 Затрудненные роды вследствие сужения выходного отверстия и среднего диаметра таза</p> | | | |
| О66 Другие виды затрудненных родов | | | |
| <p>066.0 Затрудненные роды вследствие предлежания плечика О66.1 Затрудненные роды вследствие сцепления близнецов О66.3 Затрудненные роды вследствие других аномалий плода О66.4 Неудачная попытка вызвать роды неуточненная</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | --- | <p>Кесарево сечение при выявлении патологии</p> |
| <p>066.5 Неудачная попытка применения вакуум-экстрактора и наложения щипцов неуточненная</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | --- | <p>Кесарево сечение Плдоразрушающая операция при гибели плода</p> |
| О67 Роды и родоразрешение, осложнившиеся кровотечением во время родов, не классифицированным в других рубриках | | | |
| <p>067.0. Кровотечение во время родов с нарушением</p> | <p>Блок А Блок В Блок Г Д-димеры</p> | <p>Продолжение родоразрешения на фоне лечения кровотечения совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом, гематологом и профильными специалистами в зависимости от источника крово-</p> | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| свертываемо- сти крови | | течения | |
| О67.8 Другие кровотечения во время родов О67.9 Крово- течения во время родов неуточненное | Спонтанный фибринолиз по показаниям УЗИ матки и плода Консультация гематолога и профильных специалистов в зависимости от источника кро- вотечения | | |
| О68 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода [дистресс] | | | |
| 068.0 Роды, осложнившие- ся изменения- ми частоты сердечных со- кращений пло- да (брадикар- дия, наруше- ния ритма и тахикардия у плода) | Диагностика как в подразде- ле 3.3 (Клини- ческий прото- кол динамиче- ского наблю- дения при фи- зиологических родах) + КТГ- мониторинг | Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровоток (группа № 51) | 2-3 часа I период родов - кеса- рево сечение Роды через естествен- ные родовые пути мо- гут быть продолжены: 1. Если децелерации возникли на фоне ги- перстимуляции ма- точной активности, которая устранена прекращением введе- ния утеротоников (назначением β- миметиков по показа- ниям), восстановлен нормальный сердеч- ный ритм плода 2. Если завершение родов прогнозируется в течение 2 часов при легких децелерациях, отсутствии их усугуб- ления, стабильной ба- зальной частоте, ам- плитуде осцилляций больше 3, отсутствии ранее патологии со стороны плода и мате- ри II период родов: |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|---|
| | | | эпизиото- мия/перинеотомия/ выходные акушерские щипцы/вакуум- экстракция плода |
| 068.1 Роды, осложнившиеся выходом мекония в ам- ниотическую жидкость | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клини- ческий прото- кол динамиче- ского наблю- дения при фи- зиологических родах) + КТГ- мониторинг | Терапия, улучшающая маточно-плацентарный кровооток (группа № 51) | 7-12 часов При зеленых прозрач- ных околоплодных водах и отсутствии данных о гипоксии плода, нарушении пу- повинного кровотока - ведение родов через естественные родовые пути При наличии мекони- альной взвеси – кеса- рево сечение |
| 068.2 Роды, осложнившие- ся изменения- ми частоты сердечных со- кращений пло- да с выходом мекония в ам- ниотическую жидкость 068.3 Роды, осложнившие- ся появлением биохимических признаков стресса плода 068.8 Роды, осложнившие- ся появлением других призна- ков стресса плода 068.9 Роды, осложнившие- ся появлением признаков стресса плода неутонченны- | Диагностика и лечение как при 068.0 | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|------------|--|
| ми | | | |
| О69 | Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | | |
| <p>О69.0 Роды, осложнившиеся выпадением пуповины</p> <p>О69.1 Роды, осложнившиеся обвитием пуповины вокруг шеи со сдавлением</p> <p>О69.2 Род, осложнившийся запутыванием пуповины</p> <p>О69.3 Роды, осложнившиеся короткой пуповиной</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | <p>---</p> | <p>I период родов - кесарево сечение.</p> <p>До оперативного родоразрешения уменьшение вероятности сжатия пуповины путем придания роженице коленно-локтевого положения и одновременного ручного смещения предлежащей части в краниальном направлении, если головка не прижата ко входу в малый таз</p> <p>При возникновении осложнения во II периоде родов – завершение рождения плода в течение 5 минут: ускорение рождения плода с помощью эпизиотомии, перинеотомии, наложения выходящих акушерских щипцов, вакуум-экстракции плода, извлечения плода за тазовый конец при тазовом предлежании плода</p> <p>При интранатальной гибели плода – роды через естественные родовые пути при отсутствии показаний к оперативному родоразрешению со стороны матери</p> |
| О69.4 Роды, осложнившие- | Диагностика как в подразделе | --- | Кесарево сечение при живом плоде |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|--|
| <p>ся подлежа- нием сосуда О69.5 Роды, осложнившие- ся поврежде- нием сосудов пуповины О69.8 Роды, осложнившие- ся другими па- тологическими состояниями пуповины О69.9 Роды, осложнившие- ся патологиче- ским состояни- ем пуповины неуточненным</p> | <p>ле 3.3 (Клини- ческий прото- кол динамиче- ского наблю- дения при фи- зиологических родах)</p> | | <p>При интранатальной гибели плода – роды через естественные родовые пути при от- сутствии показаний к оперативному родо- разрешению со сторо- ны матери</p> |
| О70 Разрывы промежности при родоразрешении | | | |
| <p>О70.0 Разрыв промежности I степени в про- цессе родораз- решения</p> <p>О70.1 Разрыв промежности II степени в про- цессе родораз- решения</p> <p>О70.2 Разрыв промежности III ст. в про- цессе родораз- решения</p> <p>О70.3 Разрыв промежности IV ст. в про- цессе родораз- решения</p> <p>О70.9 Разрыв промежности в процессе родо-</p> | <p>Диагностика как в подразде- ле 3.3 (Клини- ческий прото- кол динамиче- ского наблю- дения при фи- зиологических родах)</p> | <p>Антибиотикопротифлак- ти (группа № 3) при раз- рывах промежности I степени Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Обезболивание в акушер- стве (группа № 32) Обработка кожи и слизи- стых (группа № 33) Пребиотическая терапия (группа № 35) по показа- ниям Пробиотическая терапия (группа № 37) по показа- ниям</p> | <p>5-7 дней Ушивание разрывов производится при местном или общем обезболивании При разрыве I степени ушивается стенка вла- галища и кожа. Уши- вание производится рассасывающимся шовным материалом. На кожу накладывает- ся внутрικοжный (косметический) шов При II степени до- полнительно ушива- ются мышцы промеж- ности путем наложе- ния отдельных по- гружных швов При III степени до- полнительно ушивает- ся сфинктер прямой кишки. Восстановле- ние промежности при разрыве III степени начинают со сфинкте-</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|---|
| разрешения неуточненный | | | ра При IV степени дополнительно ушивается разрыв прямой кишки. Швы на кишку накладываются со стороны раны, не прокалывая слизистую. Восстановление промежности при разрыве IV степени начинают с ушивания прямой кишки При разрывах III - IV степени постельный режим 1-3 суток Родильнице не рекомендуется сидеть в течение 2 недель |
| О71 Другие акушерские травмы | | | |
| О71.0Разрыв матки до начала родов О71.1Разрыв матки во время родов | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) + Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В + Д-димеры + спонтанный фибринолиз Группа крови и Rh-фактор Гистологическое исследование интраоперационно удаленного препарата | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Инфузионная терапия (группа № 25) Трансфузионная терапия (группа № 54) Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56) – во время операции и после органосохраняющей операции | Лапаротомия Кесарево сечение или извлечение плода из брюшной полости Остановка кровотечения. Ушивание разрыва матки Ампутация матки при невозможности ушивания разрыва после остановки кровотечения и выведения больной из шока Экстирпация матки при разрыве, проходящем через шейку матки, и невозможности его ушивания после остановки кровотечения и выведения больной из шока Экстирпация матки с трубами при наличии признаков воспалительного процесса в органе |
| О71.2 После- | Диагностика | Антибиотикотерапия в | Под общим наркозом |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|--|
| <p>родовой выворот матки</p> | <p>как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) + Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В + Д-димеры + спонтанный фибринолиз Определение группы крови и Rh-фактора Гистологическое исследование интраоперационно удаленного препарата</p> | <p>акушерстве (группа № 5) Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56) при сохранении матки</p> | <p>отделяется плацента, если она еще прикреплена Слизистую матки смазывают стерильным вазелином, гелем. Пальцами рук, размещенными в дне матки путем давления в направлении маточного зева и под контролем руки, распложенной над лонным сочленением, вправляют матку При невозможности вправления с помощью руки, выполняется задняя кольпотомия, рассечение задней стенки матки в продольном направлении, выворот и ушивание матки с последующим ее введением в брюшную полость через сделанное кольпотомное отверстие (операция Кюстнера) При очевидном омертвлении тканей матки или воспалении производится экстирпация матки влагалищным доступом. При этом влагалище наглухо не ушивается, а брюшная полость дренируется через оставленное отверстие</p> |
| <p>О71.3 Акушерский разрыв шейки матки</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблю-</p> | <p>Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) по показаниям</p> | <p>Ушивание разрыва шейки матки рассасывающимся шовным материалом в 2 ряда непрерывными или отдельными швами.</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|---|
| | дения при физиологических родах) | | Первый ряд швов накладывается со стороны цервикального канала, второй – со стороны влагалища |
| О71.4 Акушерский разрыв только верхнего отдела влагалища | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) по показаниям | Ушивание разрыва верхнего отдела влагалища рассасывающимся шовным материалом |
| О71.5 Другие акушерские травмы тазовых органов: мочевого пузыря уретры | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) + Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В Группа крови и Rh-фактор Консультация уролога | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Фитотерапия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве (группа № 58) Промывание мочевого пузыря антисептиком ежедневно | При повреждении мочевого пузыря: лапаротомия, оценка отношения раны к устьям мочеточников, швы накладывают рассасывающимся шовным материалом в 2 ряда без прокалывания слизистой, линия швов прикрывается пузырьно-маточной складкой При повреждении уретры: уретру отсепаровывают от слизистой влагалища, рану сшивают в поперечном направлении на катетере без прокалывания слизистой уретры, слизистую влагалища ушивают в продольном направлении Постоянный катетер в мочевом пузыре оставляют на 5 суток |
| О71.6 Акушерские травмы тазовых суставов и связок | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамиче- | Постельный режим в позе «лягушки», фиксирующая повязка Антибиотикотерапия в акушерстве (группа №5) | 21-28 дней |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| | <p>ского наблюдения при физиологических родах) + R-графия костей таза Консультация хирурга, травматолога-ортопеда</p> | <p>Обезболивание в акушерстве (группа № 32) Терапия нестероидными противовоспалительными средствами в акушерстве (группа № 49) Микронутриентная терапия (группа № 29) Венотонизирующие препараты для местного использования (группа № 15) Хирургическое лечение по показаниям</p> | |
| <p>O71.7 Акушерская гематома таза: - промежности - влагалища - вульвы</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) + Ректальное исследование ОАК + коагулограмма</p> | <p>Антибиотикотерапия в акушерстве (группа №5) Обезболивание в акушерстве (группа № 32) Терапия нестероидными противовоспалительными средствами в акушерстве (группа № 49)</p> | <p>Опорожнение гематомы, лигирование кровотока сосудов, ушивание ложа гематомы, дренирование гематомы (по показаниям) Дополнительные лечебные мероприятия - в соответствии с возникшими или предполагаемыми осложнениями</p> |
| O72 Послеродовое кровотечение | | | |
| <p>O72.0 Кровотечение в третьем периоде родов</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) + ОАК + Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В + Д-димеры + спонтанный фибринолиз Группа крови и Rh-фактор</p> | <p>Инфузионная терапия (группа № 25) Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56) при сохранении матки Антибактериальная терапия в акушерстве (группа № 5) Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) Трансфузионная терапия (группа № 54)</p> | <p>Ручное отделение и выделение последа При приращении последа лапаротомия Для остановки кровотечения – перевязка органных сосудистых пучков без выделения их из окружающих тканей, а именно: восходящих маточных артерий, сосудов находящихся в собственных связках яичников, а при необходимости и в круглых связках Резекция патологического участка или ампутация матки после остановки маточного</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|--|
| | | | <p>кровотечения Если место прираще- ния нельзя резециро- вать без удаления шейки матки – экс- тирпация матки после остановки маточного кровотечения</p> |
| <p>О72.1 Другие кровотечения в раннем после- родовом пери- оде</p> | <p>Диагностика как в подразде- ле 3.3 (Клини- ческий прото- кол динамиче- ского наблю- дения при фи- зиологических родах) + ОАК + Коа- гулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В + Д-димеры + спонтанный фибринолиз Группа крови и Rh-фактор</p> | <p>Инфузионная терапия (группа № 25) Трансфузионная терапия (группа № 54) Утеротонические сред- ства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56) Инфузионно- трансфузионная терапия начинается с самого начала оказания помощи и производится в следу- ющих объемах и каче- ственном составе: ▪ При кровопотере до 10% ОЦК - 500 мл кристалло- идного раствора, обиль- ное питье ▪ При кровопотере до 20- 25% ОЦК внутривенное введение инфузионных сред в 1,5-2 раза превы- шающих объем кровопо- тери (2,0-2,5 л) ▪ При кровопотере 30% и более ОЦК внутривенное введение инфузионных сред в 2,5-3 раза превы- шающих объем кровопо- тери (3,5-4,0 л) Качественный состав ин- фузионно- трансфузионных сред: растворы крахмала и/или среднемолекулярных декстранов (20 мл/кг мас- сы тела, в суммарном объеме не более 1500 мл);</p> | <p>Кровопотеря до 10% ОЦК (ОЦК у бере- менных, рожениц и родильниц рассчиты- вается из соотношения 7% от массы тела): – Катетеризация и опорожнение мочево- го пузыря – Наружный мас- саж матки – В/венное болюсное введение утерото- ников: окситоцина 5 ЕД., метилэрго- метрина 0,2 мг Кровопотеря до 20- 25% ОЦК: – Повторный наружный массаж матки – Повторное в/венное болюсное введение утеротони- ков: окситоцина 5 ЕД., метилэргометрина 0,2 мг. Далее те же препа- раты вводятся капель- но – При продолже- нии кровотечения – ручное обследование стенок матки; при раз- рыве матки – лапаро- томия и далее соглас- но О71.1. – При продолже- нии кровотечения – повторный осмотр ро- довых путей и ушива- ние источников крово- течения – При продолжа-</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|--|
| | | <p>свежезамороженная плазма (15-20 мл/кг); солевые растворы (30 мл/кг массы тела); глюкоза 10% или 20% (15 мл/кг)</p> <p>Эритроцитарная масса при гемоглобине менее 80 г/л и/или гематокрите менее 25%</p> <p>Антиферментные препараты (группа № 13) – 10 000 ЕД/ч</p> <p>Лечение при кровопотере свыше 25% ОЦК осуществляется совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом</p> | <p>ющемся кровотечении</p> <p>– введение баллонного катетера для остановки послеродового кровотечения и/или наложение окончатых зажимов по Бакшееву</p> <p>Кровопотеря, достигшая 30% ОЦК:</p> <p>– лапаротомия для остановки маточного кровотечения</p> <p>Остановка кровотечения из матки:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ перевязка органных сосудистых пучков без выделения их из окружающих тканей, а именно: восходящих ветвей маточных сосудов, сосудов находящихся в собственных связках яичников, а при необходимости и в круглых связках <p>При продолжающемся кровотечении из влагалища – перевязка подвздошных или почечных артерий (перевязку выполняет сосудистый хирург)</p> <p>После остановки кровотечения и стабилизации гемодинамики принимается решение о сохранении матки или необходимости ее удаления. В первом случае производится ушивание передней брюшной стенки</p> <p>Удаление матки после остановки кровотечения выполняется только при наличии сопутствующей патологии органа: при лапаротомии был обнаружен разрыв матки (см. О71.1), тотальное пропитывание матки</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| | | | <p>кровью (матка Кювелера - ампутация матки) или наличие признаков воспалительного процесса (эксцирипация матки)</p> <p>Во всех случаях дренируется брюшная полость</p> |
| <p>О72.2 Позднее или вторичное послеродовое кровотечение</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> <p>+ ОАК + Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В + Д-димеры + спонтанный фибринолиз</p> <p>Группа крови и Rh-фактор</p> | <p>Лечение как при О72.1</p> | <p>Кровотечение более чем через 2 часа после окончания родов</p> <p>Наружный массаж матки</p> <p>Повторный осмотр родовых путей с устранением дефектов предыдущих ушиваний, если они были</p> <p>Остальные действия как при О72.1</p> |
| <p>О72.3 Послеродовая (ой) коагуляционный дефект, афибриногенемия, фибринолиз</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> <p>+ ОАК + Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В + Д-димеры + спонтанный фибринолиз</p> <p>Группа крови и Rh-фактор</p> | <p>Лечение как при О72.1 + специфическая коррекция гемостаза в соответствии с его патологией</p> | <p>При отсутствии эффекта и общей кровопотере более 30 % ОЦК для остановки кровотечения – перевязка органных сосудистых пучков без выделения их из окружающих тканей, а именно: восходящих ветвей маточных сосудов, сосудов, находящихся в собственных связках яичников, а при необходимости и в круглых связках</p> <p>Удаление матки после остановки кровотечения выполняется</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|---|
| | | | только при наличии сопутствующей патологии органа: при лапаротомии был обнаружен разрыв матки (см. O71.1), тотальное пропитывание кровью (ампутация матки) или наличие признаков воспалительного процесса (экстирпация матки). Дренирование брюшной полости |
| O73 Задержка плаценты и плодных оболочек без кровотечения | | | |
| O73.0 Задержка плаценты без кровотечения O73.1 Задержка частей плаценты или плодных оболочек без кровотечения () | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) Гистологическое исследование интраоперационно удаленного препарата | Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56) Антибиотикопрофилактика (группа № 3) | Ручное отделение и выделение последа и/или его частей под общим наркозом |
| O74 Осложнения, связанные с проведением анестезии во время родов и родоразрешения | | | |
| Лечебно-диагностические мероприятия проводит врач-анестезиолог-реаниматолог | | | |
| O75 Другие осложнения родов и родоразрешения, не классифицированные в других рубриках | | | |
| O75.0 Дистресс матери во время родов и родоразрешения | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) + Группа крови и Rh-фактор | Лечебные мероприятия - в соответствии с возникшими или предполагаемыми осложнениями | При нарушении состояния плода или ухудшении состояния матери - экстренное родоразрешение: кесарево сечение |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|---|
| <p>О75.1 Шок матери во время родов или после родов и родоразрешения</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) + ОАК + Электролиты + КОС + Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, фибриноген А, В + Д-димеры + спонтанный фибринолиз Группа крови и Rh-фактор</p> | <p>Реанимационные мероприятия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом в соответствии с правилами сердечно-легочно-мозговой реанимации Инфузионная терапия (группа № 25) и Трансфузионная терапия (группа № 54) с учетом гемодинамических и лабораторных показателей (согласно п. О72.1) Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56) Антибиотикотерапия в акушерстве(группа № 5) Другие лечебные мероприятия - в соответствии с возникшими или предполагаемыми осложнениями</p> | <p>Действия согласно п. О75.0 и экстренное родоразрешение (кесарево сечение) При условиях, позволяющих наложить выходные акушерские щипцы или вакуум-экстрактор - соответствующая операция Повторный осмотр родовых путей и ушивание выявленных источников кровотечения</p> |
| <p>О75.2 Гипертермия во время родов, не классифицированная в других рубриках</p> <p>О75.3 Другие инфекции во время родов</p> <p>О75.4 Другие осложнения, вызванные акушерским оперативным вмешательством и другими процедурами</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) + Измерение температуры тела каждые 3 часа</p> | <p>Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Терапия нестероидными противовоспалительными средствами в акушерстве (группа № 49) Другие лечебные мероприятия - в соответствии с возникшими или предполагаемыми осложнениями</p> | <p>Этиопатогенетическая терапия, выявленных осложнений После родоразрешения длительность лечения – до выздоровления</p> |
| <p>О75.5 Задержка родов после</p> | <p>Диагностика как в подразделе</p> | <p>Лечебные мероприятия начинаются через 2 часа после искусственного разрыва плодных оболочек</p> | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| искусственного разрыва плодных оболочек | ле 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | (амниотомии) как при О62.0 | |
| О75.6 Задержка родов после самопроизвольного или не уточненного разрыва плодных оболочек | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | Лечебные мероприятия начинаются через 2 часа после самопроизвольного разрыва плодных оболочек либо с момента поступления в родильное отделение при большей длительности безводного промежутка как при О62.0 При недоношенной беременности – как при О42.2 | |
| О75.7 Роды через влагалище после предшествовавшего кесарева сечения | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) | Ручное обследование полости матки после родов |
| О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение | | | |
| О80.0 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | Действия как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | 1-5 дней, включая послеродовой период |
| О80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | I период родов – действия как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах), исключить амниотомию до полного раскрытия маточного зева II период – пособие по Цовьянову (I или II) Начиная с 8 см раскрытия | 1-5 дней, включая послеродовой период |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|--|
| | | <p>маточного зева для профилактики слабости родовой деятельности - внутривенно капельно окситоцин (утеротонические средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции, группа № 55)</p> | |
| О81 | Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора | | |
| <p>О81.0 Наложение низких [выходных] щипцов</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | <p>Операция наложения выходных щипцов (см. приложение 2) Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56) Антибиотикопрофилактика (группа №3) Эпизиотомия по показаниям</p> | <p>5-7 дней, включая послеродовой период</p> |
| <p>О81.1 Наложение средних [полостных] щипцов О81.2 Наложение средних [полостных] щипцов с поворотом О81.3 Наложение других и неуточненных щипцов</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | <p>Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56) Эпизиотомия по показаниям Антибиотикопрофилактика (группа №3)</p> | <p>5-7 дней, включая послеродовой период Наложение полостных щипцов, полостных щипцов с поворотом, других и неуточненных щипцов недопустимо Исключение: полостные щипцы в случае невозможности родоразрешения матери путем операции кесарева сечения</p> |
| <p>О81.4 Применение вакуум-экстрактора</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | <p>Операция вакуум-экстракции плода (см. приложение 3) Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56) Эпизиотомия по показаниям Антибиотикопрофилактика</p> | <p>5-7 дней, включая послеродовой период</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|---|
| 081.5 Родоразрешение с комбинированным применением щипцов и вакуум-экстрактора | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | тика(группа №3) Комбинированное применение щипцов и вакуум-экстрактора не допускается | |
| 082 | Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения | | |
| 082.0 Проведение elective кесарева сечения 082.1 Проведение срочного кесарева сечения | Блок А Блок В Блок Г 1/5-7 Блок Д Консультация терапевта | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56) Обезболивание (группа № 32) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям | 5-7 дней, включая послеродовой период Elective (selective) cesarean section – planned cesarean section Emergency cesarean section – emergency cesarean section Preoperative preparation and special features of anesthesiological assistance, including infusion-transfusion therapy, are determined by indications for planned (elective) or emergency cesarean section Mandatory delivery of the placenta during operations on the background of pre-eclampsia [nephropathy] of moderate severity, severe pre-eclampsia, eclampsia, dense attachment of the placenta, defects of the placenta, antenatal death of the fetus |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|--|
| | | | и предполагаемом инфицировании полости матки |
| О82.2 Проведение кесарева сечения с гистерэктомией | Блок А Блок В Блок Г Блок Д Консультация терапевта | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Обезболивание (группа № 32) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям | 10-12 дней, включая послеродовой период Кесарево сечение с гистерэктомией в плановом порядке: – ампутация/экстирпация матки при доброкачественных заболеваниях и невозможности органосохраняющей операции, при злокачественных новообразованиях) – экстирпация матки с удалением большого сальника на уровне поперечно-ободочной кишки при злокачественных новообразованиях яичников – ампутация матки при заболеваниях крови, сопровождающихся нарушениями гемостаза (при прогнозировании массивного маточного кровотечения в послеродовом периоде) Экстренное кесарево сечение с гистерэктомией: ампутация матки при тотальном пропитывании кровью (матка Кювелера), при приращении плаценты или при невозможности ушивания разрыва матки после остановки |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|--|
| | | | кровоотечения и выведения больной из шока; экстирпация матки при разрыве, проходящем через шейку матки, и невозможности его ушивания после остановки кровоотечения и выведения больной из шока; экстирпация матки с трубами при наличии признаков воспалительного процесса |
| О83 | Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия | | |
| О83.0 Извлечение плода за тазовый конец О83.1 Другое акушерское пособие при родоразрешении в тазом предлежании О83.2 Роды с другими акушерскими манипуляциями (ручными приемами) | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | Утеротонические средства для профилактики кровоотечения в родах (группа № 56) Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) | 5-7 дней, включая послеродовой период Извлечение плода за тазовый конец при живом плоде – экстренная родоразрешающая операция при невозможности выполнения кесарева сечения. Операция производится под наркозом Эпизиотомия |
| О83.3 Родоразрешение живым ребенком при абдоминальной беременности | Блок А Блок В Блок Г Блок Д Консультация терапевта | Антибиотикотерапия в акушерстве(группа № 5) Обезболивание (группа № 32) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям | 7-14 дней, включая послеродовой период Родоразрешение абдоминальным доступом в день постановки диагноза Родоразрешающая операция совместно с хирургом: лапаротомия, извлечение плода и элементов плодного яйца, остановка кровоотечения из места плацентации, рекон- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| | | | структивные операции на органах брюшной полости по показаниям |
| О84 Роды многоплодные | | | |
| О84.0 Роды многоплодные, полностью самопроизвольные | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | Утеротонические средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции (группа № 55) с раскрытия маточного зева 8 см | Действия как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) 7 дней, включая послеродовой период См. О60.0, О63.2 |
| О84.1 Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум-экстрактора | Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах) | Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах (группа № 56) Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) | 7 дней, включая послеродовой период Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум-экстрактора проводятся при необходимости выключения второго периода родов по показаниям со стороны матери и при невозможности выполнения кесарева сечения |
| О84.2 Роды многоплодные, полностью путем кесарева сечения | Блок А Блок В Блок Д Консультация терапевта | Лечение как при О82. | 8-10 дней, включая послеродовой период |
| О84.8 Другое родоразрешение при многоплодных родах О84.9 Роды многоплодные неутонченные | Диагностика и лечение как при О30 | | Кесарево сечение после рождения I плода как при О30 Наложение выходных акушерских щипцов, применение вакуум-экстрактора как при О81 |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение»

см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

3.4.6. Осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом (O85 - O92)

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Тактика ведения/ Средняя длительность лечения |
|---|---|---|--|
| | Диагностика* | Лечение* | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| O85 | Послеродовой сепсис | | |
| O85 Послеродовой сепсис: послеродовой (ая) эндометрит, лихорадка, перитонит, септицемия | Блок А Блок В Блок Г 1/5-7 Электролиты крови КОС Д-димеры Спонтанный фибринолиз Посев из цервикального канала на чувствительность к АБ Гистологическое исследование интраоперационно удаленного материала Блок Е | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Антибиотикотерапия ИППП в акушерстве (группа № 8) по показаниям Антикоагулянты (группа № 12) Антиферментные препараты (группа № 13) Гепатопротекторы (группа № 16) Иммуномодулирующая терапия в акушерстве (группа № 21) Инфузионная терапия (группа № 25) Коррекция реологических свойств крови (группа № 26) Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) по показаниям Метаболическая терапия (группа № 28) Подавление лактации (группа № 34) по показаниям | 7-14 дней Первичный очаг инфекции - матка: 1. Выскабливание послеродовой матки при постановке диагноза 2. Внутриматочный диализ при постановке диагноза 3. Экстракорпоральная детоксикация при возможности её выполнения при постановке диагноза 4. При отсутствии положительной динамики/нарастании воспалительной реакции (клинические, лабораторные, инструментально-функциональные показатели) в течение 24-72 часов – экстирпация матки с трубами Принятие решения об экстирпации матки с трубами в более ранние сроки – до 24 часов от выскабливания послеродовой матки и начала |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|--|
| | | Пробиотическая терапия (группа № 37) Противокандидозная терапия (группа № 39) Терапия нестероидными противовоспалительными средствами в акушерстве (группа № 49) по показаниям Трансфузионная терапия (группа № 54) по показаниям Утеротонические средства для профилактики кровотечения в родах, послеродовом периоде (группа № 56) | интенсивной терапии – при генерализации процесса Первичный очаг инфекции вне матки (молочная железа, промежность и др.): 1. Санация первичного очага 2. При интактной матке экстирпация матки с трубами противопоказана |
| О86 Другие послеродовые инфекции | | | |
| О86.0 Инфекция хирургической акушерской раны: инфицированная (ый) рана кесарева сечения, шов промежности | Блок А Блок В Блок Г 1/5-7 Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ Блок Е | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Иммуномодулирующая терапия в акушерстве (группа № 21) Обработка кожи и слизистых оболочек (группа № 33) Противокандидозная терапия (группа № 39) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 7-14 дней 1. Обработка раны антисептиками; при необходимости дренирование раны 2. В случае инфильтрации краев раны, гнойного отделяемого из раны, прорезывания швов – швы распустить – открытое ведение раны |
| О86.1 Другие инфекции половых путей после родов: цервицит, вагинит | Блок А Блок В Блок Г однократно Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ однократно Блок Е | Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) | 5-7 дней |
| О86.2 Инфекции | Блок Б еже- | Антибиотикотера- | 10-14 дней |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|---|
| мочевых путей после родов | <p>дневно Блок В Блок Г – 1/7 Анализ мочи по Нечипоренко 1/7 Анализ мочи по Зимницкому 1/7 по показаниям УЗИ почек Консультации терапевта; по показаниям уролога и нефролога</p> | <p>пия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве(группа № 7) Фитотерапия инфекций мочевыводящих путей в акушерстве (группа № 58) Спазмолитическая терапия (группа № 45) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) Пробиотическая терапия (группа № 37) Противокандидозная терапия (группа № 39) по показаниям</p> | Перевод в учреждение здравоохранения урологического профиля, при необходимости оперативного лечения |
| О87 Венозные осложнения в послеродовом периоде | | | |
| О87.0 Поверхностный тромбоз флебит в послеродовом периоде | <p>Блок Б ежедневно Блок В 1/7-10 Блок Г – 1/5-7 УЗИ глубоких вен нижних конечностей Консультации терапевта; по показаниям сосудистого хирурга</p> | <p>Постельный режим не назначается Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) по показаниям Антикоагулянты (группа № 12) по показаниям Венотонизирующие препараты (группа № 14) Венотонизирующие препараты для местного использования (группа № 15) чередовать с гепариновой мазью (1000 ЕД) Коррекция реологических свойств кро-</p> | 14-21 день |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|--|
| | | ви (группа № 26) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | |
| О87.1 Глубокий флеботромбоз в послеродовом периоде | Блок Б ежедневно Блок В 1/7-10 Блок Г – 1/3-5 + Д-димеры + спонтанный фибринолиз УЗИ глубоких вен нижних конечностей, малого таза Рентгенография органов грудной клетки и ангиография по показаниям Консультации терапевта, сосудистого хирурга, гематолога | Постельный режим Возвышенное положение конечности (ей) Компрессионные чулки Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Антикоагулянты (группа № 12) Венотонизирующие препараты (группа № 14) Инфузионная терапия (группа № 25) Коррекция реологических свойств крови (группа № 26) | 21 день |
| О87.2 Геморрой в послеродовом периоде | Блок Б ежедневно Блок В при поступлении и по показаниям Блок Г – при поступлении и по показаниям Консультация проктолога | Венотонизирующие препараты (группа № 14) Венотонизирующие препараты для местного использования (группа № 15) чередовать с гепариновой мазью (1000 ЕД) Пребиотическая терапия (группа № 25) Коррекция реологических свойств крови (группа № 26) Обезболивание (группа № 32) Терапия нестероидными противовоспалительными средствами в акушерстве (группа № 49) Противогеморроидальные свечи Немедикаментозное | 7-10 дней Оперативное лечение в проктологическом стационаре по показаниям |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|--|
| | | лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | |
| О87.3 Тромбоз церебральных вен в послеродовом периоде | Блок Б Блок В Блок Г + Д-димеры + Спонтанный фибринолиз Консультации терапевта, невролога, нейрохирурга | --- | При постановке диагноза перевод в учреждение здравоохранения неврологического /нейрохирургического профиля |
| О87.8 Другие венозные осложнения в послеродовом периоде О87.9 Венозные осложнения в послеродовом периоде неуточненные | Диагностика и лечение как при О87.1 | | При поражении вен экстрагенитальной локализации – лечение в специализированных стационарах |
| О88 Акушерская эмболия | | | |
| О88.0 Акушерская воздушная эмболия | Профиль АД, подсчет пульса, частоты дыхательных движений до начала реанимации Дальнейший контроль состояния совместно с анестезиологом-реаниматологом | Лечебные мероприятия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом | 1) Устранить вероятность попадания воздуха в сосудистое русло (через иглу в вене, центральный катетер, зияющие сосуды в разрезе на матке при кесаревом сечении) 2) Поместить больную в положение Тренделенбурга, повернуть на левый бок для аккумуляции воздуха в области верхушки правого желудочка Дальнейшие мероприятия совместно с анестезиологом-реаниматологом Допускается попытка аспирации воздуха через центральный катетер, для чего он продвигается в полость правого желудочка Ингаляция кислорода, |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| | | | <p>при неэффективном дыхании – интубация трахеи и ИВЛ</p> <p>При неэффективном кровообращении – комплекс мер сердечно-легочно-мозговой реанимации</p> <p>При акушерской воздушной эмболии во время беременности и родов и прогрессирующем ухудшении состоянии плода – экстренное кесарево сечение</p> |
| <p>О88.1 Эмболия амниотической жидкостью</p> | <p>Профиль АД, подсчет пульса, частоты дыхательных движений до начала реанимации</p> <p>Дальнейший контроль состояния совместно с анестезиологом-реаниматологом</p> | <p>Лечебные мероприятия совместно с анестезиологом-реаниматологом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Комплекс мер сердечно-легочно-мозговой реанимации при кардиопульмональном шоке 2. Ликвидация бронхиолоспазма и артериолоспазма 3. Лечение ДВС-синдрома и коагулопатического кровотечения как при О72, в том числе хирургическим методом | <p>При эмболии амниотической жидкостью до рождения плода - экстренное кесарево сечение, на фоне интенсивной терапии</p> <p>Остановка маточного кровотечения как при О72</p> |
| <p>О88.2 Акушерская эмболия сгустками крови</p> | <p>Профиль АД, подсчет пульса, частоты дыхательных движений до начала реанимации</p> <p>Дальнейший контроль состояния совместно с анестезиологом-реаниматологом</p> | <p>Постельный режим. Ингаляция кислорода. Внутривенный доступ. При неадекватной вентиляции легких – интубация трахеи и ИВЛ</p> <p>Лечение как при О87.1</p> <p>В послеродовом периоде допускается</p> | <p>В I триместре – беременность прерывается, во II и III триместрах – пролонгируется</p> <p>Родоразрешение при доношенной беременности с предварительной постановкой кава-фильтра. Способ родоразрешения в соответствии с акушерскими показаниями</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|--|
| | гом | переход с гепарина на варфарин. Дозировка подбирается под контролем международного нормализованного отношения, которое должно находиться в пределах 2,5-3,5 (ПТИ – 40-50%) | Аборт/родоразрешение выполняется на фоне прекращения введения гепарина за 8 часов до и возобновление его введения через 8 часов после Длительность приема антикоагулянтов в послеродовом периоде контролируется сосудистым хирургом, в среднем составляет 6 месяцев и более |
| О88.3 Акушерская пиемическая и септическая эмболия | Диагностика как при О85 | Лечение как при О85 Вторичные гнойники при пиемической эмболии наиболее часто образуются в легких, почках, печени, мозговых оболочках, головном мозге Вскрытие и дренирование гнойников в профильных стационарах | В I триместре – беременность прерывается, во II и III триместрах – пролонгируется Прерывание беременности/родоразрешение в соответствии с акушерскими показаниями |
| О88.8 Другая акушерская эмболия | Профиль АД, подсчет пульса, частоты дыхательных движений до начала реанимации Дальнейший контроль состояния совместно с анестезиологом-реаниматологом | При осложненных родах, при переломах костей у беременных, обширных ожогах, после наружного массажа сердца возможны жировые эмболии Устранение гипоксии Ингаляция кислорода, при необходимости перевод пациентки на ИВЛ или полный комплекс мероприятий сердечно-легочно-мозговой реанимации | В I триместре – беременность прерывается, во II и III триместрах – пролонгируется Прерывание беременности/родоразрешение в соответствии с акушерскими показаниями |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| | | При травме – противошоковые мероприятия | |
| О89 | Осложнения, связанные с применением анестезии в послеродовом периоде | | |
| <p>О89.0 Легочные осложнения вследствие применения анестезии в послеродовом периоде</p> <p>О89.1 Осложнения со стороны сердца вследствие применения анестезии в послеродовом периоде</p> <p>О89.2 Осложнения со стороны ЦНС вследствие применения анестезии в послеродовом периоде</p> <p>О89.3 Токсическая реакция на местную анестезию</p> <p>О89.4 Головные боли, связанные с проведением спинальной и эпидуральной анестезии в послеродовом периоде</p> <p>О89.5 Другие осложнения спинномозговой и эпидуральной анестезии в послеродовом периоде</p> <p>О89.6 Неудачная попытка или трудности при интубации в послеродовом периоде</p> <p>О89.8 Другие осложнения анестезии в послеродовом периоде</p> <p>О89.9 Осложнения анестезии в послеродовом периоде неуточненные</p> | <p>Диагностика и лечение проводятся врачом-анестезиологом-реаниматологом</p> | <p>Длительность лечения определяется конкретным видом осложнения</p> <p>При необходимости применения лекарственных средств, запрещенных в период грудного вскармливания – временное прекращение кормления или подавление лактации (подавление лактации (группа № 34))</p> | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| О90 | Осложнения в послеродовом периоде, не классифицированные в других рубриках | | |
| О90.0 Расхождение швов после кесарева сечения О90.1 Расхождение швов промежности | Диагностика и лечение как при О86.0 | | |
| О90.2 Гематома акушерской хирургической раны | Блок А Блок В Блок Г 1/5-7 Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ Блок Е | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Иммуномодулирующая терапия в акушерстве (группа № 21) Обработка кожи и слизистых оболочек (группа № 33) Противокандидозная терапия (группа № 39) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 7-10 дней Вскрытие гематомы Удаление жидкой крови и сгустков Остановка кровотечения, если оно продолжается Дренирование ложа гематомы |
| О90.3 Кардиомиопатия в послеродовом периоде | Диагностика и лечение совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом, терапевтом, кардиологом | | Перевод в специализированное отделение по показаниям |
| О90.4 Послеродовая острая почечная недостаточность | Диагностика и лечение совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом и нефрологом | | Основные причины острой почечной недостаточности в послеродовом периоде: преэклампсия, геморрагический, септический, гемотрансфузионный шок, а также нарушение проходимости мочеточников как осложнение операций (постренальная ОПН) При исключении постренальной формы – лечение основного заболевания. Перевод в специализированное отделение по показаниям |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| О90.5 Послеродовой тиреоидит | Диагностика и лечение совместно с врачом-терапевтом и эндокринологом | | Послеродовой тиреоидит – разновидность аутоиммунного тиреоидита, который обычно проявляется через 3 месяца после родов при клинических и лабораторных симптомах тиреотоксикоза Госпитализация в специализированное отделение по показаниям |
| О90.8 Другие осложнения послеродового периода, не классифицированные в других рубриках. О90.9 Осложнение послеродового периода неуточненное | При выявлении осложнений послеродового периода лечение в специализированном стационаре | | |
| О91 Инфекции молочной железы, связанные с деторождением | | | |
| О91.0 Инфекции соска, связанные с деторождением | Блок А Блок В + УЗИ молочных желез Бактериологическое исследование отделяемого молочной железы на флору и чувствительность к АБ | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Противокандидозная терапия (группа № 39) Иммуномодулирующая терапия в акушерстве (группа № 21) Повышение репаративных свойств эпителия (группа №36) Подавление лактации (группа № 34) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 7 дней Временное прекращение кормления пораженной грудью Сцеживание При наличии абсцесса – вскрытие, дренирование |
| О91.1 Абсцесс молочной железы, связанный с деторождением | Блок А Блок В + УЗИ молочных желез Бактериологи- | Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Противокандидозная терапия (группа | 14 дней Временное прекращение кормления Сцеживание Вскрытие, дренирова- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| | <p>ческое исследование отделяемого молочной железы на флору и чувствительность к АБ</p> | <p>№ 39) Инфузионная терапия (группа № 25) Обезболивание (группа № 32) Иммуномодулирующая терапия в акушерстве (группа № 21) Повышение репаративных свойств эпителия (группа №36) Подавление лактации (группа № 34) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>ние абсцесса</p> |
| <p>О91.2 Негнойный мастит, связанный с деторождением</p> | <p>Блок А Блок В + УЗИ молочных желез Бактериологическое исследование отделяемого молочной железы на флору и чувствительность к АБ</p> | <p>Антибиотикотерапия в акушерстве (группа № 5) Противокандидозная терапия (группа № 39) Инфузионная терапия (группа № 25) Обезболивание (группа № 32) Иммуномодулирующая терапия в акушерстве (группа № 21) Повышение репаративных свойств эпителия (группа №36) Подавление лактации (группа № 34) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>7-10 дней Временное прекращение кормления Сцеживание Вскрытие, дренирование абсцесса</p> |
| О92 | Другие изменения молочной железы и нарушения лактации, связанные с деторождением | | |
| <p>О92.0 Втянутый сосок</p> | <p>Диагностика и действия как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | | <p>6 дней</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|--|
| | <p>Накладки при кормлении новорожденного Вытягивать сосок пальцами или молокоотсосом несколько раз в день</p> | | |
| <p>О92.1 Трещина соска, связанная с деторождением О92.2 Другие и не уточненные изменения молочной железы, связанные с деторождением</p> | <p>Диагностика как в послеродовом периоде физиологических родов (подраздел 3.3)</p> | <p>Накладки на соски Повышение репаративных свойств эпителия (группа №36)</p> | <p>6 дней</p> |
| <p>О92.3 Агалактия</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | <p>Стимуляция лактации (группа №46)</p> | <p>Длительность соответствует физиологическому послеродовому периоду Неспособность к лактации вследствие врожденного отсутствия железистой ткани в молочной железе – специфического лечения нет Вскармливание искусственными смесями</p> |
| <p>О92.4 Гипогалактия О92.5 Слабая [подавленная] лактация</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | <p>Стимуляция лактации (группа №46)</p> | <p>Раннее прикладывание к груди, совместное пребывание матери и ребенка, формирование доминанты на лактацию, освоение техники правильного кормления и сцеживания, профилактика трещин сосков</p> |
| <p>О92.6 Галакторея</p> | <p>Диагностика как в подразделе 3.3 (Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах)</p> | <p>Седативная терапия растительными препаратами (группа №42) Фитоадаптогены (группа №57)</p> | <p>6 дней</p> |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение»

см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

Раздел 4 ГИНЕКОЛОГИЯ*

* Средняя длительность лечения в днях указана при госпитализации в стационар. Амбулаторное лечение проводится по всем нозологиям при отсутствии/до появления показаний для госпитализации.

4.1. Воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-N77)

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Средняя длительность лечения / Тактика ведения |
|--|---|--|--|
| | Диагностика* | Лечение* | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| N70 | Сальпингит и оофорит | | |
| N70.0 Острый сальпингит и оофорит | Блок Б Блок В ИППП (по показаниям) Блок Г 1/5-10 Блок Е | Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Противокандидозная терапия (группа № 39) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 10-14 дней Лечебно-диагностическая лапароскопия по показаниям В период реабилитации КОК, иммуномодулирующая терапия до 3-х месяцев |
| N70.1 Хронический сальпингит и оофорит | Блок Б Блок В Блок Г1/7-10 Блок Е | Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) по показаниям Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) | 10-14 дней В период ремиссии реконструктивно-пластические операции на придатках матки лапароскопическим или абдоминальным доступом |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|---|
| | | <p>Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Противокандидозная терапия (группа № 39) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>по показаниям Удаление маточной трубы/труб по показаниям В период реабилитации КОК, немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО), лечение в санатории гинекологического профиля</p> |
| N70.9 Сальпингит и оофорит неуточнённые | Диагностика и лечение как при N70.0- N70.1 | | |
| N71 | | Воспалительная болезнь матки, кроме шейки матки | |
| N71.0 Острая воспалительная болезнь матки | <p>Блок Б Блок В ИППП (по показаниям) Блок Г 1/5-7 Блок Е</p> | <p>Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Противокандидозная терапия (группа № 39) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>10-14 дней До начала лечения извлечение ВМК с последующим бактериологическим исследованием биологического материала, полученного с его поверхности В период реабилитации КОК, иммуномодуляторы – до 3-х месяцев, немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) Показания для удаления матки: абсцесс матки, пиометра</p> |
| N71.1 Хроническая воспалительная болезнь матки | <p>Блок Б Блок В ИППП (по показаниям) Блок Г Блок Е</p> | <p>Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) по показаниям Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Противокандидозная терапия (группа № 39) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>10-14 дней В период реабилитации КОК, иммуномодуляторы – до 3-х месяцев, немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО), лечение в санатории гинекологического профиля</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---------------------------------|
| N71.9 Воспалительная болезнь матки неуточненная | Диагностика и лечение как при N71.0- N71.1 | | |
| N72 Воспалительная болезнь шейки матки | | | |
| N72 Воспалительная болезнь шейки матки | Блок Б Блок В ИППП Блок Г 1/5-7 Блок Е Кольпоскопия | Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа № 31) Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Противовирусная терапия (группа № 38) по показаниям Противокандидозная терапия (группа № 39) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | |
| N73 Другие воспалительные болезни женских тазовых органов | | | |
| N73.0 Острый параметрит и тазовый целлюлит | Блок Б Блок В ИППП (по показаниям) Блок Г 1/7 Блок Е | Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Противокандидозная терапия (группа № 39) Инфузионная терапия (группа № 25) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 14-21 дней |
| N73.1 Хронический пара- | Блок Б Блок В | Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) по по- | 14-21 дней В период реабили- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|--|
| метрит и тазовый целлюлит | ИППП (по показаниям) Блок Г 1/7 Блок Е | казаниям Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Противокандидозная терапия (группа № 39) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | тации немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО), лечение в санатории гинекологического профиля |
| N73.2 Параметрит и тазовый целлюлит неуточненные | Диагностика и лечение как при N73.0- N73.1 | | |
| N73.3 Острый тазовый перитонит у женщин | Блок Б Блок В ИППП (по показаниям) Блок Г 1/3-5 Блок Е УЗИ органов брюшной полости | Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Противокандидозная терапия (группа № 39) Инфузионная терапия (группа № 25) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 14-28 дней Оперативное лечение лапароскопическим или абдоминальным доступом (по показаниям) |
| N73.4 Хронический тазовый перитонит у женщин | Блок Б Блок В ИППП (по показаниям) Блок Г 1/7 Блок Е | Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) по показаниям Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Противокандидозная терапия (группа № 39) по показаниям | 10-14 дней Лечебно-диагностическая лапароскопия (по показаниям) |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|--|
| | | Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | |
| N73.5 Тазовый перитонит у женщин не-уточненный | Диагностика и лечение как при N73.3- N73.4 | | |
| N73.6 Тазовые перитонеальные спайки у женщин | Блок Б Блок В ИППП (по показаниям) Блок Г 1/7 Блок Е | Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) по показаниям Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Противокандидозная терапия (группа № 39) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 7-10 дней Лечебно-диагностическая лапароскопия по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО), лечение всанатории гинекологического профиля |
| N73.8 Другие уточненные воспалительные болезни женских тазовых органов N73.9 Воспалительная болезнь женских тазовых органов неуточненная | Диагностика и лечение как при N73.0- N73.6 | | |
| N74* | Воспалительные болезни женских: тазовых органов при болезнях, классифицированных в других рубриках | | |
| N74.0* Туберкулезная инфекция шейки матки (A18.1+) | Блок Б Блок В Блок Г Реакция Манту Блок Е Посев менструальной крови на МБТ Рентгенография органов грудной клет- | | Лечение в специализированной организации |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| | ки | | |
| N74.1* Воспалительные болезни женских тазовых органов туберкулезной этиологии (A18.1+) | Диагностика как при N74.0 + МСГ | | Лечение в специализированной организации |
| N74.2* Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные сифилисом (A51.4+, A52.7+) | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е НВs, НCV ИППП ВПЧ, ВПГ Консультация врача-дерматовенеролога | | Лечение в специализированной организации |
| N74.3* Гонкокковые воспалительные болезни женских тазовых органов (A54.2+) | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е ИППП ВПЧ, ВПГ Консультация врача-дерматовенеролога | | Лечение в специализированной организации |
| N74.4* Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные хламидиями (A56.1+) | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е ИППП ВПЧ, ВПГ Иммунограмма по показаниям | Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Пробиотическая терапия (группа № 37) Противокандидозная терапия (группа № 39) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | |
| N74.8* Воспалительные болезни женских | см. соответствующие рубрики | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|--|
| тазовых органов при других болезнях, классифицированных в других рубриках | | | |
| N75 Болезни бартолиновой железы | | | |
| N75.0 Киста бартолиновой железы | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование | Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки(группа № 27) Обезболивание (группа № 32) | 5-7 дней Плановое оперативное лечение: удаление кисты или марсупиализация |
| N75.1 Абсцесс бартолиновой железы | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Иммуномодулирующая терапия у гинекологических больных (группа № 22) Обезболивание (группа № 32) | 5-7 дней Марсупиализация, дренирование абсцесса |
| N75.8 Другие болезни бартолиновой железы N75.9 Болезнь бартолиновой железы неуточненная | Диагностика и лечение как при N75.0-1 | | |
| N76 Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы | | | |
| N76.0 Острый вагинит | Блок Б Блок В ИППП Блок Г | Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки(группа № 27) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | |
| N76.1 Подострый и хронический вагинит | Блок Б Блок В ИППП Блок Г | Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| | | <p>Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки(группа № 27)</p> <p>Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | |
| N76.2 Острый вульвит | Блок Б Блок В Блок Г ИППП | <p>Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям</p> <p>Обработка кожи и слизистых оболочек (группа № 33)</p> | |
| N76.3 Подострый и хронический вульвит | Блок Б Блок В ИППП) Блок Г | <p>Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям</p> <p>Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22)</p> <p>Обработка кожи и слизистых оболочек (группа № 33)</p> | |
| N76.4 Абсцесс вульвы | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | <p>Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6)</p> <p>Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22)</p> <p>Обработка кожи и слизистых оболочек (группа № 33)</p> | 5-7 дней Вскрытие, дренирование абсцесса |
| N76.5 Изъязвление влагалища | Блок Б Блок В ИППП (по показаниям) Блок Г ВПГ (по показаниям) | <p>Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям</p> <p>Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22)</p> <p>Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27)</p> <p>Повышение репаративных свойств эпителия (группа № 36)</p> <p>Противовирусная терапия (группа №38) по показаниям</p> | |
| N76.6 Изъязвление вульвы N76.8 Другие уточненные воспалительные болезни влагалища и вульвы | Диагностика и лечение как при N76.5 | | |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение» см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

4.2 Невоспалительные болезни женских половых органов (N80-N99)

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Средняя длительность лечения / Тактика ведения |
|--|--|---|---|
| | Диагностика* | Лечение* | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| N80 | Эндометриоз | | |
| N80.0 Эндометриоз матки | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование | Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (группа № 1) Антибиотикопрофилактика (группа № 3) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Синтетические гестагены (группа № 43) Синтетические гестагены (группа № 44) Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 1-7 дней Гистероскопия для выявления эндометриоидных ходов на 5-7 день менструального цикла Оперативное лечение по показаниям Послеоперационная реабилитация в амбулаторных условиях до 6-9 месяцев КОК, синтетические гестагены, возможны повторные курсы через 6 месяцев |
| N80.1 Эндометриоз яичников | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) периоперационно Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) Послеоперационная реабилитация: Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (группа № 1) Синтетические гестагены (группа № 43) Синтетические гестагены (группа № 44) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 3-7 дней Оперативное лечение (органосохраняющие операции) Послеоперационная реабилитация в амбулаторных условиях до 6-9 месяцев, возможны повторные курсы через 6 месяцев |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|--|
| <p>N80.2 Эндометриоз маточной трубы N80.3 Эндометриоз тазовой брюшины</p> | <p>Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование</p> | <p>Антибиотикопрофилактика (группа № 3) периоперационно Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии(группа №31) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) Послеоперационная реабилитация: Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (группа №1) Синтетические гестагены (группа № 43) Синтетические гестагены (группа № 44)) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>3-7 дней Лечебно-диагностическая лапароскопия с коагуляцией очагов эндометриоза Послеоперационная реабилитация в амбулаторных условиях до 6 месяцев, возможны повторные курсы</p> |
| <p>N80.4 Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища</p> | <p>Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование</p> | <p>Лечение как при N80.2-N80.3</p> | <p>3-7 дней Оперативное лечение – иссечение очагов эндометриоза Послеоперационная реабилитация в амбулаторных условиях до 6-9 месяцев, возможны повторные курсы через 6 месяцев</p> |
| <p>N80.5 Эндометриоз кишечника</p> | <p>Блок Б Блок В Блок Г Блок Е УЗИ органов брюшной полости Рентгеноскопия желудка и кишечника Колonosкопия Консультация хирурга, проктолога по показаниям</p> | <p>Послеоперационная реабилитация: Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (группа № 1) Синтетические (группа № 43) Синтетические гестагены (группа № 44) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>Оперативное лечение в специализированном стационаре Послеоперационная реабилитация в амбулаторных условиях до 6-9 месяцев, возможны повторные курсы через 6 месяцев</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|---|
| N80.6 Эндометриоз кожного рубца | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование | Лечение как при N80.2-N80.3 | 3-7 дней Оперативное лечение – иссечение очагов эндометриоза Послеоперационная реабилитация в амбулаторных условиях до 6-9 месяцев, возможны повторные курсы через 6 месяцев |
| N80.8 Другой эндометриоз N80.9 Эндометриоз неуточненный | Диагностика и лечение как при N80.0-N80.6 | | Лечение в специализированном стационаре по показаниям |
| N81 Выпадение женских половых органов | | | |
| N81.0 Уретроцеле у женщин N81.1 Цистоцеле N81.2 Неполное выпадение матки и влагалища N81.3 Полное выпадение матки и влагалища N81.4 Выпадение матки и влагалища неуточненное N81.5 Энтероцеле влагалища N81.6 Ректоцеле N81.8 Другие формы выпадения женских половых органов N81.9 Выпадение женских половых | Блок Б Блок В Ректальное исследование Блок Г Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к АБ перед операцией Блок Е Консультация уролога, проктолога (по показаниям) | Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) по показаниям После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Обработка кожи и слизистых оболочек (группа № 33) Повышение репаративных свойств эпителия (группа № 36) Фитотерапия инфекций мочевыводящих путей (группа № 58) Эстрогены (группа №59) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 7-10 дней Оперативное лечение в плановом порядке: реконструктивно-пластические операции с использованием и без использования сетчатых аллопротезов (требования к импланту: пролен, 1класс по Амиду, размеры пор > 75 микрон, расстояние между нитями > 10 микрон) Удаление матки или шейки матки – при наличии патологии органа |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|---|
| органов не- уточненное | | | |
| N82 Свищи с вовлечением женских половых органов | | | |
| N82.0 Пузырно- влагалищный свищ N82.1 Другие свищи женских мочеполовых путей | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Контрастная рентгенография свищевого хода Консультация уролога + цистоскопия | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Фитотерапия инфекций мочевыводящих путей (группа № 58) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 7-14 дней Оперативное лечение Сроки выполнения и вид оперативного вмешательства, учреждение, в котором оно будет выполняться, согласуются со смежными специалистами |
| N82.2 Свищ влагалищно-тонкокишечный N82.3 Свищ влагалищно-толстокишечный N82.4 Другие кишечно-генитальные свищи у женщин | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Контрастная рентгенография свищевого хода Консультация хирурга | Оперативное лечение в хирургическом стационаре | |
| N82.5 Свищи генитально-кожные у женщин | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Контрастная рентгенография свищевого хода | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 5-7 дней Оперативное лечение: иссечение свищевого хода |
| N82.8 Другие свищи женских половых органов N82.9 Свищ женских половых органов неуточненный | Диагностика и лечение как при N82.0-N82.5 | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|--|
| N83 | Невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки | | |
| <p>N83.0 Фолликулярная киста яичника</p> <p>N83.1 Киста желтого тела</p> <p>N83.2 Другие и неуточненные кисты яичника</p> | <p>Блок Б</p> <p>Блок В</p> <p>Блок Г</p> <p>Блок Е</p> <p>Гистологическое исследование</p> | <p>Натуральные гестагены и их аналоги (группа № 30)</p> <p>Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа №31)</p> <p>Синтетические гестагены (группа № 43)</p> <p>Синтетические гестагены (группа № 44)</p> <p>Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> <p>Обезболивание (группа № 32)</p> | <p>3-7 дней</p> <p>Для женщин репродуктивного возраста - кисты до 6 см в диаметре однокамерные без дополнительных по внутренней поверхности капсулы и в полости включений (онкомаркеры СА 125, 19-9 в норме): гормонотерапия 3-6 месяцев</p> <p>При отсутствии регресса или увеличении размеров на фоне терапии - оперативное лечение - цистэктомия (оперативное лечение после предварительного лечения в амбулаторных условиях)</p> <p>Для женщин в менопаузе - кисты односторонние до 3 см в диаметре однокамерные без дополнительных по внутренней поверхности капсулы и в полости включений (онкомаркеры СА 125, 19-9 в норме): наблюдение в амбулаторных условиях с УЗИ контролем 1 раз в 6 месяцев при отсутствии роста</p> <p>При увеличении размеров или из-</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| | | | менении эхографической структуры – двусторонняя аднексэктомия |
| N83.3 Приобретенная атрофия яичника и маточной трубы | Наблюдение амбулаторно. ЗГТ по показаниям | | |
| N83.4 Выпадение и грыжа яичника и маточной трубы | Диагностика и лечение как при N81.0 – 81.9 | | |
| N83.5 Перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 3-7 дней Оперативное лечение: органосохраняющая операция; удаление органов – при некрозе |
| N83.6 Гематосальпинкс | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 3-7 дней Оперативное лечение: опорожнение гематосальпинкса, при геморрагическом пропитывании стенок трубы – её удаление |
| N83.7 Гематома широкой связки матки | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 5-10 дней Оперативное лечение: опорожнение гематомы, лигирование кровоточащих сосудов |
| N83.8 Другие невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки N83.9 Невоспалительная болезнь яич- | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | Лечение как при N83.0-N83.7 | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| ника, маточной трубы и широкой связки матки неуточненная | | | |
| №84 Полип женских половых органов | | | |
| N84.0 Полип тела матки | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование Консультация терапевта | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) | 1-3 дня Гистероскопия и/или РДВ, полипэктомия Дальнейшая тактика определяется результатами гистологического исследования – гормонотерапия или оперативное лечение |
| N84.1 Полип шейки матки | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Кольпоскопия Гистологическое исследование Консультация терапевта | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) | 1-3 дня Полипэктомия, РДВ Дальнейшая тактика определяется результатами гистологического исследования – гормонотерапия или оперативное лечение |
| N84.2 Полип влагалища N84.3 Полип вульвы | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Кольпоскопия Консультация терапевта Гистологическое исследование | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) по показаниям Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки(группа № 27) | 1-3 дня Полипэктомия |
| N84.8 Полип других отделов женских половых органов N84.9 Полип | Диагностика и лечение как при N84.0-N84.3 | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| женских половых органов неуточненный | | | |
| N85 Другие невоспалительные болезни матки, за исключением шейки матки | | | |
| N85.0 Железистая гиперплазия эндометрия | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование Консультация терапевта | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Гормонотерапия в послеоперационном периоде (амбулаторно): Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (группа № 1) Натуральные гестагены (монопрепараты) (группа № 30) Синтетические гестагены (группа № 44) | 1-3 дня Гистероскопия и/или РДВ При подтверждении гистологического диагноза (железистая, железисто-кистозная, полиповидная гиперплазия) – гормональная терапия |
| N85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) | 1-3 дня Гистероскопия и/или РДВ При подтверждении гистологического диагноза консультация онколога для определения тактики лечения |
| N85.2 Гипертрофия матки N85.3 Субинволюция матки N85.4 Неправильное положение матки | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Аспирационная биопсия из полости матки по показаниям | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) | 1-3 дня Дальнейшая тактика ведения в зависимости от выявленной патологии |
| N85.5 Выворот матки | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 7-10 дней Оперативное лечение – удаление матки |
| N85.6 Внутриматочные | Блок Б Блок В | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ | 1-3 дня Гистероскопия с |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------|--|---|--|
| синехии | ИППП (по показаниям) Блок Г Гистологическое исследование Блок Е | (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | рассечением синехий на 5-7 день менструального цикла Для профилактики повторного образования синехий – введение ВМК с последующим извлечением после очередной менструации, если не преследуется цель длительной контрацепции |
| N85.7 Гематометра | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Обработка кожи и слизистых оболочек(группа №33) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 1-3 дня При врожденных аномалиях развития влагалища – оперативное лечение: реконструктивно-пластические операции на влагалище по восстановлению оттока крови из матки При врожденных аномалиях развития матки (аплазия шейки матки) – оперативное лечение: удаление матки с трубами При приобретенном стенозе/заращении цервикального канала – восстановление проходимости бужированием |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| N85.8 Другие уточненные невоспалительные болезни матки N85.9 Невоспалительная болезнь матки неуточненная | Диагностика и лечение как при N85.0-N85.7 | | |
| N86 Эрозия и эктропион шейки матки | | | |
| N86. Эрозия и эктропион шейки матки | Блок Б Блок В ИППП ВПГ, ВПЧ Блок Г ВИЧ Блок Е Кольпоскопия Прицельная биопсия шейки матки Гистологическое исследование | Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (внутриклеточные возбудители) (группа №9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии(группа №31) Противовирусная терапия (группа № 38) по показаниям Пробиотическая терапия (группа № 37) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | Оперативное лечение: методы локальной деструкции, реконструктивно-пластические операции на шейке матки |
| N87 Дисплазия шейки матки | | | |
| N87.0 Слабовыраженная дисплазия шейки матки | Блок Б Блок В ИППП ВПГ, ВПЧ Блок Г Блок Е Кольпоскопия Прицельная биопсия шейки матки Эндоцервикальный соскоб Гистологическое исследование | Санация половых путей в зависимости от вида возбудителя: Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа № 31) | Контроль излеченности: через 1 месяц; через 3 месяца; 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет При неэффективности консервативной терапии: Методы локальной деструкции Оперативное лечение: конизация, ампутация шейки матки |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|---|
| | | Противовирусная терапия (группа № 38) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ) После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Обработка кожи и слизистых оболочек (группа №33) | |
| N87.1 Умеренная дисплазия шейки матки | Диагностика и лечение как при N87.0 | | Контроль излеченности: через 1 месяц; через 3 месяца; 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет При неэффективности консервативной терапии: Методы локальной деструкции Оперативное лечение: конизация, ампутация шейки матки |
| N87.2 Резко выраженная дисплазия шейки матки, не классифицированная в других рубриках N87.9 Дисплазия шейки матки неуточненная | Диагностика как при N87.0 + Консультация онколога | | Направление на лечение в онкологический стационар со стеклами для пересмотра и определения тактики дальнейшего ведения |
| N88 Другие невоспалительные болезни шейки матки | | | |
| N88.0 Лейкоплакия шейки матки | Диагностика как при N87.0 | Санация половых путей в зависимости от вида возбудителя Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) | Контроль излеченности: через 1 месяц; через 3 месяца; 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет При неэффектив- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| | | <p>Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27)</p> <p>Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа № 31)</p> <p>Противовирусная терапия (группа № 38) по показаниям</p> <p>Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ)</p> <p>Метаболическая терапия (группа № 28)</p> | <p>ности консервативной терапии: Методы локальной деструкции</p> <p>Оперативное лечение: конизация, ампутация шейки матки</p> |
| <p>№88.1 Старый разрыв шейки матки</p> | <p>Блок Б</p> <p>Блок В</p> <p>ВИЧ</p> <p>ИППП</p> <p>ВПГ, ВПЧ</p> <p>Блок Г</p> <p>Блок Е</p> <p>Кольпоскопия</p> <p>Прицельная биопсия шейки матки</p> <p>Гистологическое исследование</p> | <p>Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа №9) по показаниям</p> <p>Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22)</p> <p>Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27)</p> <p>Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии(группа №31)</p> <p>Пробиотическая терапия (группа № 37)</p> <p>Противовирусная терапия (группа № 38) по показаниям</p> <p>Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>Оперативное лечение: реконструктивно-пластические операции на шейке матки</p> |
| <p>№88.2 Стриктурa и стеноз шейки матки</p> | <p>Блок Б</p> <p>Блок В</p> <p>Блок Г</p> <p>Блок Е</p> | <p>Антибиотикопрoфилактика (группа № 3)</p> <p>Обработка кожи и слизистых оболочек (группа №33)</p> | <p>1-3 дня</p> <p>При приобретенном стенозе/заращении цервикального канала – восстановление проходимости бужированием</p> |
| <p>№88.3 Недостаточность шейки матки</p> | <p>Блок Б</p> <p>Блок В</p> <p>Блок Г</p> <p>Блок Е</p> <p>МСГ</p> | <p>Антибиотикопрoфилактика (группа № 3)</p> <p>Обработка кожи и слизистых оболочек (группа №33)</p> | <p>5-7 дней</p> <p>Реконструктивно-пластические операции на шейке матки при её деформации</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|---|
| N88.4 Гипертрофическое удлинение шейки матки | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Кольпоскопия РДВ Гистологическое исследование | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Обработка кожи и слизистых оболочек(группа №33) | 5-7 дней Оперативное лечение: ампутация шейки матки |
| N88.8 Другие уточненные невоспалительные болезни шейки матки N88.9 Невоспалительная болезнь шейки матки неуточненная | Диагностика и лечение как при N88.0-N88.4 | | |
| N89 Другие невоспалительные болезни влагалища | | | |
| N89.0 Слабовыраженная дисплазия влагалища | Блок Б Блок В ИППП ВПГ, ВПЧ Блок Г Блок Е Кольпоскопия Прицельная биопсия влагалища Гистологическое исследование | Санация половых путей в зависимости от вида возбудителей Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа № 31) Обработка кожи и слизистых оболочек (группа №33) Противовирусная терапия (группа № 38) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ) | При неэффективности консервативного лечения методы локальной деструкции |
| N89.1 Умеренная дисплазия влагалища | Диагностика и лечение как при N89.0 | | При неэффективности консервативного лечения методы локальной деструкции |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|--|
| N89.2 Резко выраженная дисплазия влагалища, не классифицированная в других рубриках | Диагностика как при N89.0 Консультация онколога | | Направление на лечение в онкологический стационар со стеклами для пересмотра и определения тактики дальнейшего ведения |
| N89.3 Дисплазия влагалища неуточненная | Диагностика и лечение как при N89.0-N89.2 | | |
| N89.4 Лейкоплакия влагалища | Блок Б Блок В ИППП ВПГ, ВПЧ Блок Г Блок Е Кольпоскопия Прицельная биопсия влагалища Гистологическое исследование | Санация половых путей в зависимости от вида возбудителей Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа № 31) Обработка кожи и слизистых оболочек (группа №33) Противовирусная терапия (группа № 38) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ) | При неэффективности консервативного лечения методы локальной деструкции |
| N89.5 Стриктурa и атрезия влагалища | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Обработка кожи и слизистых оболочек (группа №33) | 5-7 дней Реконструктивно-пластические операции по восстановлению нормальной анатомии влагалища |
| N89.6 Плотная девственная плева | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | Обработка кожи и слизистых оболочек (группа №33) | 3-5 дней Оперативное лечение: рассечение девственной плевы |
| N89.7 Гемато- | Блок Б | Обработка кожи и слизистых | 3-7 дней |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|--|
| кольпос | Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта | оболочек (группа №33) | Оперативное лечение: реконструктивно-пластические операции по восстановлению нормальной анатомии влагалища |
| N89.8 Другие невоспалительные болезни влагалища N89.9 Невоспалительная болезнь влагалища неуточненная | Обследование для исключения онкопатологии | Лечение в соответствии с выявленной патологией | |
| N90 Другие невоспалительные болезни вульвы и промежности | | | |
| N90.0 Слабовыраженная дисплазия вульвы N90.1 Умеренная дисплазия вульвы | Блок Б Блок В ИППП ВПГ, ВПЧ Блок Г Блок Е Вульвоскопия Прицельная биопсия вульвы Гистологическое исследование | Санация половых путей в зависимости от вида возбудителей Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа № 31) Обработка кожи и слизистых оболочек (группа №33) Противовирусная терапия (группа № 38) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ) | При неэффективности лечения методы локальной деструкции |
| N90.2 Резко выраженная дисплазия вульвы, не классифицированная в | Блок Б Блок В ИППП ВПГ, ВПЧ Блок Г Блок Е | | Направление на лечение в онкологический стационар со стеклами для пересмотра и определения так- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-------------------------------------|--|---|---|
| других рубриках | Вульвоскопия с прицельной биопсией Гистологическое исследование Консультация онколога | | тики дальнейшего ведения |
| N90.3 Дисплазия вульвы неуточненная | Диагностика и лечение как при N90.0-N90.2 | | |
| N90.4 Лейкоплакия вульвы | Блок Б Блок В ИППП ВПГ, ВПЧ Блок Г Блок Е Вульвоскопия с прицельной биопсией Гистологическое исследование | Санация половых путей в зависимости от вида возбудителя Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) по показаниям Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа № 31) Противовирусная терапия (группа № 38) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ) Метаболическая терапия (группа № 28) | При неэффективности консервативного лечения методы локальной деструкции |
| N90.5 Атрофия вульвы | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Вульвоскопия с прицельной биопсией Гистологическое исследование | Эстрогены (группа № 59) Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | Амбулаторное лечение |
| N90.6 Гипертрофия вульвы | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) | 5-7 дней Оперативное лечение: реконструктивно- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|---|
| | Гистологическое исследование | Обработка кожи и слизистых оболочек (группа №33) | пластические операции по восстановлению нормальной анатомии вульвы |
| N90.7 Киста вульвы | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистологическое исследование | После операции: Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Обезболивание (группа № 32) Обработка кожи и слизистых оболочек (группа №33) | 5-7 дней Оперативное лечение: удаление кисты |
| N90.8 Другие уточненные невоспалительные болезни вульвы и промежности N90.9 Невоспалительная болезнь вульвы и промежности неуточненная | Обследование для исключения онкопатологии | Лечение в соответствии с выявленной патологией | |
| N91 Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации | | | |
| N91.0 Первичная аменорея | Блок Б Блок В Ректовагинальное исследование Блок Г Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОП) Определение кортизола | Эстрогены (группа № 59) Синтетические гестагены (группа № 43) Синтетические гестагены (группа № 44) Натуральные гестагены и их аналоги (группа № 30) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | При выявлении в кариотипе Y-хромосомы – удаление гонад При отсутствии ВПР половой системы гормональная терапия с учетом выявленной формы аменореи и фенотипических проявлений патологии При наличии ВПР половой системы – коррекция аномалий, гормональное лечение по согласованию с эндокринологом |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| | <p>Блок Е КТ или МРТ гипоталамо- гипофизарной области и надпочечни- ков по пока- заниям Определение кариотипа Лапароскопия с биопсией гонад по по- казаниям Гистологиче- ское исследо- вание По показани- ям консульта- ция терапевта, офтальмолога, эндокриноло- га, генетика</p> | | |
| <p>№1.1 Вто- ричная аме- норея</p> | <p>Блок Б Тест на бере- менность в репродуктив- ном возрасте Блок В Блок Г Исследование центральных и перифериче- ских половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эст- радиол, проге- стерон, тесто- стерон, ДГЭА- сульфат, 17- ОП) Определение кортизола Определение гормонов щи-</p> | <p>Эстрогены (группа № 59) Синтетические гестагены (группа № 43) Синтетические гестагены (группа № 44) Натуральные гестагены и их аналоги (группа № 30) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>Коррекция гор- мональной тера- пии с целью дальнейшего ле- чения в амбула- торно- поликлинических условиях</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------|--|--|--|
| | товидной железы Блок Е Тесты функциональной диагностики Гистероскопия + РДВ по показаниям Гистологическое исследование КТ или МРТ гипоталамо-гипофизарной области и надпочечников по показаниям По показаниям консультация терапевта, офтальмолога, эндокринолога, невролога | | |
| N91.2 Аменорея неуточненная | Диагностика и лечение как при N91.0-N91.1 | | |
| N91.3 Первичная олигоменорея | Блок Б Тест на беременность в репродуктивном возрасте Блок В Блок Г Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17- | Эстрогены (группа № 59) Натуральные гестагены и их аналоги (группа № 30) Синтетические гестагены (группа № 43) Синтетические гестагены (группа № 44) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | В зависимости от выявленного уровня поражения в гипоталамо-гипофизарно-яичниково-маточной системе и возраста пациентки Определение тактики дальнейшего лечения в амбулаторно-поликлинических условиях |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|------------------------------------|---|---|---|
| | <p>ОП) Определение кортизола Определение гормонов щитовидной железы Блок Е Тесты функциональной диагностики Гистероскопия по показаниям По показаниям консультация терапевта, офтальмолога, эндокринолога, невролога</p> | | |
| <p>№1.4 Вторичная олигоменорея</p> | <p>Блок Б Тест на беременность в репродуктивном возрасте Блок В Блок Г Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОП) Определение гормонов надпочечников Определение гормонов щитовидной железы</p> | <p>Эстрогены (группа № 59) Натуральные гестагены и их аналоги (группа № 30) Синтетические гестагены (группа № 43) Синтетические гестагены (группа № 44) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>В зависимости от выявленного уровня поражения в гипоталамо-гипофизарно-яичниково-маточной системе и возраста пациентки Определение тактики дальнейшего лечения в амбулаторно-поликлинических условиях</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|--|
| | товидной железы Блок Е Тесты функциональной диагностики Гистероскопия по показаниям Гистологическое исследование КТ или МРТ гипоталамо-гипофизарной области и надпочечников по показаниям По показаниям консультация терапевта, офтальмолога, эндокринолога, невролога | | |
| N91.5 Олигоменорея неуточненная | Диагностика и лечение как при N91.3-N91.4 | | |
| N92 Обильные, частые и нерегулярные менструации | | | |
| N92.0 Обильные и частые менструации при регулярном цикле | Блок Б Блок В ИППП Блок Г Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОП) Определение | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений (группа № 56) Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) Антианемическая терапия (группа № 2) по показаниям После РДВ: Натуральные гестагены и их аналоги (группа № 30) Синтетические гестагены (группа № 43) Синтетические гестагены (группа № 44) Метаболическая терапия | 1-3 дней РДВ На амбулаторно-поликлиническом этапе гормональная терапия с учетом данных обследования и результатов гистологического исследования, гемостатическая терапия |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|--|
| | <p>гормонов щитовидной железы Определение кортизола Блок Е Тесты функциональной диагностики Гистероскопия по показаниям По показаниям консультация терапевта, офтальмолога, эндокринолога, невролога</p> | <p>(группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | |
| <p>№92.1 Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле</p> | <p>Блок Б Блок В ИППП Блок Г Исследование центральных и периферических Гистологическое исследование половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОП) Определение гормонов щитовидной железы Определение кортизола Блок Е КТ или МРТ</p> | <p>Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Антианемическая терапия (группа № 2) по показаниям Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений (группа № 56) Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) После РДВ: Натуральные гестагены и их аналоги (группа № 30) Синтетические гестагены (группа № 43) Синтетические гестагены (группа № 44) Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>1-3 дня На амбулаторно-поликлиническом этапе гормональная терапия с учетом результатов гистологического исследования, гемостатическая терапия</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| | <p>гипоталамо-гипофизарной области и надпочечников по показаниям</p> <p>Гистероскопия+ РДВ</p> <p>По показаниям консультация терапевта, офтальмолога, эндокринолога, невролога</p> | | |
| <p>№92.2 Обильные менструации в пубертатном периоде</p> | <p>Блок Б</p> <p>Ректальное исследование</p> <p>Блок Г</p> <p>Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОП)</p> <p>Определение гормонов щитовидной железы</p> <p>Определение кортизола</p> <p>Блок Е</p> <p>Вагиноскопия</p> <p>КТ гипоталамо-гипофизарной области</p> <p>УЗИ щитовидной железы</p> <p>По показани-</p> | <p>Антианемическая терапия (группа № 2) по показаниям</p> <p>Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений (группа № 56)</p> <p>Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60)</p> <p>Синтетические гестагены (группа № 43) + Эстрогены (группа № 59)</p> | <p>10-14 дней</p> <p>Гормональный гемостаз: КОК по 1 таблетке через 2 часа № 4 в первый день, по 1 таблетке через 2 часа № 3 во второй день, по 1 таблетке через 2 часа № 2 в третий, с 4 по 21 день – 1 таблетка в сутки</p> <p>При усилении кровотечения на фоне проведения гормонального гемостаза – суточная доза не снижается</p> <p>РДВ проводится по жизненным показаниям (гистологическое исследование)</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| | ям консультирования педиатра, эндокринолога, гематолога | | |
| N92.3 Овуляторные кровотечения | Блок Б Блок В ИППП Блок Г ВИЧ Исследования центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОП) Определение гормонов щитовидной железы Определение кортизола Блок Е Кольпоскопия КТ гипоталамо-гипофизарной области Гистероскопия+ РДВ (по показаниям) Консультация эндокринолога | Лечение основного заболевания Антианемическая терапия (группа № 2) по показаниям Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 1-3 дня На амбулаторно-поликлиническом этапе гормональная терапия: КОК |
| N92.4 Обильные кровотечения в предменопаузном периоде | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Маммография Кольпоскопия Консультация | Антианемическая терапия (группа № 2) по показаниям Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений (группа № 56) Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) | 1-3 дня Гистероскопия, РДВ (гистологическое исследование) Гормональная те- |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|--|
| | онколога, эндокринолога, терапевта | | рапия и оперативное лечение по показаниям |
| N92.5 Другие уточненные формы нерегулярных менструаций N92.6 Нерегулярные менструации неуточненные | Диагностика и лечение как при N92.0-N92.4 | | |
| N93 Другие аномальные кровотечения из матки и влагалища | | | |
| N93.0 Посткоитальные или контактные кровотечения | Блок Б Блок В ИППП ВПГ, ВПЧ Блок Г Блок Е Кольпоскопия Прицельная биопсия шейки матки Гистологическое исследование | Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) | Лечение основного заболевания |
| N93.8 Другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища N93.9 Аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное | Обследование для исключения онкопатологии | Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) | Лечение в соответствии с выявленной патологией |
| N94 Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом | | | |
| N94.0 Боли в середине менструального | Блок Б Блок В Блок Г | Обезболивание (группа № 32) Нестероидные противовоспалительные средства в гинеко- | 3-5 дней в стационаре с последующим лечением |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| цикла | Блок Е Тесты функциональной диагностики | логии (группа № 31) Синтетические гестагены (группа № 43) + Эстрогены (группа № 59) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | на амбулаторно-поликлиническом этапе 3-6 месяцев |
| N94.1 Диспареуния | Блок Б Блок В ИППП ВПГ, ВПЧ Блок Г Блок Е Кольпоскопия, вульвоскопия по показаниям | Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа № 31) Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | Лечение в соответствии с выявленной патологией |
| N94.2 Вагинизм | Блок Б Блок В ИППП ВПГ, ВПЧ Блок Г Блок Е Кольпоскопия, вульвоскопия по показаниям Консультация психотерапевта по показаниям | Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа № 31) Микронутриентная терапия (группа № 29) Метаболическая терапия (группа № 28) | Лечение в соответствии с выявленной патологией |
| N94.3 Синдром предменструального напряжения | Блок Б Контроль объема выпитой жидкости и диуреза Блок В Блок Г Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестос- | Седативная терапия растительными препаратами (группа №42) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа № 31) Микронутриентная терапия (группа № 29) Метаболическая терапия (группа № 28) Обезболивание (группа № 32) Натуральные гестагены и их аналоги (группа № 30) Синтетические гестагены (группа № 43) + Синтетические гестагены (группа № 44) | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------|---|--|--|
| | <p>стерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОП) Блок Е КТ или МРТ гипоталамо-гипофизарной области и надпочечников по показаниям Электроэнцефалография, РЭГ сосудов мозга по показаниям Консультация терапевта, невролога, окулиста, аллерголога, психотерапевта по показаниям</p> | <p>Эстрогены (группа № 59)</p> | |
| <p>№94.4 Первичная дисменорея</p> | <p>Блок Б Блок В Блок Г Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОП) по показаниям Блок Е Консультация терапевта, невролога</p> | <p>Седативная терапия растительными препаратами (группа №42) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии (группа № 31) Обезболивание (группа № 32) Синтетические гестагены (группа № 43) + Эстрогены (группа № 59) по показаниям Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29)</p> | <p>5-7 дней в стационаре с последующим лечением в амбулаторно-поликлинических условиях 3-6 месяцев</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|
| <p>№94.5 Вторичная дисменорея</p> | <p>Блок Б Блок В ИППП ВПЧ, ВПГ Блок Г Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОП) по показаниям Блок Е Консультация терапевта, невролога</p> | <p>Лечение в соответствии с выявленной патологией</p> | |
| <p>№94.6 Дисменорея неуточненная №94.8 Другие уточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом №94.9 Состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом, неуточненные</p> | <p>Диагностика и лечение как при №94.4-№94.5</p> | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|--|---|
| №95 Нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде | | | |
| №95.0 Постменопаузные кровотечения | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Маммография Кольпоскопия Консультация онколога, терапевта | Антианемическая терапия (группа № 2) по показаниям Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений (группа № 56) Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) | 1-3 дня Гистероскопия, РДВ (гистологическое исследование) Оперативное лечение по показаниям |
| №95.1 Менопаузное и климактерическое состояние у женщин | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е КТ или МРТ гипоталамо-гипофизарной области и надпочечников по показаниям Электроэнцефалография, РЭГ сосудов мозга по показаниям Консультация терапевта, невролога, окулиста по показаниям | Седативная терапия растительными препаратами (группа №42) Экстракт цимицифуги по 1 таблетке 3 раза в сутки или по 30 капель 3 раза в сутки внутрь Микронутриентная терапия (группа № 29) Метаболическая терапия (группа № 28) ЗГТ по показаниям: Синтетические гестагены (группа № 43) + Эстрогены (группа № 59) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | Лечение в амбулаторно-поликлинических условиях 3-6 месяцев |
| №95.2 Постменопаузный атрофический вагинит | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Кольпоскопия Вульвоскопия | Эстрогены (группа № 59) вагинальные формы (эстриол 0,5 мг) по показаниям Местная терапия воспалительных, дисбиотических и смешанных поражений влагалища и шейки матки (группа № 27) Повышение репаративных свойств эпителия (группа №36) Пробиотическая терапия (группа №37) Седативная терапия растительными препаратами (группа № 42) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|--|
| N95.3 Состояния, связанные с искусственно вызванной менопаузой | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | Седативная терапия растительными препаратами (группа №42) Экстракт цимицифуги по 1 таблетке 3 раза в сутки или по 30 капель 3 раза в сутки внутрь ЗГТ по показаниям: Синтетические гестагены (группа № 43) + Эстрогены (группа № 59) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | Лечение в амбулаторно-поликлинических условиях 3-6 месяцев |
| N95.8 Другие уточненные нарушения менопаузного и перименопаузного периода N95.9 Менопаузные и перименопаузные нарушения неуточненные | Диагностика и лечение как при N95.0-N95.3 | | |
| N96 | Привычный | выкидыш | |
| | Блок Б Блок В ИППП ВПЧ, ВПГ Блок Г Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОП) Определение гормонов | Лечение в соответствии с выявленной патологией | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|--|--|
| | <p>надпочечников Определение гормонов щитовидной железы Обследование на АФС Блок Е МСГ По показаниям консультация терапевта, генетика</p> | | |
| №7 Женское бесплодие | | | |
| <p>№7.0 Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции</p> | <p>Блок Б Блок В ИППП ВПЧ, ВПГ Блок Г ГТТ Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, ФСГ, ЛГ, эстрадиол, прогестерон, тестостерон, ДГЭА-сульфат, 17-ОП) Исследование кортизола Исследование гормонов щитовидной железы Блок Е Тесты функциональной диагностики КТ или МРТ гипоталамо-гипофизарной области и</p> | <p>Стимуляция овуляции (группа № 48) Синтетические гестагены (мोनпрепараты) (группа № 44) Эстрогены (группа № 59) Метаболическая терапия (группа № 28) Микронутриентная терапия (группа № 29) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>3-5 дней в стационаре с последующим лечением в амбулаторно-поликлинических условиях Хирургическая стимуляция овуляции по показаниям Вспомогательные репродуктивные технологии по показаниям</p> |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|--|
| | надпочечников по показаниям УЗИ фолликулогенеза УЗИ щитовидной железы Консультация эндокринолога | | |
| N97.1 Женское бесплодие трубного происхождения Связанное с врожденной аномалией маточных труб. Трубная: - непроходимость - закупорка - стеноз | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е МСГ Консультация терапевта | В послеоперационном периоде: Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии(группа №31) Обезболивание (группа № 32) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 3-5 дней Лечебно-диагностическая лапароскопия, реконструктивно-пластические операции на маточных трубах |
| N97.2 Женское бесплодие маточного происхождения Связанное с врожденной аномалией матки Дефект имплантации яйцеклетки | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистероскопия + РДВ Лапароскопия по показаниям Консультация генетика | В послеоперационном периоде: Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии(группа №31) Обезболивание (группа № 32) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 7-10 дней Придаточном маточном роге – его удаление; при внутриматочной перегородке – ее иссечение; при внутриматочных синехиях – рассечение спаек |
| N97.3 Женское бесплодие цервикального происхождения | Блок Б Блок В ИППП ВПЧ, ВПГ Блок Г Иммунограмма Блок Е Тесты функ- | Вспомогательные репродуктивные технологии (искусственная инсеминация спермой мужа или донора, экстракорпоральное оплодотворение) | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|------------|
| | циональной диагностики Посткоиталь- ный тест Кольпоскопия | | |
| N97.4 Жен- ское беспло- дие, связанное с мужскими факторами | Блок Б Блок В ИППП ВПЧ, ВПГ Блок Г Блок Е Спермограм- ма Тесты функ- циональной диагностики | Лечение мужа андрологом Вспомогательные репродуктивные технологии (искусственная инсеминация спермой мужа или донора, экстракорпоральное оплодотворение) | |
| N97.8 Другие формы жен- ского беспло- дия N97.9 Жен- ское беспло- дие неуточ- ненное | Диагностика и лечение как при N97.0-N97.4 | | |
| N98 Осложнения, связанные с искусственным оплодотворением | | | |
| N98.0 Инфек- ция, связанная с искусствен- ным оплодо- творением | Блок Б Блок В ИППП Блок Г + ВИЧ Блок Е посев из цер- викального канала на флору и чув- ствительность к АБ | Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа № 9) Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспали- тельные средства в гинеколо- гии(группа №31) Противокандидозная терапия (группа № 39) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | 10-14 дней |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|--|
| <p>№98.1 Гиперстимуляция яичников:</p> <ul style="list-style-type: none"> • БДУ связанная с индуцированной овуляцией | <p>Блок Б Измерение окружности живота ежедневно Блок В Блок Г + Электролиты крови + Д-димеры Блок Е УЗИ органов брюшной полости УЗИ сердца по показаниям Консультация терапевта</p> | <p>Инфузионная терапия (группа № 25) Трансфузионная терапия (группа № 54) Лапароцентез по показаниям Фуросемид 20-40 мг внутрь или в/в по показаниям</p> | <p>7-21 дней</p> |
| <p>№98.2 Осложнения, связанные с попыткой имплантации оплодотворенной яйцеклетки после экстракорпорального оплодотворения</p> | <p>Блок Б Блок В ИППП Блок Г Блок Е Консультация терапевта, генетика</p> | <p>Антибиотикотерапия ВЗОМТ (группа № 6) Антибиотикотерапия ИППП в гинекологии (группа №9) Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (группа № 22) Нестероидные противовоспалительные средства в гинекологии(группа №31) Противокандидозная терапия (группа № 39) Инфузионная терапия (группа № 25) по показаниям Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений (группа № 56) по показаниям Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) по показаниям Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> | <p>7-10 дней РДВ В период реабилитации КОК, иммуномодулирующая терапия – до 3-х месяцев, немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО)</p> |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение» см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

4.3. Другие нарушения мочеполовой системы N99

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Тактика ведения/ Средняя длительность лечения |
|---|---|---|---|
| | Диагностика* | Лечение* | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| N99 | Нарушения мочеполовой системы после медицинских процедур, не классифицированные в других рубриках | | |
| N99.2 Послеоперационные спайки влагалища | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта | Обработка кожи и слизистых оболочек(группа № 33) Повышение репаративных свойств эпителия (группа № 36) | 3-5 дней Оперативное лечение |
| N99.3 Выпадение свода влагалища после экстирпации матки | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | 5-7 дней Оперативное лечение - реконструктивно-пластические операции при выпадении половых органов |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение» см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

Раздел 5
ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ,
ОТРАЖЕННЫЕ ВО II, IV, XVII КЛАССАХ МКБ 10

5.1. Класс II, Новообразования D25 – D28

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Тактика ведения/ Средняя длительность лечения |
|--|---|--|--|
| | Диагностика* | Лечение* | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25 | Лейомиома матки | | |
| D25.0 Подслизистая лейомиома матки | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистероскопия + РДВ по показаниям Гистологическое исследование | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) Коррекция реологических свойств крови (группа № 26) Инфузионная терапия (группа № 25) Антианемическая терапия (группа № 2) по показаниям Утеротонические средства для профилактики маточных кровотечений (группа № 56) Симптоматическая гемостатическая терапия (группа № 60) | 3-10 дней Оперативное лечение: гистерорезектоскопия, миомэктомия, ампутация/экстирпация матки |
| D 25.1 Интрамуральная лейомиома матки D 25.2 Субсерозная лейомиома матки D 25.9 Лейомиома матки неуточненная | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Гистероскопия + РДВ по показаниям Гистологическое исследование | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) Коррекция реологических свойств крови (группа № 26) Инфузионная терапия (группа № 25) Антианемическая терапия (группа № 2) по показаниям | 3-10 дней Оперативное лечение: миомэктомия, ампутация/экстирпация матки |
| D 26 | Другие доброкачественные новообразования матки | | |
| D26.0 Шейки матки D 26.1 Тела матки D 26.7 Других частей матки D26.9 Матки неуточненной части | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Кольпоскопия по показаниям Биопсия шейки матки по показаниям | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | 3-10 дней Оперативное лечение – удаление новообразования |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|---|---|
| | Гистологическое исследование | | |
| D 27 Доброкачественные новообразования яичника | | | |
| D27 Доброкачественные новообразования яичника | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Пункция брюшной полости по показаниям РДВ по показаниям Рентгенологическое или эндоскопическое обследование желудка и толстого кишечника по показаниям | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | 3-10 дней Оперативное лечение – удаление новообразования Гистологическое исследование |
| D28 Доброкачественные новообразования других неуточненных женских половых органов | | | |
| D28. 0 Вульвы D28.1 Влажлища D28.2 Маточных труб и связок D28.7 Других уточненных женских половых органов D28.9 Женских половых органов неуточненной локализации | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | 3-7 дней Оперативное лечение – удаление новообразования |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение» см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

5.2. Класс IV
Болезни эндокринной системы расстройства питания
и нарушения обмена веществ (E 25, 34.5)

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Тактика ведения/ Средняя длительность лечения |
|--|--------------------------------------|---|---|
| | Диагностика* | Лечение* | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| E 28 | Дисфункция яичников | | |
| E28.0 Избыток эстрогенов | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | Натуральные гестагены и их аналоги (группа №30) Синтетические гестагены (группа №43) Синтетические гестагены (монопрепараты) (группа №44) | Лечение амбулаторно Оперативное лечение (РДВ или гистероскопия) при подозрении на патологию эндометрия; 1-3 дня |
| E28.1 Избыток андрогенов Гиперсекреция овариальных андрогенов | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | Глюкокортикоиды (группа №19) Синтетические гестагены (группа №43) Спиринолактон – 25-50 мг 1-2 раза в сутки | Лечение амбулаторно: КОК, при планировании беременности глюкокортикоиды Оперативное лечение при наличии объемных образований надпочечников в специализированном стационаре |
| E28.2 Синдром поликистоза яичников | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | Глюкокортикоиды (группа №19) Натуральные гестагены и их аналоги (группа №30) Подавление лактации (агонисты дофаминергических рецепторов) (группа №34) Синтетические гестагены (группа №43) Синтетические гестагены (монопрепараты) (группа №44) Стимуляция овуляции (группа №48) Эстрогены (группа №59) | Лечение амбулаторно 3-6-12 месяцев Оперативное лечение при планировании беременности: резекция яичника (-ов), ВЧ-каутеризация яичника (-ов); 3-5 дней Послеоперационное наблюдение амбулаторно 3-6 месяцев: контроль овуляции Послеоперационное лечение амбулаторно 12-24 месяца |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|---|
| E28.3 Первичная яичниковая недостаточность Низкое содержание эстрогенов Преждевременная менопауза БДУ Устойчивый овариальный синдром | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | Натуральные гестагены и их аналоги (группа №30) Синтетические гестагены (группа №43) Синтетические гестагены (монопрепараты) (группа №44) Эстрогены (группа №59) | Лечение амбулаторно |
| E28.8 Другие виды дисфункции яичников Гиперфункция | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е | Натуральные гестагены и их аналоги (группа №30) Синтетические гестагены (группа №43) Синтетические гестагены (монопрепараты) (группа №44) | Лечение амбулаторно |
| яичников БДУ E28.9 Дисфункция яичников неуточненная | | Эстрогены (группа №59) | |
| Е 34 Другие эндокринные нарушения | | | |
| Е 34.5 Синдром андрогенной резистентности Мужской псевдогермафродитизм с андрогенной резистентностью Тестикулярная феминизация | Блок Б Блок Г Блок Е Определение кариотипа Консультация терапевта, генетика, эндокринолога | Наблюдение, при оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | 7-14 дней Удаление тестикул Вульвовагинопластика, кольпопоз по показаниям |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение» см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

5.3. Класс XVII
Врожденные аномалии [пороки развития],
деформации и хромосомные нарушения Q50 - Q52*

| Наименование форм заболеваний (МКБ-10) | Объем оказания медицинской помощи | | Тактика ведения/ Средняя длительность лечения |
|---|--|---|--|
| | Диагностика* | Лечение* | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Q50 | Врожденные аномалии [пороки развития] яичников, фаллопиевых труб и широких связок | | |
| | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта, ге- нетика, эндо- кринолога | Антибиотикопрофилак- тика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | 3-7 дней Оперативное лечение: биопсия яичника, цистэктомия, удаление яичника |
| Q51 | Врожденные аномалии [пороки развития] тела и шейки матки | | |
| Q51.0 Агенезия и аплазия мат- ки | Наблюдение | | |
| Q51.1 Удвое- ние тела матки с удвоением шейки матки и влагалища | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта | Антибиотикопрофилак- тика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | Наблюдение. При бес- плодии не связанном с гормональными, при- чинами, перитонеаль- ными и инфекционны- ми факторами, а также при дискомфорте вследствие наличия перегородки во влага- лище, ее рассечение с последующим форми- рованием единого вла- галища |
| Q51.2 Другие удвоения мат- ки | Диагностика и лечение как при Q51.1 | | Удаление добавочного образования тела мат- ки с трубой, входящей в это образование |
| Q51.3 Двуро- гая матка | Диагностика и лечение как при Q51.1 | | Наблюдение. При при- вычном невынашива- нии беременности, операция по созданию общей полости матки |
| Q51.4 Одноро- гая матка | Диагностика и лечение как при Q51.1 | | Наблюдение |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| Q51.5 Агенезия и аплазия шейки матки | Диагностика и лечение как при Q51.1 | | 7-10 дней Удаление тела матки с трубами при функционирующем эндометрии |
| Q51.6 Эмбриональная киста шейки матки | Диагностика и лечение как при Q51.1 | | 3-7 дней Цистэктомия |
| Q51.7 Врожденный свищ между маткой и пищеварительным и мочепускательными трактами | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта | | Оперативное лечение в специализированном стационаре |
| Q51.8 Другие врожденные anomalies тела и шейки матки Гипоплазия тела и шейки матки | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта | Эстрогены (группа №59) Натуральные гестагены и их аналоги (группа № 30) Синтетические гестагены (группа № 43) Микронутриентная терапия (группа №29) Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) | Наблюдение Курсы гормональной терапии длительно-стью не менее 6 мес. Немедикаментозная терапия (ФТЛ, ИРТ, ГБО) 2 раза в год |
| Q51.9 Врожденная anomaly тела и шейки матки неуточненная | Наблюдение | | |
| Q52 | Другие врожденные anomalies [пороки развития] женских половых органов | | |
| Q52.0 Врожденное отсутствие влагалища | Блок Б Блок Г Блок Е Консультация терапевта | Наблюдение, при оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | 14 дней Кольпопоз с использованием кожи, резецированного участка толстой кишки, брюшины Увеличение объема рудимента влагалища за счет его вдавления или растяжения |
| Q52.1 Удвоение влагалища | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация | Наблюдение, при оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа | 7-10 дней Создание единого влагалища при наличии дискомфорта от присутствия перегородки. |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--|---|--|
| | терапевта | № 32) | Рассечение перегородки, в том числе во время беременности и родов, при опасности ее отрыва от стенок влагалища в процессе рождения плода |
| Q52.2 Врожденный ректовагинальный свищ | Диагностика и лечение как при Q52.1 | | Оперативное лечение в специализированном стационаре |
| Q52.3 Девственная плева, полностью закрывающая вход во влагалище | Диагностика и лечение как при Q52.1 | | 3-5 дней Перфорация девственной плевы для создания оттока менструальной крови |
| Q52.4 Другие врожденные аномалии влагалища Киста Нукка врожденная, Киста влагалища эмбриональная | Диагностика и лечение как при Q52.1 | | 5-7 дней Цистэктомия |
| Q52.5 Сращение губ Q52.6 Врожденная аномалия клитора Q52.7 Другие врожденные аномалии вульвы (отсутствие, киста, другие аномалии) | Блок Б Блок В при наличии возможности Блок Г Блок Е Консультация терапевта | Наблюдение, при оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | 7-10 дней При сращении половых губ - хирургическое рассечение При врожденных аномалиях клитора – лечение в зависимости от вида от аномалии При отсутствии вульвы – вульвопластика При наличии кисты – цистэктомия При других аномалиях – лечение в зависимости от вида аномалии |
| Q52.8 Другие уточненные врожденные аномалии женских половых | См. Q52.0 - Q52.9 | | |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--|--|---|
| органов Q52.9 Врожденная аномалия жен- ских половых органов не- уточненная | | | |
| Q96 Синдром Тернера | | | |
| Q96.0 Карио- тип 45,X, Q96.1 Карио- тип 46,X iso (Xq), Q96.2 Карио- тип 46,X с аномальной половой хро- мосомой, за исключением iso (Xq) | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта, ге- нетика, эндо- кринолога | Наблюдение, при опера- тивном лечении: Антибиотикопротек- тика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | Вульвовагинопластика – по показаниям |
| Q96.3 Мозаи- цизм 45,X / 46,XX или XY, Q96.4 Мозаи- цизм 45,X/ другая клеточ- ная линия (ли- нии) с ано- мальной поло- вой хромосо- мой | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта, ге- нетика, эндо- кринолога | Наблюдение, при опера- тивном лечении: Антибиотикопротек- тика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | Удаление гонад при наличии Y хромосомы. Вульвовагинопластика – по показаниям |
| Q96.8 Другие варианты син- дрома Тернера 1 | Блок Б Блок В Блок Г 2 | | Наблюдение |
| Q96.9 Синдром Тернера не- уточненный | Блок Е Консультация терапевта, ге- нетика, эндо- кринолога | | |
| Q97 Другие аномалии половых хромосом, женский фенотип, не классифицированные в других рубриках | | | |
| Q97.0 Карио- тип 47,XXX Q97.1 Женщи- на с более чем тремя X- | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация | Наблюдение, при опера- тивном лечении: Антибиотикопротек- тика (группа № 3) Обезболивание (группа | Вульвовагинопластика – по показаниям |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| хромосомами Q97.2 Мозаицизм, цепочки с различным числом X-хромосом | терапевта, генетика, эндокринолога | № 32) | |
| Q97.3 Женщина с 46,XY-кариотипом | Блок Б Блок В при наличии возможности Блок Г Блок Е Консультация терапевта, генетика, эндокринолога | Наблюдение, при оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | Удаление гонад при наличии Y хромосомы. Вульвовагинопластика – по показаниям |
| Q97.8 Другие уточненные аномальные половые хромосомы, женский фенотип Q97.9 Аномалия половых хромосом, женский фенотип, неуточненная | Блок Б Блок В при наличии возможности Блок Г Блок Е Консультация терапевта, генетика, эндокринолога | Наблюдение, при оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | Удаление гонад при наличии Y хромосомы. Вульвовагинопластика – по показаниям |
| Q99 | Другие аномалии хромосом, не классифицированные в др. рубриках | | |
| Q99.0 Мозаик [химера] 46,XX / 46,XY | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта, генетика, эндокринолога | Наблюдение, при оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | Удаление гонад при наличии Y хромосомы. Вульвовагинопластика – по показаниям |
| Q99.1 46,XX истинный гермафродит | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта, ге- | Наблюдение, при оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | Удаление яичка или овотестиса |

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|--|---|
| | нетика, эндокринолога | | |
| Q99.2 Ломкая X-хромосома | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта, генетика, эндокринолога | Наблюдение, при оперативном лечении: Антибиотикофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | Вульвовагинопластика – по показаниям |
| Q99.8 Другие уточненные хромосомные аномалии Q99.9 Хромосомная аномалия неуточненная | Блок Б Блок В Блок Г Блок Е Консультация терапевта, генетика, эндокринолога | Наблюдение, при оперативном лечении: Антибиотикофилактика (группа № 3) Обезболивание (группа № 32) | Удаление гонад при наличии Y хромосомы. Вульвовагинопластика – по показаниям |

* Блоки в графе «Диагностика» см. раздел 1 (Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток); группы препаратов в графе «Лечение» см. раздел 2 (Клинико-фармакологические группы лекарственных средств)

**Раздел 6
ПРИЛОЖЕНИЯ**

Приложение 1

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

_____ Д.Л. Пиневиц

«22» июля 2011 г.

Регистрационный № 068-0611

ВЕДЕНИЕ ПАРТОГРАММЫ В ИСТОРИИ РОДОВ

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ:

доктор медицинских наук профессор Воскресенский С.Л.;

кандидат медицинских наук доцент Тесакова М.Л.;

кандидат медицинских наук доцент Небышинец Л.М.;

кандидат медицинских наук доцент Барсуков А.Н.

Минск 2011

Инструкция предназначена для стандартизации оформления медицинской документации, в частности истории родов – форма О96/у (приказ МЗ РБ от 20.09.2007 в редакции от 05.04.2010 №336), унифицированного анализа качества оказания медицинской помощи роженицам (снижение числа осложнений со стороны матери и плода в родах через естественные родовые пути) и повышения достоверности составляемых на их основании отчетов.

Партограмма – это современная, конкретная, эффективная форма записи характеристик родового процесса. Применение партограммы рекомендовано во всех клиниках мира. По данным Е.А. Чернухи, Т.А. Старо-

стина, И.С. Сидоровой, М.А. Ботвина, 2000), применение партограммы более эффективно по сравнению с рутинной записью в истории родов.

Согласно зарубежным исследованиям (Lancet 1994; 343; 1399-404) была отмечена эффективность ведения партограммы в диагностике и профилактике слабости родовой деятельности, в определении экстренных показаний для оперативных вмешательств и в улучшения исходов для новорожденных. Партограмма используется для оценки течения родов в целях определения наилучшего момента вмешательства со стороны врача при возникновении осложнений родов.

Процесс физиологических родов включает следующие основные компоненты: развитие регулярной сократительной деятельности матки (схваток); изменение шейки матки, проявляющееся в укорочении и сглаживании (преобразование в маточный/акушерский зев); постепенное раскрытие маточного зева до 10 см; продвижение плода по родовому каналу и его рождение; отделение и выделение последа (плацента, пуповина, оболочки).

Учитывая, что созданная в начале 80-х годов партограмма ни разу не претерпевала каких-либо переработок, в том числе и в рамках последних, действующих в настоящее время, протоколов оказания акушерско-гинекологической помощи в Республике Беларусь, возникла необходимость в усовершенствовании и доработке исходного документа. Ведение партограммы, разработанной авторами, позволяет наглядно и удобно регистрировать родовой акт, по результатам оценки различных параметров определять объективное состояние роженицы и плода, вовремя акцентировать внимание на отклонениях в течении родов и своевременно предпринимать адекватные лечебные действия.

Область применения: акушерство.

Уровень внедрения: акушерские стационары всех уровней оказания специальной медицинской акушерско-гинекологической помощи.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Дополнительного оснащения и лекарственного обеспечения не требуется.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Роды через естественные родовые пути.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ


Акушерские ситуации, требующие планового кесарева сечения.

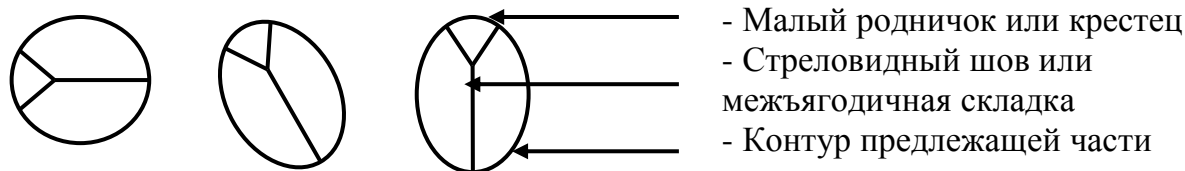
ОПИСАНИЕ МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ

Партограмма с протоколами родов ведется врачом родового блока. Протоколы родов включают в себя этапные клинические диагнозы, этапные планы родоразрешения и являются дополнением к самой партограмме.

Партограмма представляет собой вариант листа интенсивного наблюдения за пациенткой в родах. Ее показатели включают в себя клиническую характеристику состояния женщины, плода и родового процесса, а также манипуляции в родах, все назначения. Показатели расположены по двум осям координат – вертикальной и горизонтальной. Горизонтальная ось отражает дату и время дневников наблюдения. Вертикальная ось – клинические параметры состояния роженицы (пульс, АД) и плода (сердцебиение, качество околоплодных вод), динамику родового процесса (характеристика шейки матки, продвижение предлежащей части плода, частота, интенсивность и болезненность схваток, наличие плодного пузыря), а также манипуляции и лекарственные назначения.

Этапы:

1. Качественные (т.е. констатирующие наличие или отсутствие признака) показатели партограммы: отметка о регистрации КТГ, характеристики шейки матки (консистенция – мягкая, плотная; положение шейки матки по оси таза – центрирована, не центрирована; сглажена); характеристики плодного пузыря (цел, отсутствует) и околоплодных вод (светлые, зеленые прозрачные, меконий взвесь), выявленные при амниоскопии; показания к амниотомии (пузырь плоский, высокий надрыв, родостимуляция) – отмечаются значком «+» или «×». Болезненность схваток отмечается в зависимости от интенсивности боли от умеренной до очень сильной – «+», «++», «+++», или «×», «××», «×××».
2. Количественные (то есть имеющие числовое выражение) показатели партограммы: ЧСС плода, АД роженицы, ЧСС роженицы, проходимость цервикального канала и раскрытие акушерского зева в см, количество схваток за 10 минут, длительность схватки в секундах – записываются арабскими цифрами.
3. Проходимость цервикального канала или раскрытие маточного зева отмечаются знаками «+» или «×», которые вносятся в ячейку соответствующую числовому значению раскрытия (от 0 до 10 см) и времени выполнения исследования.
4. Для обозначения предлежащей части (головки или тазового конца) введен единый графический знак –  (эллипс). Положение ориентиров на предлежащей части плода – стреловидного шва (шов с малым родничком) или межъягодичной складки (межъягодичная складка с крестцом) обозначается знаком похожим на латинскую букву Y (игрек). Таким образом, изображение предлежащей части на партограмме имеет следующий вид:



5. Расположение подлежащей части по отношению к плоскостям таза: подвижна над входом в малый таз (головка, тазовый конец плода), прижата ко входу в малый таз (головка, тазовый конец плода), малым сегментом (головка) в плоскости входа в малый таз, большим сегментом (головка) в плоскости входа в малый таз, в широкой части малого таза (головка, тазовый конец плода), в узкой части малого таза (головка, тазовый конец плода), в плоскости выхода малого таза (головка, тазовый конец плода) – отмечается вышеприведенными условными обозначениями, которые вносятся в ячейки соответствующие ее расположению и времени выполнения исследования.
6. Графическое отображение родового процесса создается путем соединения линией значков «×» или «+», относящихся к раскрытию родовых путей и продвижению плода.
7. В горизонтальных строках раздела партограммы «отметки о назначениях» записываются названия назначенных препаратов с отметкой «+» или «×» в соответствующем столбике дневника партограммы. Все детали, относящиеся к правилам назначения лекарственных средств пациенткам (концентрация раствора, способ введения и пр.), отражаются в листе назначений.
8. Партограмма для ведения индуцированных и преждевременных родов построена по такому же принципу, как и основной вариант партограммы, заполняемой в истории родов. Партограмма индуцированных родов с протоколами ведется врачом родового блока, за исключением раздела, содержащего информацию об индукции родов, в том числе начинающейся с применения местных форм простагландинов, ламинарий или внутриматочного баллона. Заполнение этого раздела начинается врачом отделения патологии беременных с указания в соответствующем дневнике партограммы в строке средства, используемого для индукции родов, значка «x» или «+». Ведение партограммы индуцированных родов врачом родового блока начинается с момента установления факта родовой деятельности или возникновения осложнений, в том числе, требующих экстренного родоразрешения. Партограмма преждевременных родов с протоколами ведется врачом родового блока, за исключением раздела, содержащего информацию о введении глюкокортикоидов с целью

профилактики СДР и токолитиков по показаниям, который может заполняться в определенных клинических ситуациях врачом отделения патологии беременных с использованием отметок о назначении («х», «+») в соответствующих дневниках партограммы.

9. Запись данных в партограмму осуществляется каждые 3 часа, параметры влагалищного статуса вносятся через 6 часов в физиологических родах. В патологических родах и во всех ситуациях, требующих применения лечебно-диагностических мероприятий или изменения плана родоразрешения, записи в партограмму (в том числе и влагалищный статус) осуществляются без учета временного промежутка. При использовании в родах простагландинов и утеротоников динамику родового процесса (со стороны матери и плода) на фоне инфузии рекомендуется отражать в партограмме каждые 1,5-2 часа.
10. Описания II-III периода родов и раннего послеродового периода являются текстовыми сопровождениями основного раздела партограммы, отражающего первый период родов, – содержат физиологический и патологический варианты их возможного протекания. Кроме того, существуют стандартные формы протоколов манипуляций и операций, производимых в родах и послеродовом периоде, и варианты партограмм для ведения индуцированных и преждевременных родов (приведены в приложении).\

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

При использовании метода не выявлены.

ПАРТОГРАММА № истории _____ ФИО _____

_____ 20 __ года _____ час _____ мин

**ДИА-
ГНОЗ:** _____

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ № 1:

Врач _____

_____ 20 __ год _____ час _____ мин

ДИАГНОЗ: _____

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ № 2:

Врач _____

_____ 20 __ год _____ час _____ мин

ДИАГНОЗ: _____

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ № 3:

Врач _____

II - III ПЕРИОДЫ РОДОВ _____ 20 __ г., ____:

Потужная деятельность

Развивалась регулярная потужная деятельность. Потуги _____ за 10 мин., по _____ сек.

Головка плода на тазовом дне. Сердцебиение плода ясное, ритмичное _____
_____ уд./мин.

Переведена в родильный зал _____

Эпизиотомия, перинеотомия при врезывающейся головке, **показания:** угроза разрыва промежности, в т.ч. по старому рубцу, острая гипоксия плода

Рождение ребенка

В _____ (час) _____ (мин.) _____ 20 ____ г. Родила первого ребенка
живого, мертвого, доношенного, недоношенного, переношенного _____,
пол _____, масса _____ г, рост _____ см, без асфиксии, в асфиксии
_____ ; без видимых уродств, с видимыми уродствами

Закричал сразу, после отсасывания слизи, через _____ минут.

Апгар 1 мин. _____ баллов.

5 мин. _____ баллов.

Отделен от матери. Глазки, половая щель обработана 30% раствором альбукцида.

В _____ (час) _____ (мин.) _____ 20 ____ г. Родила второго ребенка
живого, мертвого, доношенного, недоношенного, переношенного _____,
пол _____, масса _____ г, рост _____ см, без асфиксии, в ас-
фиксии _____ ; без видимых уродств, с видимыми уродствами

Закричал сразу, после отсасывания слизи, через _____ минут.

Апгар 1 мин. _____ баллов.

5 мин. _____ баллов.

Отделен от матери. Глазки, половая щель обработана 30% раствором альбукцида.

Роженице моча (не) выведена катетером.

Клиника нормального последового периода

Через _____ минут самостоятельно отделился и выделился послед без дефектов плацентарной ткани, оболочки все, пуповина без особенностей, длина _____ см (имеются особенности пуповины _____), масса последа _____ г, размеры _____ см.

Клиника патологического последового периода

Через _____ минут: отсутствуют признаки отделения последа, появились обильные кровянистые выделения из родовых путей, _____.

самостоятельно отделился и выделился послед с дефектом плацентарной ткани _____ см, дефект оболочек _____, пуповина без особенностей, длина _____ см (имеются особенности пуповины _____), масса последа _____ г, размеры _____ см.

Диагноз: _____

План ведения:

1. ручное отделение плаценты и выделение последа
2. ручное обследование полости матки (показания: гипотоническое маточное кровотечение, рубец на матке, акушерские щипцы _____)
3. кюретаж послеродовой матки

Врач _____

РАННИЙ ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

_____ 20 __ г. __:__

Осмотр родовых путей**Шейка** матки цела, разрыв I, II, III ст., справа, слева. Ушит непрерывным/отдельными швами**Влагалище** цело, разрыв стенок правой, левой боковой, задней _____.

Ушит _____ непрерывным/отдельными швами

Промежность цела, разрыв I, II, III, IV ст. Ушит непрерывным/отдельными швами

Эпизиотомия (срединно-латеральная, срединная), перинеотомия: обезболивание (лидокаин _____), ушивание _____

Материал ушивания разрывов дарвин, викрил _____**Общая кровопотеря в родах** _____ мл.**Состояние женщины** после родов удовлетворительное _____.

Жалобы: нет, _____ Пульс _____ уд./мин., удовлетворительного наполнения АД на правой руке _____ мм рт.ст., на левой руке _____ мм рт.ст. Т тела С° _____. Матка сократилась, плотная, выделения кровянистые умеренные

План обследования: _____**План лечения:**

1) профилактика кровотечения: эргометрин, окситоцин 1,0-2,0 мл внутривенно струйно/капельно

2) профилактика тромбоэмболических осложнений _____

3) профилактика гнойно-септических осложнений _____

Врач _____

ОСМОТР

_____ 20 __ г. __ час. __ мин

Через 2 часа в удовлетворительном состоянии женщина переведена в послеродовое отделение, в палату совместного, отдельного пребывания по показаниям матери, ребенка

Пульс _____ уд./мин. АД на правой руке _____, на левой руке _____ мм рт.ст

Матка сократилась, плотная, выделения кровянистые умеренные _____

План обследования: _____

Врач _____

ПРОТОКОЛ И ПАРТОГРАММА ИНДУЦИРОВАННЫХ РОДОВ

_____ 20 ____ г. _____ часов _____ минут

ДИАГНОЗ: _____

ПОКАЗАНИЯ К ИНДУКЦИИ: _____

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ №1: _____

Врач _____

_____ 20 ____ г. _____ часов _____ минут

ДИАГНОЗ: _____

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ №2: _____

Врач _____

_____ 20 ____ г. _____ часов _____ минут

ДИАГНОЗ: _____

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ №3: _____

Врач _____

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Условия: живой плод, отсутствие очагов острой инфекции, безводный период _____ часов, согласие беременной на операцию _____

Врач _____

ПРОТОКОЛ И ПАРТОГРАММА ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

_____ 20 ____ г. _____ часов _____ минут

ДИАГНОЗ: _____

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ №1: _____

ЛЕЧЕНИЕ:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Врач _____

_____ 20 ____ г. _____ часов _____ минут

ДИАГНОЗ: _____

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ №2: _____

Врач _____

_____ 20 ____ г. _____ часов _____ минут

ДИАГНОЗ: _____

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ №3: _____

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

1. _____
2. _____
3. _____

Условия: живой плод, отсутствие очагов острой инфекции, безводный период _____ часов, согласие беременной на операцию

Врач _____

Манипуляции и операции в акушерстве

Протокол ВЫСКАБЛИВАНИЯ МАТКИ В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

_____ (время) _____ 20 ____ г.

Обезболивание _____

Диагноз до операции: _____

Диагноз после операции: _____

В асептических условиях на фоне внутривенного введения окситоцина _____ передняя губа шейки матки фиксирована окончатый зажимом. Кюреткой № 77-Н, 89-Н произведено выскабливание стенок матки. Удалены остатки плацентарной ткани размерами _____ см, децидуальная ткань, некротическая ткань, сгустки крови в объеме _____ мл. Кровопотеря _____ мл. Матка сократилась. Соскоб послан на гистологическое исследование.

Назначения в послеоперационном периоде:

1) профилактика кровотечения: эргометрин, окситоцин _____ 1,0, 2,0, ____ мл внутривенно струйно, капельно, внутримышечно

2) профилактика гнойно-септических осложнений _____

Врач _____

Протокол АСПИРАЦИИ СОДЕРЖИМОГО МАТКИ В ПОЗДНЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

_____ (время) _____ 20 ____ г.

Обезболивание _____

Диагноз до операции: _____

Диагноз после операции: _____

В асептических условиях на фоне внутривенного введения окситоцина _____ передняя губа шейки матки фиксирована окончатый зажимом. Пластиковый катетер № 6, __ введен в полость матки, присоединен к отсосу. Удалены сгустки крови в объеме _____ мл. Кровопотеря _____ мл. Матка сократилась _____

Назначения в послеоперационном периоде:

1) профилактика кровотечения: эргометрин, окситоцин _____ 1,0, 2,0, ____ мл внутривенно струйно, капельно, внутримышечно

2) профилактика гнойно-септических осложнений _____

Врач _____

_____ 20__ год _____ час _____ мин.

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ СТАТУС

ДИАГНОЗ:

ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ:

ПЛАНИРУЕМЫЙ ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ: кесарево сечение, кесарево сечение со стерилизацией, кесарево сечение с миомэктомией

ПОКАЗАНИЯ:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____

УСЛОВИЯ:

- а) Живой плод.
- б) Отсутствие очагов острой инфекции.
- в) Согласие беременной на операцию.
- г) _____
- д) _____

Группа крови _____ Резус-фактор _____

Аллергические реакции _____

Наркоз _____

ПРОТОКОЛ № ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ (плановое, запланированное, экстренное)
 _____ (час, мин.) « _____ » _____ 20 ____ г.

Диагноз до операции: _____

Лапаротомия по Джозлу-Кохену, Пфанненштилю. Нижняя срединная лапаротомия. Иссечение рубца. Разъединение спаек и другие действия _____

Нижний сегмент матки без изменений, истончен, склерозирован, с варикозными венами, дефектом в области рубца размером _____ см _____. В околоматочное пространство _____ введены салфетки.

Рассечена пузырно-маточная складка и смещена книзу. Нижний сегмент, тело матки рассечены в поперечном, продольном направлении. Дополнительный разрез (нет) _____

В _____ (час) _____ (мин.) за головку, тазовый конец, ножки, с применением ложки щипцов извлечен ребенок женского, мужского пола. Доношенный, недоношенный, переносный (признаки)

Ребенок без видимых уродств, с видимыми пороками развития: _____

Масса _____ г, длина _____ см. Оценка по шкале Апгар _____ баллов.

Передан акушерке, неонатологу, реаниматологу. Закричал сразу, после отсасывания слизи, реанимационных мероприятий _____

Околоплодные воды прозрачные, мутные, зеленые, желтые, бурые, окрашенные кровью, взвесь мекония, запах есть, нет _____.

Плацента в дне матки, на передней, задней, левой, правой боковой стенке _____.

Послед удален потягиванием за пуповину, извлечен рукой _____.

Кюретаж матки произведен, нет. Полость матки обработана спиртом _____.

Внутривенно введен эргометрин 1,0 мл, окситоцин 5,10 ЕД _____.

Разрез на матке ушит: однорядным, двухрядным, непрерывным швом материалом _____ № _____.

Перитонизация. Придатки с обеих сторон не изменены, изменены _____

Произведена стерилизация с иссечением участков маточных труб _____

Туалет брюшной полости. Контроль гемостаза и наличия инородных тел. Брюшная стенка ушита послойно, дренажи _____.

Асептическая наклейка. Моча выведена катетером _____ мл, светлая, прозрачная _____.

Влагалище обработано антисептиком, нет.

Общая кровопотеря _____ мл.

Макропрепарат. Плацента, пуповина _____.

Особенности _____

Диагноз после операции: _____

Хирург _____ (ФИО) _____ (подпись)

1-й ассистент _____

2-й ассистент _____

Анестезиолог _____

Анестезистка _____

Операционная медсестра _____

Назначения в послеоперационном периоде:

1) обезболивание промедол, трамадол _____

2) профилактика гнойно-септических осложнений _____

3) профилактика кровотечения окситоцин _____

4) профилактика тромбоэмболических осложнений _____

5) _____

Подпись хирурга _____

Послеоперационный период (сутки) _____ **20** г.

Состояниесредней тяжести,удовлетворительное _____ .T° тела _____ С°.

Кожа, слизистые - розовые, бледные _____. Послеоперационный шов без особенностей, _____
_____. Отеки нет, голеней, живота, лица, тотальный отек.

Молочные железы мягкие _____, соски чистые _____

Сердце: тоны ритмичные, аритмичные, шумы есть, нет

Пульс _____ уд/мин. АД: на правой руке _____, на левой руке _____ мм рт. ст.

Дыхание в легких везикулярное _____, хрипы влажные, сухие – есть, нет.

Язык чистый, влажный _____. Живот мягкий, не вздут. Печень у края реберной дуги
_____. Перистальтика есть, нет.

Матка плотная, мягкая, безболезненная, болезненная. ВДМ _____ см.

Мочеиспускание свободное _____. Стул был, нет

Выделения из половых путей кровянистые, умеренные, обильные со сгустками, без сгустков.

Врач _____

Послеоперационный период (сутки) _____ **20** г.

Состояниесредней тяжести,удовлетворительное _____ .T° тела _____ С°.

Кожа, слизистые - розовые, бледные _____. Послеоперационный шов без особенностей, _____
_____. Отеки нет, голеней, живота, лица, тотальный отек.

Молочные железы мягкие _____, соски чистые _____

Сердце: тоны ритмичные, аритмичные, шумы есть, нет

Пульс _____ уд/мин. АД: на правой руке _____, на левой руке _____ мм рт. ст.

Дыхание в легких везикулярное _____, хрипы влажные, сухие – есть, нет.

Язык чистый, влажный _____. Живот мягкий, не вздут. Печень у края реберной дуги
_____. Перистальтика есть, нет.

Матка плотная, мягкая, безболезненная, болезненная. ВДМ _____ см.

Мочеиспускание свободное _____. Стул был, нет

Выделения из половых путей кровянистые, умеренные, обильные со сгустками, без сгустков.

Врач _____

Послеоперационный период (сутки) _____ **20** г.

Состояниесредней тяжести,удовлетворительное _____ .T° тела _____ С°.

Кожа, слизистые - розовые, бледные _____. Послеоперационный шов без особенностей, _____
_____. Отеки нет, голеней, живота, лица, тотальный отек.

Молочные железы мягкие _____, соски чистые _____

Сердце: тоны ритмичные, аритмичные, шумы есть, нет

Пульс _____ уд/мин. АД: на правой руке _____, на левой руке _____ мм рт. ст.

Дыхание в легких везикулярное _____, хрипы влажные, сухие – есть, нет.

Язык чистый, влажный _____. Живот мягкий, не вздут. Печень у края реберной дуги
_____. Перистальтика есть, нет.

Матка плотная, мягкая, безболезненная, болезненная. ВДМ _____ см.

Мочеиспускание свободное _____. Стул был, нет

Выделения из половых путей кровянистые, умеренные, обильные со сгустками, без сгустков.

Врач _____

Послеоперационный период (сутки) _____ **20** г.

Состояниесредней тяжести,удовлетворительное _____ .T° тела _____ С°.

Кожа, слизистые - розовые, бледные _____. Послеоперационный шов без особенностей, _____
_____. Отеки нет, голеней, живота, лица, тотальный отек.

Молочные железы мягкие _____, соски чистые _____

Сердце: тоны ритмичные, аритмичные, шумы есть, нет

Пульс _____ уд/мин. АД: на правой руке _____, на левой руке _____ мм рт. ст.

Дыхание в легких везикулярное _____, хрипы влажные, сухие – есть, нет.

Язык чистый, влажный _____. Живот мягкий, не вздут. Печень у края реберной дуги
_____. Перистальтика есть, нет.

Матка плотная, мягкая, безболезненная, болезненная. ВДМ _____ см.

Мочеиспускание свободное _____. Стул был, нет

Выделения из половых путей кровянистые, умеренные, обильные со сгустками, без сгустков.

Врач _____

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ НАЛОЖЕНИЯ ВЫХОДНЫХ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

_____ (время) _____ 20 _____ г.

Показания:

1. Острая гипоксия плода.
2. Судорожный синдром, эклампсия, острая сердечная, легочная недостаточность
3. Кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, плаценты, разрыве варикозных узлов в области вульвы, разрыве пуповины

Условия:

1. Соответствие размеров таза роженицы размерам извлекаемой головки плода и размеров головки плода размерам щипцов.
2. Полное раскрытие маточного зева
3. Отсутствие плодного пузыря на предлежащей головке
4. Головка на тазовом дне, завершила ротацию. Занимает лонное сочленение, крестцовую впадину, копчик. Стреловидный шов в прямом размере. Малый родничок обращен к лонному сочленению, крестцу.

Противопоказания:

1. Неправильные положения плода.
2. Предполагаемая масса плода менее 2500 г.
3. Наличие условий для операции кесарево сечение.

Обезболивание: _____

_____ Врач _____
ФИО

В асептических условиях произведено введение левой, затем правой ложки под контролем свободной руки. Верхушки ложек заведены, не заведены за теменные бугры. Контроль ущемления мягких тканей родовых путей выполнен, нет.

Обе ложки лежат симметрично, несимметрично, рукоятки горизонтально, в разных плоскостях. Коррекция положения ложек не нужна, подтянута ложка, которая стоит глубже, ложки наложены повторно.

Щипцы замкнуты, не замкнуты. Если не замкнуты: повторное наложение ложек, отказ от операции, принятие решения о необходимости _____.

Пробная тракция. Имеется, не имеется единство блока «щипцы - головка – рука». Принятие решения о продолжении операции, отказ от операции, решение о необходимости _____.

Основные тракции. Тракциями в горизонтальном _____ направлении, слабой, средней, чрезмерной силы, имитирующими родовые потуги, в количестве _____, головка низведена до точки фиксации с лонным сочленением - подзатылочной ямки, границы волосистой части лба _____. Щипцы сняты, не сняты. Тракциями, направленными вверх, в количестве _____, при заднем виде после рождения затылка дополнительно направленными вниз, в количестве _____, рождена головка плода.

Щипцы сняты.

В ходе выполнения основных тракций эпизиотомия производилась, нет.

Врач _____

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИИ ПЛОДА

(время) _____

20 _____ г.

Показания:

1. Острая гипоксия плода.
2. Кровотечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, предлежании плаценты, разрыве варикозных узлов в области вульвы, разрыве пуповины
3. Вторичная слабость родовой деятельности

Условия:

1. Соответствие размеров таза роженицы размерам извлекаемой головки плода.
2. Полное раскрытие маточного зева
3. Отсутствие плодного пузыря на предлежащей головке
4. Головка на тазовом дне, завершила ротацию. Занимает лонное сочленение, крестцовую впадину, копчик. Стреловидный шов в прямом размере. Малый родничок обращен к лонному сочленению, крестцу.

Противопоказания:

4. Неправильные положения плода.
5. Предполагаемая масса плода менее 2500 г.
6. Наличие условий для операции кесарево сечение.

Обезболивание: _____

Врач _____

ФИО _____

В асептических условиях произведено введение чашки вакуум-экстрактора боковой поверхностью в прямом размере таза. Чашка прижата к головке плода над малым родничком _____ . Контроль ущемления мягких тканей родовых путей выполнен, нет.

При отрицательном давлении 0,6, 0,7, 0,8 _____ атм произведена пробная тракция.

Пробная тракция. Имеется, не имеется единство блока «чашка вакуум-экстрактора - головка – рука». Принятие решения о продолжении операции, отказ от операции, решение о необходимости _____.

Основные тракции. Тракциями в горизонтальном _____ направлении, слабой, средней, чрезмерной силы, совместно с родовыми потугами, в количестве _____, головка низведена до точки фиксации с лонным сочленением - подзатылочной ямки, границы волосистой части лба _____ . Чашка вакуум-экстрактора снята, не снята. Тракциями направленными вверх, в количестве _____, при заднем виде после рождения затылка дополнительно направленными вниз, в количестве _____ рождена головка плода. Чашка вакуум-экстрактора снята.

В ходе выполнения основных тракций эпизиотомия производилась, нет.

Врач _____

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

17 июля 2008 г.

Регистрационный № 014-0208

ПОСТРОЕНИЕ ДИАГНОЗА В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ
инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. С.Л. Воскресенский,

канд. мед. наук, доц. М.Л. Тесакова

Минск 2008

Инструкция предназначена для врачей акушеров-гинекологов женских консультаций, акушерско-гинекологических стационаров, перинатальных центров всех уровней.

Диагноз — от греч. *diagnōsis* — распознавание. Термин, используемый в различных областях знаний, а также в производстве, для краткой характеристики состояния исследуемого объекта. В медицине диагноз отражает здоровье человека, причины смерти, сущность различных повреждений организма или особенности эпидемиологической обстановки.

Клинический диагноз в акушерстве и гинекологии — медицинское заключение о состоянии здоровья пациентки, имеющемся заболевании, травме или причине смерти, выраженное в специальных терминах. Содержанием диагноза также могут являться особые состояния женского организма, например, беременность, климакс и др. Сформулированный диагноз служит обоснованием к выбору методов лечения и профилактических мероприятий. Он отражается в медицинских документах — амбулаторной карте, истории болезни, диспансерной карте и др. (рис.).

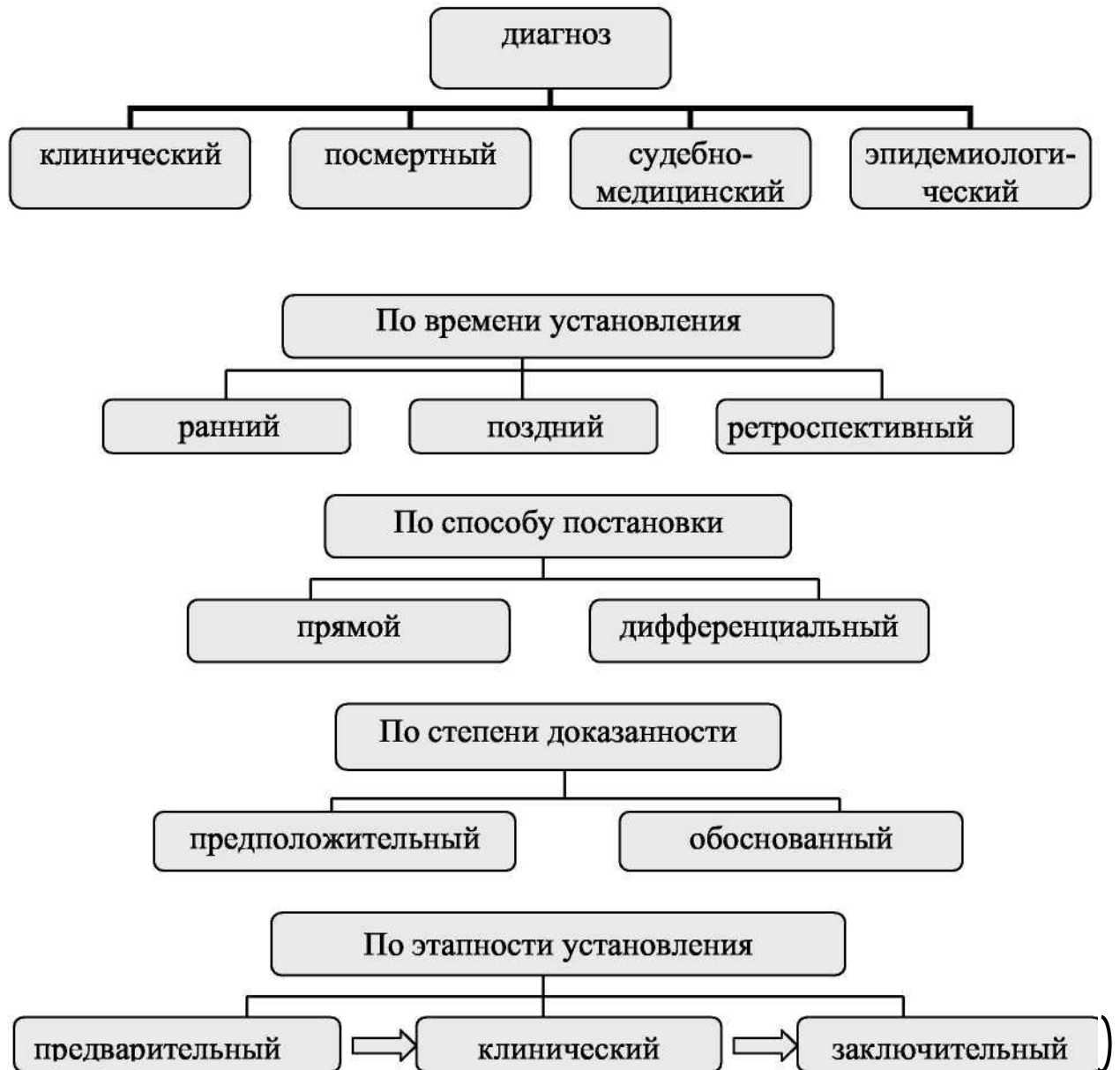


Рисунок. Варианты и формы клинического диагноза

Посмертный диагноз — медицинское заключение о заболевании или заболеваниях, которые сами по себе, посредством своих осложнений или вследствие сочетания стали причиной смерти, а также сопутствующих состояниях, которые послужили фоном для патологии. Чаще всего он является патологоанатомическим, в определенных ситуациях может быть судебно-медицинским. В патологоанатомическом диагнозе основным диагнозом могут служить медицинские действия, повлекшие за собой смертельный исход, в т.ч. операция, введение лекарств и пр.

Судебно-медицинский диагноз — специальное заключение о сущности повреждения, заболевания или состояния обследуемой, а также о при-

чине смерти, составленное на основании судебно-медицинской экспертизы при решении специальных вопросов, возникающих в судебно-следственной практике. Возможно составление заключения по медицинским документам (история болезни, амбулаторная карта, протокол вскрытия и др.).

Диагноз строится в соответствии с международной классификацией болезней (МКБ), т.е. системой рубрик, объединяющих конкретные нозологические единицы в соответствии с установленными критериями.

Являясь инструментом унификации оценки здоровья людей всех стран, МКБ преследует основную цель— воспроизводство здоровья трудовых ресурсов независимо от социально-экономических условий и духовных ценностей. Это достигается путем стандартизации и регламентации всех действий, замещения клинического мышления использованием высокотехнологичного лечебно-диагностического оборудования. Единый алгоритм действий позволяет добиться высокого среднестатистического лечебного эффекта даже без учета индивидуальных особенностей конкретного пациента, т.е. лечится болезнь, а не больной.

Эта особенность классификации достаточно сложно воспринимается врачами, использующими этиопатогенетический принцип описания болезни. Согласно ему нарушения состояния здоровья человека рассматриваются как патогенетические звенья единого патологического процесса, в основании которого лежит выявленная врачом первопричина. Краткая запись всего патогенеза заболевания и является диагнозом. Такой подход к постановке диагноза отражает стремление к реализации постулата «лечить больного, а не болезнь». Его осуществление обеспечивает индивидуальный подбор лечения каждому пациенту, но противоречит базису МКБ. Однако компромисс в данной ситуации достижим, поскольку МКБ-10 для уточнения позиций рубрик допускает обращение к национальным классификациям.

Базовым элементом рубрик является нозологическая единица или нозологическая форма— конкретная болезнь с присущим для нее сочетанием симптомов и лежащими в их основе функционально-морфологическими изменениями в органах и системах макроорганизма, а также определенной этиологией и патогенезом.

Акушерская и гинекологическая патология в МКБ-10 в основном отражена в классах XV «Беременность, роды и послеродовой период» (рубрики O00-O99) и XIV «Болезни мочеполовой системы» (рубрики №70-77, №80-98). Но она входит и в другие классы, в частности I, II, IV, XVII.

При формулировании клинического диагноза все заболевания указываются в порядке значимости для пациентки в момент проводимого лечения той патологии, которая вызывает наибольшие жалобы и опасность для

ее здоровья. На I место выносятся основное заболевание, на II — осложнения основного заболевания, на III — сопутствующие болезни. Далее следуют лечебно-диагностические вмешательства, если они были приняты.

Основное заболевание — то, что само по себе или посредством своего осложнения явилось причиной обращения за медицинской помощью, поводом для госпитализации или привело к смерти. Оно указывается в диагнозе в виде определенной нозологической формы и не подменяется синдромом или перечислением симптомов, если таковые не внесены в классификацию.

При построении диагноза основное заболевание максимально детализируется. Для этого к нозологической единице подключаются этиологический, патогенетический, функциональный и морфологический компоненты.

Осложнения основного заболевания — патологические процессы и состояния, патогенетически связанные с основным заболеванием, но формирующие качественно отличные от его главных проявлений клинические синдромы, анатомические и функциональные изменения. Они в диагноз вносятся в последовательности, которая отражает их взаимосвязь с основным заболеванием.

Сопутствующие заболевания — имеющиеся у пациентки болезни, не связанные с основным заболеванием этиологически, патогенетически и имеющие иную номенклатурную рубрификацию. При их регистрации, так же как и при основном заболевании, перечисляются основные морфологические проявления и обнаруженные осложнения.

Оперативные методы лечения и специальные методы **диагностики** — предпринятые в связи с основным заболеванием или его осложнениями хирургические действия и иные лечебно-диагностические процедуры. Они также вносятся в диагноз, записываются после «сопутствующих заболеваний» с указанием даты выполнения операции. Если операций было несколько, то они отмечаются в порядке хронологии.

Гравидарные, родовые и послеродовые процессы в организме женщины обусловлены природой воспроизводства человека. Они возникают, занимают определенный промежуток времени и проходят. Беременность, роды, послеродовой период — это не заболевания, но особые переходящие состояния здоровья женщины.

Каждый из гестационных периодов может протекать на фоне полного здоровья женщины или на фоне возникшего либо ранее существовавшего генитального или экстрагенитального заболевания. Кроме того, во время беременности могут появиться патологические процессы, присущие только периоду гестации (например, эклампсия).

Исходя из определения диагноза, он может включать в себя и состояния организма, и заболевания. Приоритетным понятием является заболевание, поскольку оно будет оказывать решающее влияние на медицинские действия, направленные на устранение патологического процесса. Безусловно, что фон, на котором развилось заболевание,— беременность, роды, послеродовой период— также должны найти отражение в диагнозе.

Поэтому диагноз, начинающийся со слов «беременность, роды, послеродовой период» является адекватным только для случаев, когда беременность, роды, послеродовой период не осложнились патологией, послужившей причиной обращения женщины за медицинской помощью. Такие диагнозы, по существу, являются заключением о проведенном этапе наблюдения за беременной, роженицей или родильницей и подтверждением физиологического (в данном случае не осложненного) течения гестационного процесса. Это может иметь место даже на фоне имевшейся ранее у женщины патологии.

Для периода беременности такие диагнозы могут доминировать в женской консультации. В отделении патологии беременных они могут устанавливаться только в одном случае, когда в ходе проведенного комплексного обследования исключена ранее предполагавшаяся патология, по поводу которой госпитализировалась пациентка.

В родильном и послеродовом отделении диагноз «Роды I срочные ...», «Послеродовой период II сутки ...» могут и должны устанавливаться. Но в этом случае они указывают на норму, т.е. физиологическое течение данных процессов. По определению термина «диагноз» вышеназванные состояния не могут дополняться такими уточнениями, как «кесарево сечение или

акушерские щипцы, стимуляция родовой деятельности и т.д.», потому что отклонение от физиологического течения родов и послужило причиной вмешательства в родовой процесс. Это осложнение родов и есть основное заболевание, а не сама беременность, роды или послеродовой период, которые являются неотъемлемой частью репродуктивного цикла и жизни женщины.

Если беременная обратилась в женскую консультацию по поводу нарушений в соматическом статусе или направлена в акушерский стационар в связи с патологией беременности, то, очевидно, последующие диагностические и лечебные действия будут связаны не с беременностью, родами или послеродовым периодом, а с возникшими у пациентки соматическими заболеваниями или акушерскими осложнениями.

В этих случаях формулировка диагноза должна начинаться с основного заболевания: при осложнениях беременности, например, со слов «угрожающий выкидыш, преждевременные роды, гестационный пиело-

нефрит, преждевременное излитие околоплодных вод и т.д.»; при осложнении родов— «первичная слабость родовой деятельности, клинически узкий таз, гипоксия плода и т.д.»; при осложнениях послеродового периода— «субинволюция матки, эндометрит после родов, гематома области шва на передней брюшной стенке и т.д.»; при экстрагенитальной патологии — «острый бронхит, обострение хронического холецистита и т.д.». Второй частью основного диагноза должно быть фоновое состояние, при котором развилась эта патология: «беременность, роды, послеродовой период и т.д.». Далее в диагнозе следуют осложнения основного заболевания. Сопутствующая соматическая патология завершает диагноз.

Правильно написанный диагноз в амбулаторной карте, истории болезни, свидетельстве о смерти, протоколе патологоанатомического исследования позволяет анализировать качество диагностики и лечения, выявлять врачебные ошибки, повышать достоверность медицинской статистики. В этом заинтересованы все специалисты— и клиницисты, и патологоанатомы, и организаторы здравоохранения.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть

27 июня 2008 г.

Регистрационный № 132-1207

**АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
РЕЗУС-ИММУНИЗАЦИИ
У БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ**
инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ: канд. мед. наук, доц. Л.П. Касько,

д-р мед. наук, проф. Г.А. Шишко,

канд. мед. наук М.В. Артюшевская,

И.Г. Шорох,

О.В. Козлякова,

А.В. Сапотницкий,

Е.Д. Чумакова

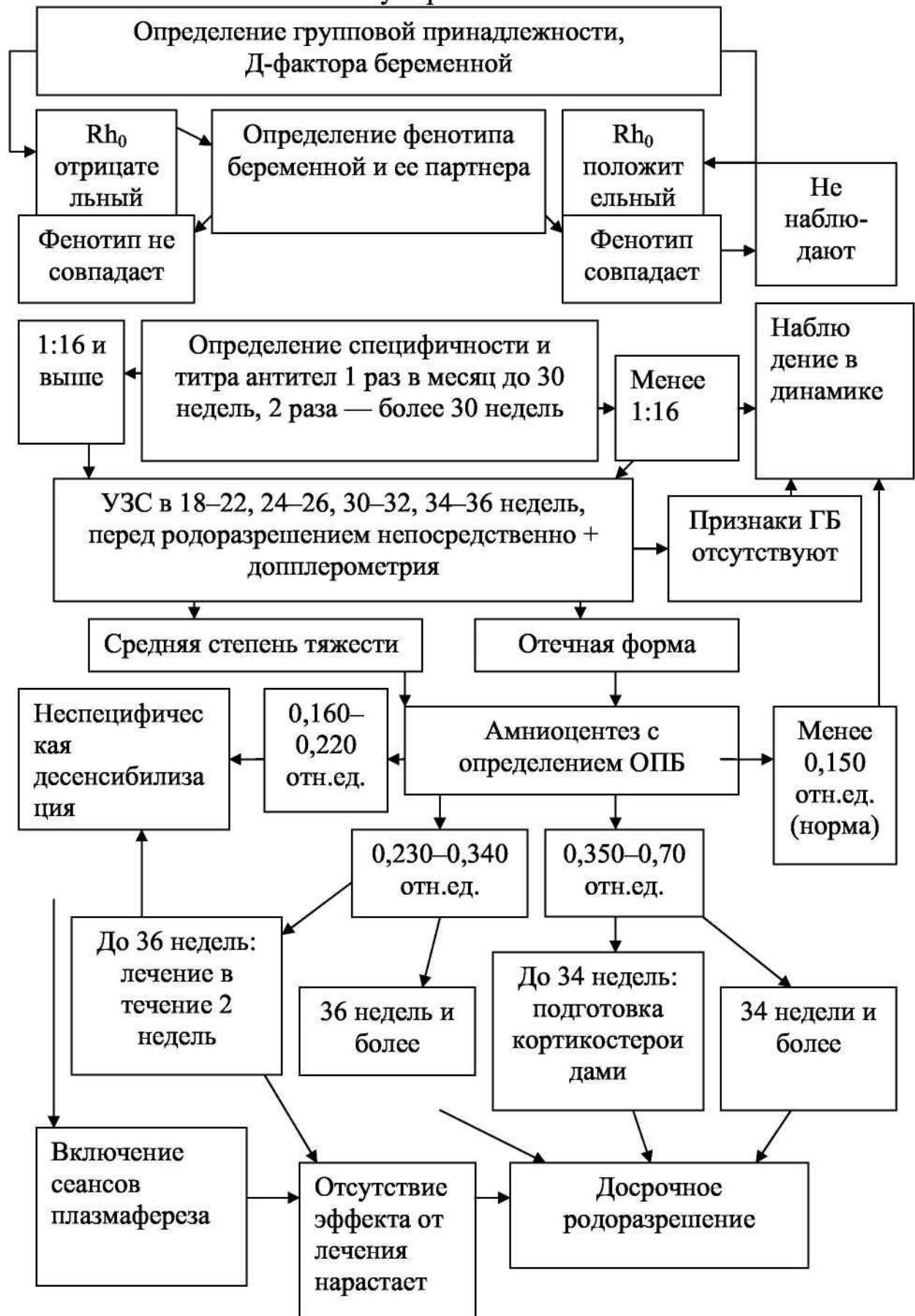
Минск 2008

Настоящая инструкция отражает основные диагностические и лечебные мероприятия при резус-иммунизации у беременных и новорожденных. Использование данного алгоритма в диагностике и лечении резус-сенсбилизации позволит практически врачам избежать необоснованных инвазивных мероприятий; пролонгировать беременность при данной патологии до сроков, близких к физиологическому родоразрешению, уменьшить осложнения, связанные с глубокой недоношенностью новорожденных при резус-иммунизации, а также снизить уровень инвалидизации у новорожденных, вызванный гипербилирубинемией. Данная инструкция предназначена для акушеров-гинекологов женских консультаций, родильных домов, перинатальных центров, а также неонатологов и детских реаниматологов родильных домов и перинатальных центров.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. D-отрицательная принадлежность крови у беременной.
2. Резус-иммунизация плода и новорожденного.

Алгоритм диагностики и лечения резус-иммунизации у беременных



1. Определение групповой принадлежности, резус-принадлежности (D-фактора) беременной при постановке на учет по беременности в женской консультации, оценка анамнестических факторов риска резус-иммунизации (акушерский анамнез, перинатальный анамнез).

2. Выделение группы риска — определение резус-фенотипа женщины и биологического отца ребенка (т.е. все резус-отрицательные беременные и их партнеры нуждаются в определении резус-фенотипа). Если резус-фенотипы совпадают, данные пациентки в дальнейшем динамическом обследовании по D-фактору не нуждаются.

3. Определение специфичности и титра антител, а также определение титра в динамике: 1 раз в месяц до 30 недель беременности, 1 раз в 10-14 дней после 30 недель беременности. Определение уровня антител необходимо осуществлять в одной и той же лаборатории для исключения ошибок.

4. Ультразвуковая диагностика и доплерометрия.

У каждой беременной сроки повторных исследований вырабатываются индивидуально. При необходимости интервал между исследованиями сокращается до 1-2 недель.

С целью выявления анемии у плода при доплерометрии оценивают максимальную систолическую скорость кровотока в средней мозговой артерии.

5. Исследование околоплодных вод.

Показаниями к амниоцентезу являются: отягощенный акушерский анамнез (анте-, интра- или постнатальная гибель плода и новорожденного от тяжелых форм гемолитической болезни (ГБ)); наличие детей, перенесших заменное переливание крови (ЗПК) в связи с гемолитической болезнью; данные неинвазивных методов исследования (УЗИ, доплерометрия), свидетельствующие о наличии у плода ГБ; уровень титра антител 1:16 и выше, выявленный непрямой реакцией Кумбса.

Для проведения исследования достаточно 15-20 мл околоплодных вод. Полученную амниотическую жидкость быстро переносят в темный сосуд и после центрифугирования и фильтрования подвергают спектрофотометрическому анализу (длина волны 450 нм, за контроль принимают дистиллированную воду). В таблице представлены показатели оптической плотности билирубина (ОПБ), степень выраженности ГБ, тактика ведения и сроки родоразрешения.

6. Эфферентные методы (плазмаферез).

Показания: резус-иммунизация беременной с выявленными титрами анти Rh₀антител непрямой реакцией Кумбса 1:16 и выше.

Сеансы малообъемного (до 30% объема циркулирующей плазмы) или среднеобъемного (от 30 до 50% объема циркулирующей плазмы) плазмафереза проводят дискретным методом с использованием центри-

фуг или методом непрерывного аппаратного плазмафереза на сепараторах непрерывного действия типа «Fresenius».

Таблица

| ОПБ | Степень выраженности ГБ | Тактика ведения и сроки родоразрешения |
|---|--|---|
| Менее 0,150 0,160-0,220 | ГБ отсутствует Легкая степень ГБ | Наблюдение Лечение и пролонгирование беременности |
| 0,230-0,340* 0,350-0,700 Выше 0,700 | Средняя степень ГБН Тяжелая степень ГБН Ги- бель плода | Лечение в течение 2-х недель до срока 36 недель Эк- стренное родоразрешение |

* от 0,230-0,340 отн.ед. — у плода может иметь место гемолитическая болезнь средней или тяжелой формы (эти изменения служат показанием для досрочного родоразрешения в 36-37 недель).

При включении в комплексное лечение курсов мало- или среднеобъемного плазмафереза до момента родоразрешения сеансы лечебного плазмафереза проводятся 1 раз в 3-7 дней. Контролем эффективности проводимой терапии является уровень титра антител, состояние плода, плаценты по данным УЗС, доплерометрия, биохимические показатели крови беременных (уровень общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ). При обнаружении титра антиRh₀антител менее 1:16 вопрос о включении сеансов плазмафереза в комплексное лечение решается индивидуально в каждом конкретном случае в зависимости от акушерского и перинатального диагноза, а также клинико-лабораторных данных беременной.

Обследование новорожденных с резус-иммунизацией и рожденных от резус-отрицательных матерей в родблоке.

Персонал родовспомогательного ЛПУ должен своевременно знать о предстоящем рождении ребенка с риском развития резус-сенсibilизации.

1. Определение группы крови и резус-фактора матери и ребенка.
2. Общий анализ крови с подсчетом ретикулоцитов, в т.ч. и в динамике (гемоглобин, гематокрит, определение объема и формы эритроцитов).
3. Определение уровня общего билирубина и его фракций в пуповинной крови.
4. Биохимический анализ пуповинной крови (общий белок, альбумин, глобулины, АСТ, АЛТ, ЛДГ, калий, натрий, кальций).
5. Прямая проба Кумбса с эритроцитами ребенка и непрямая проба Кумбса с плазмой новорожденного.

При концентрации билирубина у доношенных новорожденных в пуповинной крови свыше 47 мкмоль/л необходим мониторинг почасового прироста (первый контроль — через 6 ч). Это позволяет выбрать оптимальную тактику интенсивной терапии. При выявлении анемии с уровнем гемоглобина ниже 140 г/л решается вопрос о возможной гемотрансфузии.

Следует помнить, что при совпадении резуса и группы крови матери и ребенка по системе АВ0 (по результатам изосерологического исследования) нельзя исключить развития ГБН по другим системам.

Важно помнить, что уровень билирубина, при котором может развиваться ядерная желтуха, различен ввиду изменения проницаемости гематоэнцефалического барьера, чувствительности ЦНС, сниженной связывающей способности альбумина.

Основными методами коррекции гипербилирубинемии являются фототерапия, инфузионная терапия, заменное переливание крови.

Фототерапия может проводиться галогеновыми или флуоресцентными лампами (оптимальная длина световой волны — 425—475 нм). В РНПЦ «Мать и дитя» разработан и внедрен в практику фототерапевтический аппарат «Малыш» на основе сверхъярких диодов. Эффективность фототерапии зависит от спектра излучения, мощности излучения и площади облучаемой поверхности.

Заменное переливание крови позволяет быстро элиминировать билирубин, циркулирующие антитела, иммунные комплексы и продукты катаболизма из кровотока новорожденного.

Показания для ЗПК:

- Уровень билирубина в пуповинной крови новорожденного более 76 мкмоль/л, гемоглобина — менее 110 г/л.
- Прирост билирубина 17 мкмоль/л/ч несмотря на фототерапию за 4-6 ч и инфузионную терапию является абсолютным показанием для ЗПК.

Почасовой прирост билирубина свыше 10 мкмоль/л/ч при наличии ацидоза и полиорганной дисфункции при уровне коэффициента билирубин (мг/%) / альбумин (г/%) более 7 также служат показанием для ЗПК.

- Прирост билирубина 8,5 мкмоль/л/ч несмотря на фототерапию при уровне гемоглобина 110-130 г/л.

Перед проведением ЗПК необходимо установление фенотипа по системам Резус (Rh_0) и АВ0 крови новорожденного.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

_____ Д.Л. Пиневиц

«22» июля 2011г.

Регистрационный № 043-0511

**МЕДИКАМЕНТОЗНЫЙ АБОРТ
МЕТОДИКА ВЫПОЛНЕНИЯ
(инструкция по применению)**

Учреждение-разработчик: УО«Белорусский государственный медицинский университет» ГУ «РНПЦ «Мать и дитя»

Авторы:

к.м.н. Р.Л. Коршикова,

к.м.н. А.Н. Барсуков,

А.М. Камлюк.

Минск, 2011

В настоящей инструкции представлена методика выполнения медикаментозного аборта.

Термин «медикаментозный аборт» (МА) означает прерывание беременности с помощью лекарственных препаратов, вызывающих выкидыш, является безопасной альтернативой хирургическому вмешательству. Под успешным медикаментозным абортом понимается полное прерывание беременности без необходимости хирургического вмешательства.

Показания

Прерывание беременности сроком не более 42 - 49 дней от начала последнего менструального цикла (аменореи) при наличии плодного яйца в полости матки по данным ультразвукового исследования.

Преимущества использования метода.

Медикаментозный аборт - это неинвазивный метод прерывания беременности. Медикаментозный аборт является более бережным, менее травматичным методом прерывания беременности в сравнении с хирургическим абортом. При его выполнении не требуется проведения дилатации шейки матки и кюретажа слизистой полости матки. Медикаментозный аборт позволяет избежать риска, связанного с хирургическим вмешательством и анестезией. Протекает по типу самопроизвольного выкидыша.

Психологически женщины медикаментозный аборт переносят значительно легче, благодаря отсутствию стрессовой реакции на хирургическую травму и боль

Медикаментозный аборт не требует обследования, кроме УЗИ для подтверждения маточной беременности и установления допустимых сроков гестационного возраста (диаметр плодного пузыря не более 20 мм).

Медикаментозный аборт выбирают в Европе около 70% женщин: в Голландии 76%, в Швеции и Швейцарии до 50%. Эффективность медикаментозного прерывания беременности при адекватном выборе медикаментозных средств и правильном ведении составляет 97%.

Медикаментозное обеспечение

В качестве медикаментозных средств применяются поочередно два медикаментозных препарата, зарегистрированные в РФ.

Мифепристон Международное название – mifepristone

Фармакологические свойства: производное 19 – норстероидов. обладает антипрогестероновым действием. При пероральном приеме во время беременности он блокирует рецепторы, чувствительные к прогестерону, в результате эндометрий теряет способность поддерживать развитие плодного яйца (беременность перестает развиваться) и удерживать растущий эмбрион. Мифепристон повышает чувствительность миометрия к простагландинам, вызывает повышение уровня простагландинов в крови, способствует расширению цервикального канала шейки матки и изгнанию плода.

Мифепристон используется с 1988 г. как безопасное и эффективное средство прерывания беременности ранних сроков.

Мизопростол - синтетический аналог простагландина E, который активизирует и повышает сократительную способность матки, способствуя более быстрому изгнанию продуктов зачатия. Может применяться в виде таблеток перорально, сублингвально, вагинально и ректально. Мизопростол – это безопасный, эффективный и приемлемый препарат для аборта в 1 триместре беременности в сочетании с мифепристоном.

Сочетание антипрогестерона мифепристона с простагландином мизопростолом повышает эффективность медикаментозного метода прерывания беременности.

Условия проведения МА

Медицинский аборт выполняется врачом акушером-гинекологом, прошедшим специальное обучение, в условиях женской консультации, кабинета планирования семьи, дневного гинекологического стационара.

В медицинскую карту амбулаторного больного (ф.№ 25у) вносятся врачом все данные анамнеза и результаты обследования пациентки, схема назначения медикаментов при отсутствии противопоказаний.

Перед процедурой аборта проводится консультирование пациентки.

Пациентка собственноручно подписывает информированное согласие пациентки на проведение медикаментозного аборта, в котором регламен-

тируется выполнение строгих рекомендаций, визитов к врачу, предупреждение о возможных побочных эффектах и осложнениях прилагается к карте.

Пациентке выдается рецепт, по которому она приобретает препараты в аптечной сети лечебного учреждения, где выполняется медикаментозный аборт.

Порядок проведения медикаментозного аборта.

Выбор схемы назначения препаратов определяется врачом с учетом срока беременности, наличия у пациентки генитальной и экстрагенитальной патологии, финансовых возможностей семьи. Назначенная схема препаратов вписывается в протокол проведения медицинского аборта. Выполнение МА предполагает первый визит с консультацией врача и 2 дополнительных визита.

Первый визит

1. Определение срока беременности на основании анамнеза, клинических данных, теста на беременность, данных влагалищного исследования, УЗИ.

2. Исключение у пациентки противопоказаний к применению препаратов в соответствии с перечнем противопоказаний.

3. Получение информированного согласия на проведение медикаментозного аборта (см приложение).

3. Пациентка принимает

600 мг мифепристона перорально в присутствии врача, который его прописал, после чего находится под наблюдением в течение 2 часов. Недавние исследования показали, что дозу мифепристона без потери эффективности можно снизить до 200 мг, это наиболее предпочтительная доза.

Второй визит

Через 36 – 48 час женщина принимает мизопростол 400 мг перорально, лучше сублингвально, наблюдение врача в течение 3 - 4 часов амбулаторно или в дневном стационаре, при пероральном приеме – до 6 час. При желании женщина может находиться дома, иметь контактный телефон врача для консультации. В информированном согласии в таком случае должно быть предусмотрено течение аборта без наблюдения медперсонала. Проводится беседа об ожидаемом кровотечении, выходе элементов плодного яйца, о распознавании осложнений и о возможности круглосуточной помощи при их развитии. На дому пациентка по рекомендации врача может применить обезболивание нестероидными противовоспалительными средствами (НПС), спазмолитики в связи со схваткообразными болями в животе, осуществляет контроль экспульсии эмбриона. Женщины с отрицательным резус-фактором крови обязательно одновременно с введением простагландина необходимо введение Rh-иммуноглобулина для профилактики Rh-сенсibilизации.

Третий визит

Оценка эффективности МА через 10 – 14 дней методом УЗИ для подтверждения полного завершения аборта. Возможно обнаружение лютеиновых кист яичников, которые могут сохраняться до 3-х месяцев. Фертильность восстанавливается через 7 дней. Поэтому важно обсудить применение надежного метода контрацепции.

Возможные исходы МА и тактика врача.

Развитие беременности в матке. Необходимо направить или выполнить хирургический аборт.

Неполный аборт. Предложить выжидательную тактику, принять 400 мг мизопростола, либо хирургический аборт.

Полный аборт. Рекомендовать контрацепцию.

Противопоказания к применению МА

Наличие в анамнезе аллергии на простагландины и любые используемые лекарственные средства

Хроническая или острая печеночная недостаточность

Недостаточность надпочечников хроническая

Патологические кровотечения

Курение более 20 сигарет в сутки

Активный воспалительный процесс любой локализации

Тяжелая соматическая патология в стадии декомпенсации

Активный легочный туберкулез

Острые психозы

Онкологические заболевания любой локализации

Терминальные состояния

Тяжелая анемия

Кормление грудью

Подозрение на внематочную беременность

Порфирия

Проведение кортикостероидной терапии

Нарушения свертываемости крови

Антикоагулянтная терапия.

Побочные эффекты

Боль в животе, которая в 20% случаев требует обезболивания после назначения аналога простагландина.

Кровопотеря такая же, как после прерывания беременности того же срока путем выскабливания.

Диспепсические расстройства: тошнота, рвота или диарея.

Возможные осложнения.

1. Кровотечение
2. Болевой синдром
3. Остатки плодного яйца
4. Пролонгирование беременности.

СОДЕРЖАНИЕ

| | | |
|----|--|-----|
| | Список сокращений | 4 |
| 1. | Раздел 1. Блоки обследования акушерских/гинекологических пациенток | 6 |
| 2 | Раздел 2. Лекарственная терапия и немедикаментозное лечение | 10 |
| 3 | Раздел 3. Акушерство | 33 |
| | 3.1. Клинический протокол динамического наблюдения при физиологической беременности | 33 |
| | 3.2. Клинический протокол диагностики и лечения в амбулаторных условиях пациенток с высоким риском осложнений беременности | 35 |
| | 3.3. Клинический протокол динамического наблюдения при физиологических родах | 54 |
| | 3.4. Клинический протокол диагностики и лечения в стационарных условиях пациенток с высоким риском осложнений беременности | 61 |
| | 3.4.1. Беременность с абортивным исходом (O00-O04) | 61 |
| | 3.4.2. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и в послеродовом периоде (O10 - O16) | 62 |
| | 3.4.3. Другие болезни матери, связанные преимущественно с беременностью (O20 - O29) | 71 |
| | 3.4.4. Медицинская помощь матери в связи с состоянием плода, амниотической полости и возможными трудностями родоразрешения (O30-O48) | 77 |
| | 3.4.5. Осложнения родов и родоразрешение (O60-O84) | 103 |
| | 3.4.6. Осложнения, связанные преимущественно с послеродовым периодом (O85 - O92) | 130 |
| 4 | Раздел 4. Гинекология | 142 |
| | 4.1. Воспалительные болезни женских тазовых органов (N70-N77) | 144 |
| | 4.2. Невоспалительные болезни женских половых органов (N80-N99) | 150 |
| | 4.3. Другие нарушения мочеполовой системы N99 | 184 |
| 5 | Раздел 5. Заболевания женских половых органов, отраженных во II, IV, XVII классах МКБ 10 | 185 |
| | 5.1. Класс II, Новообразования D25 – D28 | 185 |
| | 5.2. Класс IV. Болезни эндокринной системы расстройства питания и нарушения обмена веществ (E 25, 34.5) | 187 |

| | |
|--|-----|
| 5.3. Класс XVII. Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения Q50 - Q52 | 189 |
| 6 Раздел 6. Приложения | 195 |
| Приложение 1. Инструкция МЗ РБ «Ведение партограммы в истории родов» | 195 |
| Приложение 2. Манипуляции и операции в акушерстве | 208 |
| Приложение 3. Инструкция МЗ РБ «Построение диагноза в акушерстве и гинекологии» | 214 |
| Приложение 4. Инструкция МЗ РБ «Алгоритм диагностики и лечения резус-иммунизации у беременных и новорожденных» | 220 |
| Приложение 5 Инструкция МЗ РБ «Метод проведения медикаментозного аборта» | 225 |
| 7 Содержание | 229 |