

**Этапность оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде**

Базовый спектр обследования беременных женщин

Рубрика	Диагностические мероприятия в амбулаторных условиях	Диагностические мероприятия в стационарных условиях (в отделении патологии беременности)
<p>A1 - обследование в I триместре (и при первой явке)</p>	<p>Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела). Измерение размеров таза. Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное влагалищное исследование.</p> <p>Анализ крови<sup>1234</sup> и мочи. Определение основных групп крови (A, B, 0) и резус-принадлежности, биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и свободная бета-субъединица хорионического гонадотропина (далее – бета-ХГ) (11-14 недель), определение антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови.</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды.</p> <p>Электрокардиография (далее – ЭКГ) по назначению врача-терапевта (врача-кардиолога).</p> <p>Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) органов малого таза (в сроке 11-14 недель).</p>	<p>Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела). Измерение размеров таза. Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное влагалищное исследование.</p> <p>Анализ крови<sup>1234</sup> и мочи. Определение основных групп крови (A, B, 0) и резус-принадлежности, определение антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в крови, ВИЧ, бактериоскопическое исследование мазков из влагалища.</p> <p>УЗИ органов малого таза (в сроке 11-14 недель).</p> <p>Если не выполнено на амбулаторном этапе: биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и бета-ХГ (11-14 недель), цитологическое исследование мазков шейки матки, кровь на Ig G на краснуху, токсоплазму.</p>

<p>A2 - обследование во II триместре</p>	<p>Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Определение окружности живота, высоты дна матки (далее – ВДМ), тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода с помощью стетоскопа. Анализ крови<sup>1</sup> и мочи. Скрининговое УЗИ плода в сроке 18-21 неделя. При поздней первой явке во II триместре: Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела). Измерение размеров таза. Осмотр шейки матки в зеркалах. Бимануальное влагалищное исследование. Анализ крови<sup>1234</sup> и мочи. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, определение антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови, альфа-фетопроtein, бета-ХГ (в сроке 16-18 недель). Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды. ЭКГ (по назначению врача-терапевта (врача-кардиолога)).</p>	<p>Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела). Определение окружности живота, ВДМ, тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода с помощью стетоскопа. Исследование при помощи зеркал (по показаниям). Влагалищное исследование. Анализ крови<sup>1234</sup> и мочи, определение антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности. Бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры. УЗИ плода. Допплерометрия. Если не произведено на амбулаторном этапе: связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и бета-ХГ (в сроке 11-14 недель), или эстриол, альфа-фетопроtein, бета-ХГ (в сроке 16-18 недель), цитологическое исследование мазков шейки матки, кровь на Ig G на краснуху, токсоплазму, цитомегаловирус.</p>
<p>A3 - обследование в III триместре</p>	<p>Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Определение окружности живота, ВДМ, тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода с помощью стетоскопа. После 32 недель беременности определяют положение плода, предлежащую часть. Анализ крови<sup>1234</sup> и мочи. Определение антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды. Скрининговое УЗИ плода в сроке 30-34 недели с доплерометрией, кардиотокография (далее – КТГ) плода после 33 недель. При поздней первой явке в III триместре: Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез.</p>	<p>Анамнез. Общее физикальное обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыводящей системы, молочных желез. Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела). Определение окружности живота, ВДМ, тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода с помощью стетоскопа. После 32 недель беременности определяют положение плода, предлежащую часть. Влагалищное исследование. Анализ крови<sup>1234</sup> и мочи. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности. Определение антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. Бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры. ЭКГ. Скрининговое УЗИ плода в сроке 30-34 недели. Допплерометрия. КТГ плода после 33 недель.</p>

	<p>Антропометрия (измерение роста, массы тела, определение индекса массы тела). Измерение размеров таза. Определение окружности живота, ВДМ, тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода с помощью стетоскопа. Осмотр шейки матки в зеркалах. Влагалищное исследование.</p> <p>Анализ крови<sup>1234</sup> и мочи. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности, определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови, определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови.</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды.</p> <p>ЭКГ. УЗИ плода в сроке 30-34 недели с доплерометрией, КТГ плода после 33 недель.</p>	
A1, A2, A3	<p>Осмотры и консультации (при физиологически протекающей беременности):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– врача-акушера-гинеколога – не менее семи раз;</li> <li>– врача-терапевта – не менее двух раз;</li> <li>– врача-стоматолога – не менее двух раз;</li> <li>– врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога – не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);</li> <li>– других врачей-специалистов – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.</li> </ul> <p>При осложненном течении беременности и сопутствующей патологии частота, кратность осмотров и консультаций врача-акушера-гинеколога и врачей-специалистов определяется индивидуально.</p> <p>Для исключения бессимптомной бактериурии (наличие колоний бактерий более <math>10^5</math> в 1 мл средней порции мочи, определяемое культуральным методом без клинических симптомов) всем беременным женщинам однократно во время беременности (после 14 недель) посев средней порции мочи.</p>	<p>A1, A2, A3 - диагностика бессимптомной бактериурии (в любом триместре беременности) (если не проведено амбулаторно).</p> <p>Консультации смежных врачей-специалистов при экстрагенитальных заболеваниях.</p>
В- комплекс исследований на инфекции	<p>Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам.</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.</p> <p>Полимеразная цепная реакция (далее – ПЦР) <i>Chlamidia trachomatis</i>.</p>	
	<p><sup>1</sup> Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p><sup>2</sup> Анализ крови биохимический (общетерапевтический): общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, аланин-трансаминаза (далее – АЛТ), аспартат-трансаминаза (далее – АСТ), глюкоза, (при ожирении, отеках, преэклампсии беременных, при</p>	

<p>заболеваниях щитовидной железы, сахарном диабете, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца (далее – ИБС), цереброваскулярных заболеваниях - триглицериды крови, липопротеины высокой плотности (далее – ЛПВП), липопротеины низкой плотности (далее – ЛПНП), общий холестерин.</p> <p><sup>3</sup> Коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза) - количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, активированное частичное тромбопластиновое время (далее – АЧТВ), фибриноген, определение протромбинового (тромбопластинового) времени.</p> <p><sup>4</sup> Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи в крови, определение антител к токсоплазме в крови.</p>
---

Нозологическая форма (код по МКБ-Х)	Объем обследования и лечения на амбулаторном этапе		Показания для госпитализации (код по МКБ-Х)	Объем обследования и лечения на стационарном этапе		
	диагностические мероприятия, консультации смежных врачей-специалистов	лечебные мероприятия		диагностические мероприятия, консультации смежных врачей-специалистов	лечебные мероприятия до родов	лечебные мероприятия при родоразрешении и в послеродовой период
<b>I. Беременность физиологическая</b>						
Ведение беременности при физиологическом течении	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование, осмотры и консультации в соответствии с рубриками А1, А2, А3.</li> <li>2. У резус-отрицательных женщин: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) обследование отца ребенка на групповую и резус-принадлежность;</li> <li>б) кровь на резус-антитела (при резус-положительной принадлежности отца ребенка) - 1 раз в месяц.</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Фолиевая кислота весь I триместр не более 400 мкг/сутки.</li> <li>2. Калия йодид 200-250 мкг всю беременность и период грудного вскармливания.</li> <li>3. При резус-положительной крови отца ребенка и отсутствии резус-антител в крови матери - введение иммуноглобулина человека антирезус RHO[D] в 28-30 недель.</li> <li>4. Школы: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) школа беременных;</li> <li>б) партнерские роды;</li> <li>в) грудное вскармливание.</li> </ol> </li> </ol>	О80.0 О80.1			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Родоразрешение в срок, семейно-ориентированные (партнерские) роды.</li> <li>2. В послеродовом периоде: раннее прикладывание к груди, грудное вскармливание, свободное посещение родственниками, ранняя выписка.</li> <li>3. Повторное введение иммуноглобулина человека антирезус</li> </ol>

						RHO[D] не позднее 72 часов после родов (у резус-отрицательных женщин при резус-положительной крови отца ребенка и отсутствии резус-антител в крови матери).
<b>II. Беременность патологическая (акушерская патология)</b>						
Рвота беременных O21.0 Рвота беременных легкая или умеренная O21.1 Чрезмерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена веществ O21.2 Поздняя рвота беременных O21.8 Другие формы рвоты, осложняющей беременность O21.9 Рвота беременных неуточненная	O21.0 Рвота беременных легкая или умеренная (до 10 раз в сутки и потеря массы тела не превышает 2-3 кг) 1. Контроль массы тела, диуреза, артериального давления (далее – АД). 2. Клинический анализ крови, гематокрит - 1 раз в 10 дней. 3. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин общий и прямой, АЛТ, АСТ, электролиты - Na, K, C1, глюкоза, креатинин) - 1 раз 7-10 дней. 4. Ацетон и	1. Нормосолевая и нормоводная диета, сбалансированная по калорийности и содержанию белков. 2. Самоконтроль баланса выпитой и выделенной жидкости. 3. Антигистаминные препараты. 4. Пиридоксина гидрохлорид. 5. Противорвотные и седативные средства.	1. Отсутствие эффекта от проводимой терапии / ухудшение состояния беременной. 2. Рвота беременных более 10 раз в сутки и потеря массы тела превышает 3 кг за 1-1,5 недели. 3. O21.1 Чрезмерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена веществ. 4. O21.2 Поздняя рвота беременных. 5. O21.8 Другие формы рвоты,	1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Клинический анализ крови, гематокрит в динамике. 3. Биохимический анализ крови (общий белок, билирубин общий и прямой, АЛТ, АСТ, электролиты - Na, K, C1, глюкоза, креатинин) в динамике. 4. Ацетон и кетоновые тела в моче в динамике.	1. Нормосолевая и нормоводная диета, сбалансированная по калорийности и содержанию белков. 2. Противорвотные и седативные средства. 3. Инфузионная терапия. 4. Нейролептики. 5. Пиридоксина гидрохлорид. 6. Антигистаминные препараты.	Показания для прерывания беременности: 1. Отсутствие эффекта от проводимой терапии / ухудшение состояния. 2. Отрицательная динамика лабораторных показателей (изменение кислотно-основного состояния, увеличение ацетона в моче, нарастание гипербилирубинемии, трансаминаз и т.д.). 3. Рвота более 25 раз в сутки и

	кетонные тела в моче - 1 раз в 2 недели. 5. Тиреотропный гормон (далее – ТТГ).		осложняющей беременность. 6. O21.9 Рвота беременных неуточненная. 7. Необходимость обследования в условиях стационара.	5. Контроль диуреза. Дополнительно: 1) Антитела к тиреопероксидазе (далее – АТ к ТПО), ТТГ, свободный тироксин (далее – свободный Т4). 2) Анализ мочи на белок и цилиндры. 3) Консультация врача-невролога.		потеря массы тела более 8-10 кг. 4. Признаки печеночно-почечной недостаточности.
Отеки, вызванные беременностью O12.0	1. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 2. Контроль массы тела, диуреза, АД. 3. Анализ мочи общий 1 раз в 2 недели.	1. Нормосолевая и нормоводная диета. 2. Позиционная терапия. 3. Лечебно-охранительный режим в домашних условиях. 4. Самоконтроль баланса выпитой и выделенной жидкости.	1. Ухудшение состояния беременной. 2. Госпитализация для родоразрешения в срок.	1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Суточный белок в моче.	1. Нормосолевая и нормоводная диета. 2. Позиционная терапия. 3. Самоконтроль баланса выпитой и выделенной жидкости.	Родоразрешение в срок
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности и в послеродовом периоде	Во время беременности: 1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. ЭКГ и эхокардиография (далее – ЭХОКГ)	1. Бета-адреноблокаторы селективные. 2. Дигидропиридиновые производные (нифедипин). 3. Производные фенилалкиламин	1. Отсутствие эффекта от проводимой терапии. 2. Ухудшение состояния матери и плода. 3. O14 Вызванная беременностью	1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Дополнительно: 1) контроль АД,	1. Бета-адреноблокаторы селективные. 2. Дигидропиридиновые производные	Показания для досрочного родоразрешения: 1. Отсутствие эффекта от проводимой терапии, тяжелая

<p>O10 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период</p> <p>O11 Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией</p> <p>O12 (кроме O12.0) Вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии</p> <p>O13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии</p>	<p>по назначению врача-кардиолога.</p> <p>3. Определение суточного белка в моче.</p> <p>4. Триглицериды.</p> <p>5. Электролиты крови (<math>Ca^{2+}</math>, <math>Mg^{2+}</math>).</p> <p>6. Коагулограмма.</p> <p>7. Гемостазиограмма.</p> <p>8. По показаниям консультации врачей-специалистов: а) врача-кардиолога (врача-терапевта); б) врача-нефролога.</p>	<p>а (верапамил).</p> <p>4. Магнезиальная терапия.</p> <p>5. Препараты кальция.</p>	<p>гипертензия со значительной протеинурией.</p> <p>4. O14.0 Преэклампсия [нефропатия] средней тяжести.</p> <p>5. O14.1 Тяжелая преэклампсия.</p> <p>6. O14.9 Преэклампсия [нефропатия] неуточненная.</p> <p>7. O15 Эклампсия.</p> <p>8. P00.0 Поражения плода и новорожденного, обусловленные гипертензивными расстройствами у матери.</p> <p>9. Необходимость обследования в условиях стационара.</p> <p>10. Госпитализация для родоразрешения в срок (38-39 недель).</p>	<p>пульса, диуреза;</p> <p>2) общий анализ мочи на белок (возможно двукратно с интервалом 4 часа);</p> <p>3) биохимия крови (мочевина, АСТ, АЛТ, креатинин);</p> <p>4) общий анализ крови;</p> <p>5) гемостазиограмма и коагуляционный гемостаз;</p> <p>6) КТГ, УЗИ + доплерометрия;</p> <p>7) проба Реберга;</p> <p>8) аппаратный мониторинг (при тяжелом состоянии больной);</p> <p>9) по показаниям консультация врача-анестезиолога-реаниматолога;</p> <p>10) УЗИ почек (при назначении врачом-терапевтом / врачом-нефрологом);</p> <p>11) УЗИ печени.</p>	<p>(нифедипин).</p> <p>3. Производные фенилалкиламина (верапамил).</p> <p>4. Антикоагулянты прямые (низкомолекулярные гепарины).</p> <p>5. Препараты кальция.</p> <p>6. Вазодилаторы миотропного действия (натрия нитропруссид).</p> <p>7. Антигипертензивные препараты центрального действия.</p> <p>8. Ацетилсалициловая кислота.</p> <p>9. Подготовка незрелой шейки матки к родоразрешению.</p> <p>10. Препараты магния (магния</p>	<p>преэклампсия, эклампсия.</p> <p>2. Ухудшение состояния матери и плода.</p> <p>3. Тяжелая преэклампсия в сроке до 34 недель – родоразрешение с профилактикой респираторного дистресс-синдрома (далее – РДС).</p> <p>4. Тяжелая преэклампсия в сроке 36-38 недель – экстренное родоразрешение в течение 24 часов, при развитии полиорганной недостаточности в течение 4-6 часов.</p> <p>5. Эклампсия – родоразрешение после стабилизации состояния.</p> <p>6. Легкая и среднетяжелая преэклампсия: плановое родоразрешение на фоне</p>
--	--	---	---	--	---	---

					<p>сульфат).</p> <p>11. Глюкокортикоиды (для профилактики РДС).</p> <p>Легкая и среднетяжелая преэклампсия - в сроке до 34 недель на фоне начатой магниальной и гипотензивной терапии - перевод в акушерский стационар третьей группы.</p>	<p>стабилизации состояния магниальной и гипотензивной терапией.</p>
<p>Привычное невынашивание беременности (в сроке до 22 недель)</p> <p>O26.2 Медицинская помощь женщине с привычным невынашиванием беременности</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3; диагностика бессимптомной бактериурии более <math>10^5</math> КОЕ/мл.</li> <li>2. В I и II триместре УЗИ контроль динамики развития плода и его жизнеспособности, УЗИ-цервикометрия.</li> <li>3. В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</li> <li>2. Антимикробные препараты местного и системного применения при верифицированной инфекции.</li> <li>3. Антикоагулянты прямые (низкомолекулярные гепарины).</li> <li>4. Ингибиторы агрегации</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Необходимость в проведении инвазивной пренатальной диагностики (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез).</li> <li>2. Ухудшение состояния беременной / плода.</li> <li>3. Нарастание гемостазиологических нарушений / осложнений.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</li> <li>3. Дополнительно: По показаниям: проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия хориона, плаценты,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антимикробные препараты местного и системного применения по показаниям.</li> <li>2. Лечение бессимптомной бактериурии.</li> <li>3. Антикоагулянты прямые (низкомолекулярные</li> </ol>	<p>Удаление остатков плодного яйца при неполном аборте, замершей беременности (антенатальной гибели плода) и иных осложнениях связанных с O.03, O05 - O07</p>



	<p>КТГ еженедельно (с 33 недель).</p> <p>4. Исследование кариотипа супругов (по назначению врача-генетика).</p> <p>5. Консультации врачей-специалистов по показаниям: а) врача-генетика б) врача-терапевта в) врача-эндокринолога. По показаниям: эндокринные причины невынашивания 1) исследование уровня бета-ХГ в крови; 2) прогестерон; 3) тестостерон (при гиперандрогении); 4) ТТГ, свободный Т4. Инфекционные причины невынашивания: 1) обследование в соответствии с рубрикой В 2) определение Ig G, М к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа, цитомегаловирусу, вирусу</p>	<p>тромбоцитов (ацетилсалициловая кислота).</p> <p>5. Аминокислоты (транексамовая кислота).</p> <p>6. Прочие системные гемостатики.</p> <p>7. Производные фенилалкиламина (верапамил).</p> <p>8. Глюкокортикостероиды слабоактивные (группа I).</p> <p>9. Производные прегнена.</p> <p>10. Производные прегнадиена.</p> <p>11. Иммуноцитотерапия.</p> <p>12. Бета2-адреностимуляторы селективные.</p> <p>13. Антагонисты кальция.</p> <p>14. Препараты магния.</p> <p>15. Прогестерон.</p> <p>16. Санация влагалища.</p>	<p>4. Подозрение на тяжелую форму анти-фосфолипидного синдрома.</p> <p>5. O20.0 Угрожающий аборт.</p> <p>6. O20.8 Другие кровотечения в ранние сроки беременности.</p> <p>7. O20.9 Кровотечение в ранние сроки беременности неуточненное.</p> <p>8. N96 Привычный выкидыш.</p> <p>9. P01.0 Поражения плода и новорожденного, обусловленные истмико-цервикальной недостаточностью.</p>	<p>амниоцентез, кордоцентез)</p> <p>Эндокринные причины невынашивания: См. объем обследования на амбулаторном этапе</p> <p>Антифосфолипидный синдром: См. объем обследования на амбулаторном этапе</p> <p>Иные причины: См. объем обследования на амбулаторном этапе</p>	<p>гепарины).</p> <p>4. Ингибиторы агрегации тромбоцитов в (ацетилсалициловая кислота).</p> <p>5. Аминокислоты (транексамовая кислота).</p> <p>6. Прочие системные гемостатики.</p> <p>7. Антагонисты кальция.</p> <p>8. Дигидропиридиновые производные (нифедипин).</p> <p>9. Производные фенилалкиламина (верапамил).</p> <p>10. Глюкокортикостероиды слабоактивные (Группа I).</p> <p>11. Производные прегнена.</p> <p>12. Производные</p>	
--	---	--	---	--	---	--

	<p>краснухи, токсоплазме.</p> <p>Иммунологические причины невынашивания и иные аллоиммунные процессы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) исследование уровня бета-тромбоглобулина;</li> <li>2) исследование антител к тиреоглобулину;</li> <li>3) HLA-антигены;</li> <li>4) исследование антител к хорионическому гонадотропину.</li> </ol> <p>Антифосфолипидный синдром:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гемостазиограмма развернутая (Д-димер, тромбоэластография (далее – ТЭГ), растворимые комплексы мономеров фибрина, время свертывания с использованием яда гадюки Рассела. Исследование уровня ингибитора активаторов плазминогена (ИАП);</li> </ol>				<p>ые прегнадиена.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Бета2-адреностимуляторы селективные.</li> <li>14. Препараты магния.</li> <li>15. Санация влагалища.</li> <li>16. Наложение швов на шейку матки (О34.3).</li> <li>17. Истмико - цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери: введение разгружающего pessaria.</li> <li>18. Оперативные методы лечения (в связи N96 Привычный выкидыш).</li> </ol>	
--	---	--	--	--	---	--

	<p>2) исследование на наличие антител класса Ig G, M к кардиолипину, группе фосфолипидов и кофакторам (протромбин, аннексин, протеин С, протеин S, тромбомодулин, v2 - гликопротен), волчаночный антикоагулянт двукратно с интервалом 6 недель.</p> <p>Иные причины:</p> <p>1) непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса);</p> <p>2) пренатальная диагностика (в т.ч. инвазивная) для выявления внутриутробных пороков развития плода.</p>					
<p>Кровотечение в ранние сроки беременности. Привычный выкидыш. O20.0 Угрожающий аборт O20.8 Другие кровотечения в ранние сроки</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой A1.</p>	<p>См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</p> <p>1. Производные прегнена.</p> <p>2. Производные прегнадиена.</p> <p>3. Аминокислоты (транексамовая</p>	<p>1. Неэффективность проводимой терапии.</p> <p>2. Ухудшение состояния беременной.</p>	<p>См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p>	<p>Медикаментозная терапия, направленная на сохранение беременности:</p> <p>1. производные прегнена;</p> <p>2. производные прегнадиена;</p>	<p>Удаление остатков плодного яйца при неполном аборте, замершей беременности и иных осложнениях связанных с O03, O05- O07</p>

беременности O20.9 Кровотечение в ранние сроки беременности неуточненное N96 Привычный выкидыш		кислота). 4. Препараты магния.			3. аминокислоты (транексамовая кислота); 4. препараты магния.	
Преждевременные роды (угроза)  O60 Преждевременные роды (угроза)	1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. УЗИ-цервикометрия. 3. Лечение бессимптомной бактериурии. 4. Определение маркеров преждевременных родов (тест-система).	См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 1. Бета2-адреностимуляторы селективные. 2. Препараты магния. 3. Дигидропиридиновые производные (нифедипин). 4. Производные фенилалкиламина (верапамил). 5. Глюкокортикостероиды активные (Группа III) (бетаметазон). 6. Глюкокортикостероиды (дексаметазон). 7. Антибиотикотерапия бактериального вагиноза.	1. Госпитализация в акушерский стационар третьей группы (при сроке беременности менее 32 недель). 2. Неэффективность проводимой терапии. 3. Ухудшение состояния беременной / плода.	1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном этапе. 3. Определение маркеров преждевременных родов (тест-система).	1. Дигидропиридиновые производные (нифедипин). 2. Ингибиторы циклооксигеназы индометацин (применяется до 32 недель беременности). 3. Бета2-адреностимуляторы селективные (при непереносимости нифедипина). 4. Токолиз гексопреналином. 5. Препараты магния. 6. Лечение бессимптом	1. При сроке менее 34 недель: а) при открытии шейки матки менее 3 см перевод в акушерский стационар третьей группы, профилактика РДС, токолиз (также и во время транспортировки); б) при открытии шейки матки более 3 см вызов реанимационной неонатологической бригады, роды. 2. При сроке 34-37 недель: а) менее 3 см открытия - перевод в акушерский стационар второй (третьей) группы; б) токолиз на время транспортировки; в) при открытии шейки матки более 3 см вызов врача-неонатолога на роды.

					<p>ной бактериури и.</p> <p>7. Производные фенилалкиламина (верапамил).</p> <p>8. Профилактика РДС: глюкокортикоиды.</p> <p>9. Лечение бактериального вагиноза.</p> <p>10. При наличии хориоамнионита токолитическая терапия противопоказана.</p> <p>12. В сроке до 24-25 недель и длине шейки матки более 15 мм наложение швов на шейку матки.</p>	3. При развитии регулярной родовой деятельности родоразрешение.
Многоплодная беременность						
О30.0	1. Обследование в	См. рубрику	1. О31 Осложне-	1. См. рубрику	См. рубрику	Родоразрешение в

Беременность двойней	<p>соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Скрининговое УЗИ в 16-18 недель для исключения синдрома фето-фетальной трансфузии и истмико-цервикальной недостаточности.</li> <li>УЗИ-цервикометрия.</li> </ol>	«Ведение беременности при физиологическом течении».	<p>ния, характерные для многоплодной беременности.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>О43.0 Синдром плацентарной трансфузии.</li> <li>Патологическое течение беременности.</li> <li>Угроза преждевременных родов.</li> <li>Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 36 недель с целью подготовки к родам и определения способа родоразрешения.</li> </ol>	<p>«Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Оценка состояния беременной и плода / плодов.</li> <li>Определение степени риска и способа родоразрешения.</li> </ol>	Преждевременные роды (угроза).	соответствии с акушерской ситуацией.
<p>О30.1 Беременность тройней</p> <p>О30.2 Беременность четырьмя плодами</p> <p>О30.8 Другие формы многоплодной беременности</p> <p>О30.9 Многоплодная беременность неуточненная</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>ТТГ, свободный Т4.</li> <li>Скрининговое УЗИ в 16-18 недель для исключения синдрома фето-фетальной трансфузии и истмико-цервикальной недостаточности.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>См. рубрику «Многоплодная беременность».</li> <li>Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности (см. рубрику О60 Преждевременные роды О20 Кровотечение в ранние сроки беременности).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>О31 Осложнения, характерные для многоплодной беременности.</li> <li>О43.0 Синдромы плацентарной трансфузии.</li> <li>Патологическое течение беременности.</li> <li>Угроза преждевременных родов.</li> <li>Для родоразрешения в сроке 33-36</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>Оценка состояния беременной и плода / плодов, определение степени риска.</li> <li>См. объем обследования на амбулаторном этапе.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности.</li> <li>Фетальная хирургическая коррекция.</li> <li>Родоразрешение.</li> </ol>	Родоразрешение в соответствии с акушерской ситуацией.

	4. УЗИ-цервикометрия.		недель.			
О43.0 Синдромы плацентарной трансфузии	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>2. УЗИ + доплерометрия.</li> <li>3. КТГ плода / плодов после 33 недель в динамике.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности.</li> <li>2. Лечение иных осложнений, характерных для многоплодной беременности.</li> <li>3. Оценка состояния беременной и плода / плодов и степени риска для решения вопроса о сроках родоразрешения.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лечение осложнений, характерных для многоплодной беременности.</li> <li>2. Оценка состояния беременной и плода / плодов и степени риска для решения вопроса о хирургическом лечении синдрома фето-фетальной трансфузии (фетальная хирургия).</li> <li>3. Родоразрешение.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. Пренатальная диагностика: биопсия хориона, плаценты; амниоцентез; кордоцентез.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности, лечение осложнений, характерных для многоплодной беременности.</li> <li>2. Хирургическое лечение синдрома фето-фетальной трансфузии.</li> <li>3. Досрочное родоразрешение.</li> <li>4. Родоразрешение.</li> </ol>	Родоразрешение в соответствии с акушерской ситуацией.
Осложнения, характерные для многоплодной беременности О31.1 Продолжающаяся беременность	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>2. ТТГ, свободный Т4.</li> <li>3. Скрининговое УЗИ в 16-18</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности и лечение иных осложнений, характерных для</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Плановая госпитализация для оперативного лечения - фетальная хирургическая коррекция.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. См. объем</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Досрочное родоразрешение при ухудшении состояния матери, плода / плодов.</li> <li>2. При</li> </ol>

<p>после аборта одного или более чем одного плода О31.2 Продолжающаяся беременность после внутриутробной гибели одного или более чем одного плода О31.8 Другие осложнения, характерные для многоплодной беременности О32.5 Многоплодная беременность с неправильным предлежанием одного или нескольких плодов, требующая предоставления медицинской помощи матери</p>	<p>недель для исключения синдрома фето-фетальной трансфузии и истмико-цервикальной недостаточности. 4. УЗИ плода / плодов и плаценты с фетометрией в динамике (О31.1, О31.2, О31.8). 5. КТГ плода / плодов.</p>	<p>многоплодной беременности. 2. Оценка состояния беременной и плода / плодов. 3. Определение степени риска. 4. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</p>	<p>2. Для родоразрешения. 3. Для проведения инвазивной диагностики.</p>	<p>обследования на амбулаторном этапе. 3. Дополнительно: 1) оценка состояния беременной и плода / плодов, определение степени риска; 2) УЗИ-цервикометрия.</p>	<p>сти. 2. Лечебные мероприятия при преждевременных родах, кровотечениях в ранние сроки беременности. 3. Биопсия хориона, плаценты. 4. Амниоцентез. 5. Кордоцентез. 6. Фетальная хирургия.</p>	<p>антенатальной гибели плода / плодоразрешение с учетом клинической ситуации. 3. При самопроизвольном аборте / неразвивающейся беременности – удаление остатков плодного яйца.</p>
<p>Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом неправильном предлежании плода О32.0 Неустойчивое</p>	<p>См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</p>	<p>1. Оценка состояния беременной и плода. 2. Определение степени риска. 3. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</p>	<p>Плановая госпитализация в сроке 37-39 недель в акушерский стационар второй (третьей) группы.</p>	<p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Оценка состояния беременной и плода.</p>	<p>1. Подготовка к родам. 2. При тазовом предлежании предлагается наружный поворот плода на</p>	<p>Родоразрешение в срок</p>



<p>положение плода, требующее предоставления медицинской помощи матери  О32.1 Ягодичное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери  О32.2 Поперечное или косое положение плода, требующее предоставления медицинской помощи матери  О32.3 Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери  О32.4 Высокое стояние головки концу беременности, требующее предоставления медицинской помощи матери  Р01.7 Поражения плода и новорожденного, обусловленные</p>		<p>4. Позиционная терапия (коленно-грудное положение).</p>		<p>3. Определение степени риска и способа родоразрешения</p>	<p>головку в сроке 37 недель.  3. Для проведения наружного поворота плода:  а) токолиз;  б) УЗИ и КТГ дважды за 5 мин.;  в) после завершения процедуры повторить нестрессовый тест в течение 20 минут;  г) УЗИ-контроль</p>	
---	--	--	--	--	---	--

неправильным предлежанием плода перед родам						
<p>Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода  О33.0 Деформация костей таза, приводящая к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери  О33.1 Равномерно суженный таз, приводящий к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери  О33.2 Сужение входа таза, приводящее к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери  О33.3 Сужение выхода таза, приводящее к</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</li> <li>УЗИ и фетометрия плода дополнительно в 35-36 недель.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Оценка состояния беременной и плода / плодов.</li> <li>См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</li> <li>См. «синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения».</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ухудшение состояния матери / плода.</li> <li>Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38 недель (О65).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>Подготовка к родам.</li> <li>Оценка состояния беременной и плода.</li> <li>Определение степени риска и способа родоразрешения</li> </ol>	<p>При ухудшении состояния матери / плода - см. «синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения».</p>	<p>Родоразрешение с учетом установленного несоответствия размеров таза и плода.</p>

<p>диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О33.4 Диспропорция смешанного материнского и плодного происхождения, требующая предоставления медицинской помощи матери О33.5 Крупные размеры плода, приводящие к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О33.6 Гидроцефалия плода, приводящая к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О33.7 Другие аномалии плода, приводящие к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери О33.8</p>						
---	--	--	--	--	--	--

<p>Диспропорция вследствие других причин, требующая предоставления медицинской помощи матери О33.9</p> <p>Диспропорция, требующая предоставления медицинской помощи матери, неуточненная</p>						
<p>Медицинская помощь матери при установленной или предполагаемой аномалии органов таза О34.0</p> <p>Врожденные аномалии матки, требующие предоставления медицинской помощи матери О34.1</p> <p>Опухоль тела матки, требующая предоставления медицинской помощи матери О34.2</p> <p>Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>2. Выписка из истории родов, закончившихся кесаревым сечением, миомэктомией и иными операциями на матке, с указанием локализации удаленных узлов, объема операции, способа восстановления стенок матки (для О34.0 - О34.5).</li> <li>3. УЗИ контроль состояния рубца.</li> <li>4. УЗИ плода /</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</li> <li>2. См. «Синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения».</li> <li>3. См. «Привычное невынашивание беременности».</li> <li>4. Разгружающий пессарий.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ухудшение состояния беременной / плода.</li> <li>2. Необходимость хирургической коррекции.</li> <li>3. Наложение швов на шейку матки.</li> <li>4. О20.0 Угрожающий аборт.</li> <li>5. Р01.0 Поражения плода и новорожденного, обусловленные истмико-цервикальной недостаточностью.</li> <li>6. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 37-</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. Оценка состояния беременной и плода.</li> <li>3. Магнитно-резонансная терапия (далее – МРТ) таза во II или III триместре для уточнения диагноза (О34.0, О34.1, О34.5).</li> <li>4. Определение степени риска и способа родоразрешения.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медикаментозные методы лечения, направленные на сохранение беременности, подготовка к родам.</li> <li>2. См. «Синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения».</li> <li>3. См. «Привычное невынашивание беременности».</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Родоразрешение (О65.5)</li> <li>2. Миомэктомия: а) во II триместре при нарушении кровоснабжения в миоматозных узлах, подтвержденном клинико-лабораторно; б) интраоперационно при кесаревом сечении при расположении узлов, препятствующих выполнению кесарева сечения.</li> <li>3. Гистерэктомия интраоперационно после кесарева сечения по витальным показаниям при невозможности остановки</li> </ol>

<p>медицинской помощи матери О34.3 Истмико - цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери О34.4 Другие аномалии шейки матки, требующие предоставления медицинской помощи матери О34.5 Другие аномалии беременной матки, требующие предоставления медицинской помощи матери О34.6 Аномалии влагалища, требующие предоставления медицинской помощи матери</p>	<p>плодов и плаценты с фетометрией в динамике (О31.1, О31.2, О31.8). 5. КТГ плода / плодов. 6. УЗИ контроль (цервикометрия) 7. Консультации врачей-специалистов: врача-онколога при подозрении на рак женских половых органов любой локализации.</p>		<p>38 недель (О65.5).</p>		<p>4. Наложение швов на шейку матки / циркулярного нижнего сегмента матки в гинекологическом стационаре в сроке до 26 недель. 5. Разгружающий пессарий.</p>	<p>кровоотечения другими методами.</p>
<p>Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода О35.0 Пороки развития</p>	<p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3. 2. Обследование в соответствии с рубрикой В (по показаниям). 3. Пренатальный скрининг.</p>	<p>1. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 2. См. «Синдром задержки роста плода и плацентарные</p>	<p>1. Необходимость проведения инвазивной пренатальной диагностики. 2. Для прерывания беременности по медицинским показаниям. 3. Ухудшение</p>	<p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном</p>	<p>1. Инвазивная пренатальная диагностика. 2. Прерывание беременности по медицински</p>	<p>1. Прерывание беременности при наличии пороков, несовместимых с жизнью. 2. Досрочное родоразрешение при ухудшении</p>

<p>центральной нервной системы у плода, требующие предоставления медицинской помощи матери О35.1</p> <p>Хромосомные аномалии у плода (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери О35.2</p> <p>Наследственные болезни (предполагаемые) у плода, требующие предоставления медицинской помощи матери О35.3</p> <p>Поражение плода (предполагаемое) в результате вирусного заболевания матери, требующее предоставления медицинской помощи матери О35.4</p> <p>Поражение плода (предполагаемое) в</p>	<p>4. УЗИ плода и плаценты с фетометрией, доплерометрия каждые 7-10 дней.</p> <p>5. КТГ плода.</p> <p>6. Консультации врачей-специалистов по показаниям:  а) врача-генетика;  б) врача-терапевта;  в) врача-эндокринолога;  г) врача-радиолога;  д) врача-детского хирурга - после 33 недель.</p>	<p>нарушения».</p>	<p>состояния беременной / плода.</p> <p>4. О20.0 Угрожающий аборт.</p> <p>5. Плановая госпитализация для родоразрешения в 37-38 недель (О65.5) или ранее (по показаниям).</p> <p>6. Выбор медицинской организации для родоразрешения с учетом необходимости оказания хирургической помощи новорожденному.</p>	<p>этапе.</p> <p>3. Дополнительно:  1) ТТГ, свободный Т4;  2) оральная глюкозотолерантный тест;  3) обследование в соответствии с рубрикой В (по показаниям).  4) инвазивная пренатальная диагностика;  5) решение вопроса о прерывании беременности.</p>	<p>м показаниям</p> <p>3. Медикаментозные методы лечения, направленные на сохранение беременности.</p> <p>4. См. «синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения».</p> <p>5. Подготовка к родоразрешению.</p>	<p>состояния беременной / плода.</p> <p>3. Хирургическая коррекция пороков у новорожденных.</p>
--	---	--------------------	---	---	--	---

<p>результате воздействия алкоголя, требующее предоставления медицинской помощи матери</p> <p>О35.5 Поражение плода (предполагаемое) в результате употребления лекарственных средств, требующее предоставления медицинской помощи матери</p> <p>О35.6 Поражение плода (предполагаемое) в результате радиации, требующее предоставления медицинской помощи матери</p> <p>О35.7 Поражение плода (предполагаемое) в результате других медицинских процедур, требующее предоставления медицинской помощи матери</p>						
---	--	--	--	--	--	--

<p>О35.8 Другие аномалии и поражения плода (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери</p> <p>О35.9 Аномалия и поражение плода, требующие предоставления медицинской помощи матери, неуточненные</p>						
<p>Беременность с резус-иммунизацией</p> <p>О36.0 Резус - иммунизация, требующая предоставления медицинской помощи матери</p> <p>О36.1 Другие формы изоиммунизации, требующие предоставления медицинской помощи матери</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>2. Обследование в соответствии с рубрикой В (по показаниям).</li> <li>3. По показаниям:             <ol style="list-style-type: none"> <li>а) прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса);</li> <li>б) непрямого антиглобулинового теста (тест Кумбса).</li> </ol> </li> <li>4. В процессе наблюдения:             <ol style="list-style-type: none"> <li>а) анализ крови на Rh-фактор и групповые иммунные антитела 1 раз в 1 месяц (до 32 недель), после 32</li> </ol> </li> </ol>	<p>Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D] резус-отрицательным беременным женщинам на 28-й и 34-й неделе беременности, а также после хорионбиопсии, амниоцентеза, кордоцентеза, биопсии плаценты.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ухудшение состояния плода.</li> <li>2. Родоразрешение.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Амниоцентез, спектрофотометрический анализ продуктов деградации гемоглобина (билирубина) в амниотической жидкости.</li> <li>2. Кордоцентез, определение групповой и резус-принадлежности плода и уровня</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Досрочное родоразрешение при ухудшении состояния плода.</li> <li>2. Родоразрешение в срок.</li> </ol>



	недель 2 раза в месяц. б) УЗИ, доплерометрия с измерением скорости кровотока в среднемозговой артерии плода.				гематокрита крови плода. 3. Внутриутробное переливание крови плоду.	
Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери Р20.0 Внутриутробная гипоксия, впервые отмеченная до начала родов Р20.9 Внутриутробная гипоксия неуточненная	1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3 (в плановом порядке). 2. Скрининговое УЗИ плода и плаценты, доплерометрия, КТГ плода.	1. Глюкокортикостероиды активные (Группа III) для профилактики дистресс-синдрома. 2. Бета2-адреностимуляторы селективные. 3. Дигидропиридиновые производные (нифедипин). 4. Производные фенилалкиламина (верапамил).	1. Ухудшение состояния плода (нарушение маточно-плацентарного кровотока Iб, II, III). 2. Присоединение преэклампсии. 3. Перенашивание беременности.	1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Обследование в соответствии с рубрикой В (по показаниям). 3. См. объем обследования на амбулаторном этапе.	1. Глюкокортикостероиды активные (Группа III) (бетазон) для профилактики РДС. 2. Бета2-адреностимуляторы селективные. 3. Дигидропиридиновые производные (нифедипин). 4. Производные фенилалкиламина (верапамил). При отрицательном диастолическом фетоплацентарном	1. Досрочное родоразрешение: ухудшение состояния плода (нарушение маточно-плацентарного кровотока II, III). 2. Родоразрешение в срок.

					кровотоке и индексе состояния плода равном 2,5 или более кесарево сечение под эпидуральной анестезией в интересах плода.	
<p>Синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения</p> <p>О36.5 Недостаточный рост плода, требующий предоставления помощи матери</p> <p>О43.1 Аномалия плаценты</p> <p>О43.8 Другие плацентарные нарушения</p> <p>О43.9 Плацентарное нарушение неуточненное</p> <p>Р02 Поражения плода и новорожденного, обусловленные осложнениями со стороны</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>2. Обследование в соответствии с рубрикой В (по показаниям).</li> <li>3. УЗИ контроль динамики развития плода и его жизнеспособности.</li> <li>4. В III триместре УЗИ + доплерометрия, КТГ плода с 33 недель в динамике.</li> <li>5. Консультация врача-генетика по показаниям (исследование кариотипа супругов).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Глюкокортикостероиды слабоактивные (Группа I) при гиперандрогении.</li> <li>2. Глюкокортикостероиды активные (Группа III).</li> <li>3. Бета2-адреностимуляторы селективные.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Для проведения инвазивной пренатальной диагностики.</li> <li>2. Ухудшение состояния беременной / плода (нарушение маточно-плацентарного кровотока Iб, II, III).</li> <li>3. Присоединение преэклампсии.</li> <li>4. Перенашивание беременности.</li> <li>5. Родоразрешение.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</li> <li>3. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) доплерометрия в динамике 1 раз в неделю (по показаниям - чаще);</li> <li>2) пренатальная диагностика (по назначению врача-генетика);</li> <li>3) амниоцентез;</li> <li>4) кордоцентез;</li> <li>5) консультация врача-генетика (по показаниям)</li> </ol> </li> </ol> <p>Иммунологические</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медикаментозные методы лечения, направленные на сохранения беременности, лечение синдрома задержки роста плода, плацентарных нарушений.</li> <li>2. Глюкокортикоиды активные (Группа III).</li> <li>3. Бета2-адреностимуляторы селективные.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Досрочное родоразрешение: ухудшение состояния беременной / плода (нарушение маточно-плацентарного кровотока II, III).</li> <li>2. Родоразрешение в срок.</li> </ol> <p>При отрицательном диастолическом фето-плацентарном кровотоке и индексе состояния плода равном 2,5 или более кесарево сечение под эпидуральной анестезией в интересах плода.</p> <p>При тазовом предлежании и весе менее 2500 и более 3600 кесарево</p>

<p>плаценты, пуповины и плодных оболочек P05 Замедленный рост и недостаточность питания плода</p>				<p>причины невынашивания и иные аллоиммунные процессы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Исследование уровня бета-тромбоглобулина</li> <li>2. Исследование антител к тироглобулину.</li> <li>3. HLA-антигены.</li> <li>4. Исследование антител к хорионическому гонадотропину.</li> </ol> <p>Антифосфолипидный синдром:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Гемостазиограмма развернутая (Д-димер, ТЭГ, растворимые комплексы мономеров фибрина, время свертывания с использованием яда гадюки Рассела).</li> <li>2. Исследование на наличие антител класса Ig M, G к кардиолипину, группе фосфолипидов и кофакторам (протромбин, аннексин, протеин С, протеин S,</li> </ol>	<p>4. Проведение инвазивной пренатальной диагностики и (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез).</p>	<p>сечение</p>
---	--	--	--	--	---	----------------

				<p>тромбомодулин, b2-гликопротеин), волчаночный антикоагулянт двукратно с интервалом 6 недель.</p> <p>По показаниям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Исследование уровня свободного Т4.</li> <li>2. Исследование уровня ТТГ.</li> <li>3. Исследование уровня гомоцистеина в крови.</li> </ol>		
<p>Многоводие и другие нарушения со стороны амниотической жидкости и плодных оболочек</p> <p>О40 Многоводие</p> <p>О41.0 Олигогидрамнион</p> <p>О41.1 Инфекция амниотической полости и плодных оболочек</p> <p>О41.8 Другие уточненные нарушения амниотической жидкости и плодных</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>2. Обследование в соответствии с рубрикой В.</li> <li>3. Исследование на выявление сахарного диабета (глюкоза крови, оральный глюкозотолерантный тест (далее – ОГТТ) с 75 г глюкозы).</li> <li>4. См. «Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и</li> </ol>	<p>Медикаментозная терапия основного заболевания (сахарный диабет, врожденный порок развития, резус-конфликт, инфекция).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острое многоводие.</li> <li>2. Ухудшение состояния беременной или плода.</li> <li>3. Признаки гипоксии плода.</li> <li>4. Гипотрофия плода.</li> <li>5. Проведение инвазивных методов диагностики.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</li> <li>3. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) КТГ, доплерометрия в динамике.</li> <li>2) Консультация врача-генетика (биопсия хориона, плаценты амниоцентез, кордоцентез).</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медикаментозная терапия.</li> <li>2. Пренатальные методы хирургического лечения.</li> <li>3. Амниоцентез.</li> <li>4. Кордоцентез.</li> <li>5. Подготовка к родоразрешению.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Досрочное родоразрешение (острое многоводие, ухудшение состояния беременной или плода, признаки гипоксии плода, синдром задержки роста плода).</li> <li>2. Родоразрешение в срок.</li> </ol>

<p>оболочек O41.9 Нарушение амниотической жидкости и плодных оболочек неуточненное P01.2 Поражения плода и новорожденного обусловленные олигогидрамнио ном P01.3 Поражения плода и новорожденного обусловленные полигидрамнио ном</p>	<p>повреждения плода».</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Обследование в соответствии с рубрикой «инфекции».</li> <li>6. Обследование в соответствии с рубрикой «беременность с резус-иммунизацией».</li> <li>7. УЗИ для определения объема околоплодных вод (определение индекса амниотической жидкости).</li> <li>8. Дополнительно: консультация врача-генетика, врача-эндокринолога.</li> </ol>					
<p>Предлежание плаценты без кровотечения  O44.0 предлежани плаценты, уточненное как без кровотечения P02.0 Поражения плода и новорожденного, обусловленные предлежанием плаценты</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</li> <li>2. При постановке диагноза консультация в акушерском стационаре третьей группы для составления дальнейшего плана ведения и наблюдения.</li> </ol>	<p>См. «Ведение беременности при физиологическом течении».</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O44.1 Предлежание плаценты с кровотечени-ем.</li> <li>2. P02.0 Поражения плода и новорожден- ного, обусловлен-ные предлежанием плаценты.</li> <li>3. P02.1 Поражения плода и</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. Осмотр врача- акушера- гинеколога при развернутой операционной.</li> <li>3. Пульс, АД, частота дыхания,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. При остановивш емся кровотечен ии перевод в акушерский стационар третьей группы (при сроке менее 34 недель).</li> <li>2. Наложение профилактик</li> </ol>	<p>Родоразрешение в зависимости от клинической ситуации.</p>

			<p>новорожденного, обусловленные другими осложнениями, связанными с отделением плаценты и кровотечением.</p> <p>4. O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.</p> <p>5. P20.0 Внутриутробная гипоксия, впервые отмеченная до начала родов.</p> <p>6. P20.9 Внутриутробная гипоксия неуточненная.</p> <p>7. Плановая госпитализация для родоразрешения в 34-35 недель.</p>	<p>температура тела.</p> <p>4. УЗИ органов малого таза + доплерометрия.</p> <p>5. УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>6. Оценка состояния плода. КТГ, непрерывная КТГ.</p> <p>7. Комплекс исследований при проведении трансфузии.</p> <p>8. Магнитно-резонансная томография (далее - МРТ) матки во время беременности и послеродовое УЗИ вагинальным датчиком.</p> <p>9. При подозрении на placenta accreta, increta, percreta МРТ.</p>	<p>ического шва на шейку матки.</p> <p>3. Медикаментозная терапия и сроки родоразрешения в зависимости и от осложнений.</p> <p>4. Если плод живой и гестационный срок менее 34 недель — консервативная тактика (профилактика РДС).</p> <p>5. Глюкокортикоиды (профилактика РДС) в сроке до 34 недель (при O44.1).</p> <p>6. Если плод живой и гестационный срок 34—37 недель консервативная</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					<p>тактика.</p> <p>7. Токолиз Токолитически е препараты назначают в режиме монотерапии. Дигидропириди новые производные (нифедипин).</p> <p>8. Если плод живой и доношенны й — подготовка к плановому оперативно му родоразре шению (рассмотре ть вопрос об эмболизаци и сосудов матки).</p> <p>9. Если плод мертвый или с явными аномалиям и развития при любом сроке гестации — подготовка к родоразре шению (при</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					полном предлежании - оперативным путем). См. выше пункт 4 «при живом плоде».	
					10. Способ родоразрешения – кесарево сечение.	
Инфекции мочеполовых путей при беременности						
Бессимптомная бактериурия O23.0 Инфекция почек при беременности O23.1 Инфекция мочевого пузыря при беременности O23.2 Инфекция уретры при беременности O23.3 Инфекция других отделов мочевых путей при беременности O23.4 Инфекция мочевых путей при беременности неуточненная O23.9 Другая и	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой В.</li> <li>2. Диагностика бессимптомной бактериурии более <math>10^5</math> КОЕ/мл.</li> <li>3. Мазок на флору и степень чистоты (при выявлении бактериурии).</li> <li>4. Посев средней порции мочи и отделяемого влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам.</li> <li>5. Клинический анализ крови.</li> <li>6. Анализ мочи по Нечипоренко,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антибактериальная терапия.</li> <li>2. Спазмолитическая терапия.</li> <li>3. Питьевой режим.</li> <li>4. Фитотерапия.</li> <li>5. Позиционная терапия.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Госпитализация в урологический стационар: при необходимости уточнения диагноза и стадии процесса, отсутствии эффекта от проводимой терапии, ухудшении состояния (снижение функции почек).</li> <li>2. Госпитализация в акушерский стационар: при присоединении преэклампсии, ухудшении состояния плода, в 38 недель -</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. При осложненных формах пиелонефрита биохимический анализ крови: триглицериды, электролиты, альбумин, печеночные ферменты, коагулограмма, гемостазиограмма, суточная протеинурия, ЭКГ.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Позиционная терапия.</li> <li>2. Инфузионная терапия.</li> <li>3. Антибактериальная терапия (деэскалационный подход).</li> <li>4. Спазмолитическая терапия.</li> <li>5. Фитотерапия.</li> <li>6. Стентирование почки / микростома.</li> <li>7. Питьевой режим.</li> </ol> <p>При выписке:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Культураль</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Досрочное родоразрешение (в интересах матери и (или) плода при отсутствии эффекта от лечения).</li> <li>2. Родоразрешение в срок.</li> </ol>



<p>неуточненная инфекция мочеполовых путей при беременности Р00.1 Поражения плода и новорожденного, обусловленные болезнью почек и мочевых путей у матери</p>	<p>Зимницкому, проба Реберга.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, мочевая кислота, креатинин).</li> <li>8. Контроль АД, диуреза.</li> <li>9. УЗИ почек и мочевыводящих путей.</li> <li>10. УЗИ почек плода в 20-24 недели.</li> <li>11. Консультация врача-уролога.</li> </ol>		<p>для решения вопроса о родоразрешении.</p>	<p>3. При осложненных формах - лучевые методы диагностики во II-III триместре.</p> <p>Лучевая экспозиция менее чем в 5 РАД не вызывает увеличения аномалий плода и не является показанием к прерыванию беременности! Однако, у беременных женщин предпочтительнее УЗИ и МРТ.</p>	<p>ное исследование мочи 1 раз в 2 недели до родоразрешения. При двух отрицательных результатах – 1 раз в месяц.</p> <p>При осложненных формах пиелонефрита:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Комбинированная внутривенная антибактериальная терапия.</li> <li>2. Оперативное лечение: нефрэктомия, или санация гнойно-некротических очагов с их удалением, декапсуляцией почки и проведением нефростомии, дренирован</li> </ol>	
---	---	--	--	--	---	--

					ием забрюшинного пространства. 3. Плазмаферез (в случае полиорганной недостаточности).	
<p>O23.5 Инфекция половых путей при беременности</p> <p>O23.9 Другая и неуточненная инфекция мочеполовых путей при беременности</p> <p>O98 Инфекционные и паразитарные болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мазок на флору и степень чистоты.</li> <li>2. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы.</li> <li>3. Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на хламидии.</li> <li>4. Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на микоплазму.</li> <li>5. Бактериологическое</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антибактериальная терапия местного и системного применения</li> <li>2. Противогрибковые препараты для местного применения.</li> <li>3. Средства, нормализующие микрофлору кишечника.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Отсутствие эффекта от проводимой терапии.</li> <li>2. Осложненное течение.</li> <li>3. Ухудшение состояния беременной женщины или плода.</li> <li>4. Родоразрешение.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Мазок на флору и степень чистоты.</li> <li>2. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы</li> <li>3. Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>).</li> <li>4. Проба с КОИ.</li> <li>5. Кольпоскопия по показаниям.</li> <li>6. Консультации специалистов: а) врача-дермато-</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антибактериальные препараты для лечения гинекологических заболеваний системного применения.</li> <li>2. Противогрибковые препараты для системного применения.</li> <li>3. Иммунные сыворотки и иммуноглобулины.</li> </ol>	Родоразрешение в срок

	<p>исследование отделяемого женских половых органов на гонококк.</p> <p>6. Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды.</p> <p>7. Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам.</p> <p>8. Паразитологическое исследование влагалищного отделяемого на атрофозоиты трихомонад.</p> <p>9. Проба с КОН</p> <p>10. Кольпоскопия</p> <p>11. Консультации врачей-специалистов:</p> <p>а) врач-инфекционист, б) врач-дерматовенеролог.</p>			венеролога; б) врача-инфекциониста.		
Переносная	1. Обследование в		Госпитализация для	См. рубрику	1. Индукция	Родоразрешение.

<p>беременность</p> <p>О48 Переношенная беременность</p>	<p>соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Определение зрелости шейки матки.</li> <li>3. УЗИ с определением индекса амниотической жидкости.</li> <li>4. КТГ, доплерометрия после предполагаемого срока родов.</li> </ol>		<p>родоразрешения (при сроке беременности 41 неделя и более в акушерский стационар второй (третьей) группы.</p>	<p>«Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). УЗИ с определением ИАЖ, КТГ, доплерометрия после предполагаемого срока родов.</p>	<p>родов после уточнения сроков беременности (предпочти тельно не ранее 41 недели).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Медикаментозные методы подготовки недостаточно зрелой шейки матки (простагландины, антипрогестины).</li> <li>3. Механические методы (ламинарии, катетер Фоллея).</li> <li>4. При готовности родовых путей – родовозбуждение амниотомией.</li> <li>5. При отказе от индукции родов предлагается влагалищн</li> </ol>	
--	--	--	---	---	---	--

					ое исследование с целью отслаивания нижнего полюса плодного пузыря.	
<p>Герпес беременных</p> <p>O26.4 Герпес беременных A60</p> <p>Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция [herpes simplex] A60.0</p> <p>Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта A60.1</p> <p>Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки A60.9</p> <p>Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</li> <li>2. Мазок ПЦР из цервикального канала на вирус простого герпеса.</li> <li>3. Мазок ПЦР с эрозивно-язвенных поверхностей на вирус простого герпеса.</li> <li>4. Серологическая диагностика: IgG, М, индекс avidности IgG.</li> <li>5. Консультация врача-дерматовенеролога.</li> <li>6. Обследование в соответствии с рубрикой «Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода».</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Противовирусные средства с 36 недель (ацикловир).</li> <li>2. Местно – противогерпетические мази.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Генерализация инфекции и развитие осложнений.</li> <li>2. Ухудшение состояния матери и плода.</li> <li>3. Родоразрешение.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. УЗИ + доплерометрия после 30 недель, КТГ в динамике.</li> <li>3. Мазок ПЦР из цервикального канала на вирус простого герпеса.</li> <li>4. При развитии осложнений консультации врачей-специалистов: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) врача-терапевта,</li> <li>б) врача-офтальмолога,</li> <li>в) врача-невролога,</li> <li>г) врача-оториноларинголога</li> </ol> </li> </ol>	<p>Во время беременности (после 30 недель) и активных клинических проявлениях:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Противовирусные средства (ацикловир)</li> <li>2. Иммуноглобулин.</li> <li>3. Местно противогерпетическая мазь.</li> <li>4. Антибиотик и широкого спектра действия при развитии вторичных осложнений и генерализованной манифестации.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Родоразрешение в «холодный» период по акушерской ситуации. При наличии клинических проявлений активизации заболевания плодный пузырь не должен вскрываться ранее чем за 4-6 часов до родоразрешения.</li> <li>2. Родоразрешение при клинически активной, манифестной форме (первичная, рецидивная): в сроке родов - кесарево сечение в плановом порядке и при излитии околоплодных</li> </ol>

						вод не более 6 часов. При безводном промежутке более 6 часов - через естественные родовые пути. Далее – по акушерской ситуации + противовирусная терапия. 3. Обследование новорожденного и определение показаний для превентивного лечения.
Папиллома-вирусная инфекция  A63 Другие болезни, передающиеся преимущественно половым путем, не классифицированные в других рубриках A63.8 Другие уточненные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем B97.7	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</li> <li>2. Осмотр вульвы, влагалища, шейки матки.</li> <li>3. Цитологическое исследование шейки матки.</li> <li>4. При обнаружении экзофитных образований, эрозии шейки матки кольпоскопия.</li> <li>5. При дисплазии шейки матки II-III биопсия шейки матки с гистологическим</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Криотерапия при небольших перианальных и генитальных бородавках.</li> <li>2. Электроэксцизия.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Госпитализация для хирургического лечения (удаления обширных кондилом).</li> <li>2. Родоразрешение.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. Дополнительно: при выявлении высокоонкогенных штаммов цитология.</li> </ol>	При обширных кондиломах – хирургическое удаление или электроэксцизия.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Родоразрешение в срок.</li> <li>2. При обширных генитальных кондиломах оперативное родоразрешение (для профилактики кондиломато-за гортани новорожденного).</li> </ol>

Папилломави- русы как возбудители болезней, классифици- рованных в других рубриках	исследованием. 6. По показаниям - консультация врача-онколога.					
Цитомегало- вирусная инфекция  B25. Цитомегало- вирусная болезнь. B25.0. Цитомегало- вирусная пневмония. B25.1. Цитомегало- вирусный гепатит. B25.2. Цитомегало- вирусный панкреатит. B25.8. Другие цитомегало- вирусные болезни. B25.9. Неуточненная цитомегало- вирусная болезнь. O35.3. Поражение плода (предполагае- мое) в результате	1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. УЗИ + доплерометрия, фетометрия в динамике (микроцефалия, гепатомегалия, гидроцефалия, пороки). 3. ПЦР крови, мочи. 4. Антитела к цитомегаловирус у (Ig G, M), индекс avidности IgG. 5. ИФА по показаниям. 6. Консультации врача- аллерголога- иммунолога, врача- инфекциониста. 7. КТГ в динамике после 33 недель. 8. Обследование в соответствии с рубрикой «Медицинская помощь матери при установлен-		Родоразрешение	1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза). 3. УЗИ + доплерометрия после 30 недель, КТГ в динамике. 4. УЗИ на выявление пороков развития у плода (22 недели).	Подготовка к родоразрешени ю.	Родоразрешение через естественные родовые пути.  Новорожденному при подтвержденном диагнозе специфический иммуноглобулин.

вирусного заболевания матери, требующее предоставления медицинской помощи матери.	ных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода».					
Урогенитальный кандидоз B37.3+ Кандидоз вульвы и вагины (N77.1*) B37.4+ Кандидоз других урогенитальных локализаций	1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов. 3. Микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на кандиды. 4. При наличии клинических проявлений со стороны урологического тракта: а) анализ мочи (анализ мочи по Нечипоренко); б) бактериологический анализ мочи + чувствительность к антибиотикам; в) консультация врача-уролога.	Топические азолы местного применения			Перед родами – профилактика неонатального кандидоза.	Родоразрешение через естественные родовые пути.
Микоплазмоз						
A64 Болезни, передаваемые половым путем,	1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2,	1. Азалиды (азитромицин). 2. Полусинтетическ	1. Отсутствие эффекта от проводимой	См. рубрику «Базовый спектр обследования	1. Антибактериальная терапия.	Родоразрешение через естественные родовые пути.



неуточненные	<p>А3. 2. ПЦР + чувствительность к антибиотикам.</p> <p>Показания к обследованию на <i>M. genitalium</i>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) воспалительные процессы в нижних отделах мочеполового тракта;</li> <li>2) наличие осложнений (воспалительные заболевания органов малого таза (далее – ВЗОМТ), бесплодие и др.);</li> <li>3) обследование полового партнера пациента с обнаруженной <i>M. genitalium</i>;</li> <li>4) обследование женщин при планировании и во время беременности.</li> </ol> <p>Показания к обследованию на другие микоплазмы (<i>U. urealyticum</i>, <i>U. parvum</i>, <i>M. hominis</i>):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) наличие клинико-лабораторных признаков воспалительного</li> </ol>	<p>ие пенициллины (амоксцилин).</p>	<p>терапии.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Ухудшение состояния беременной женщины или плода.</li> </ol>	<p>беременных женщин» (в стационарных условиях).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Терапия, направленная на пролонгирование беременности.</li> </ol>	
--------------	--	-------------------------------------	--	--	---	--

	<p>процесса органов уrogenитального тракта при отсутствии патогенных микроорганизмов;</p> <p>2)отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (невынашивание беременности, бесплодие, перинатальные потери и др.);</p> <p>3)осложнённое течение настоящей беременности, предполагающее возможное инфицирование плода.</p> <p>При наличии клинических проявлений со стороны урологического тракта:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. общий анализ мочи (анализ мочи по Нечипоренко);</li> <li>2. бактериологический анализ мочи + чувствительность к антибиотикам;</li> <li>3. консультация врача-уролога.</li> </ol>					
A55 Хламидийная	1. Обследование в соответствии с	1. Антибиотикотерапия после 12	Плановое родоразрешение	В сроке 36-37 недель и при	1. В 36-37 недель	1. Родоразрешение в срок.

<p>лимфогранулёма (венерическая). A56 Другие хламидийные болезни, передаваемые половым путём. A56.0 Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполовой системы. A56.1+ Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов. A56.2 Хламидийная инфекция мочеполовой системы неуточнённая. A56.3 Хламидийная инфекция аноректальной области. A56.4 Хламидийный фарингит. A56.8 Хламидийные инфекции, передаваемые половым путём, другой</p>	<p>рубрикой A1, A2, A3. 2. Обследование в соответствии с рубрикой В. 3. При наличии цервицита, воспалительных заболеваний органов малого таза, уретрита обследование на хламидиоз. 4. ПЦР метод исследования мазка из цервикального канала. 5. При положительной ПЦР кровь из вены на: а) антитела IgM, IgA, IgG к хламидийным антигенам; б) определение хламидийного антигена в крови. 6. Через 3 - 4 недели после окончания терапии контроль излеченности (ПЦР метод). 7. В 36-37 недель (у пролеченных ранее) - обследование см. пункт 5. У не леченных п. 5.</p>	<p>недель (макролиды, полусинтетические пенициллины) при наличии клинических проявлений инфекции. 2. В 36-37 недель антибактериальная терапия с лечебной целью для профилактики интранатального инфицирования плода.</p>		<p>подготовке к родам дополнительно обследование на выявление: 1. Метод амплификации нуклеиновых кислот. 2. ПЦР метод, лигазная цепная реакция (далее – ЛЦР), метод ДНК-гибридизации. 3. ПЦР в реальном времени.</p>	<p>антибактериальная терапия с лечебной целью для профилактики интранатального инфицирования плода. 2. Кормящим (не пролеченным) макролиды.</p>	<p>2. Обследование новорожденных (соскоб с конъюнктивы, посев из носоглотки) на хламидии. 3. В послеродовой период у непролеченных антибактериальная терапия макролидами с последующим контролем через 3-4 недели. 4. При выявлении хламидий у новорожденных назначение антибактериальной терапии (эритромицин).</p>
--	--	--	--	--	---	--

локализации.						
Инфекционные и паразитарные болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период. Включено: перечисленные состояния, осложняющие беременность, отягощенные беременностью или являющиеся показанием для акушерской помощи При необходимости идентифицировать конкретное состояние используют дополнительный код (класс I).						
O98.0 Туберкулез, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период	Критерии, по которым беременным необходимо проводить консультации врача-фтизиатра и профилактическое противотуберкулёзное лечение: 1. Величина туберкулиновой пробы. 2. ВИЧ статус. 3. Иммунный статус. 4. Контакт с больным активной формой туберкулёза. Профилактическое противотуберкулёзное лечение во время беременности показано: 1. ВИЧ-инфицированным, контактировавшим с больным активной формой туберкулёза. 2. ВИЧ-инфицированным с результатом туберкулиновой пробы более 5 мм (риск активной формы туберкулеза в течение года 8%). 3. Беременные с результатом туберкулиновой пробы более 5 мм, контактировавшие в недавнем времени с больным активной формой туберкулёза (риск активной формы туберкулеза в течение года 0,5%). 4. Беременные с результатом туберкулиновой пробы более 10 мм, но при положительных результатах рентгенографии лёгких. При отрицательных результатах лечение откладывается до послеродового периода (по прошествии 3-6 месяцев после родов - изониазид в течение года). Беременным, у которых туберкулиновая проба стала положительной в последние два года: риск активной формы туберкулеза в течение года 3%. Препараты для противотуберкулёзной профилактики: изониазид. Рекомендуется дополнительный прием пиридоксина.					
	1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. Ведение совместно с врачом-фтизиатром и смежными врачами-специалистами. 3. Туберкулиновая проба. 4. Рентгенография лёгких после I триместра (назначение врача-фтизиатра). 5. Анализ крови на	Направление в противотуберкулёзный диспансер для постановки на учет и лечения.	1. Госпитализация в профильный стационар (противотуберкулёзный диспансер) определяется врачом-фтизиатром. 2. Госпитализация в акушерский стационар: осложнения течения беременности; ухудшение состояния плода, ухудшение состояния	1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Дополнительно: а) УЗИ + доплерометрия; б) КТГ плода / плодов после 33 недель в динамике. Беременным с положительным результатом пробы, с симптоматикой (кашель,	Профилактическое лечение (изониазид, пиридоксин)	1. Срок и способ родоразрешения определяется акушерской ситуацией. 2. Ношение матерью маски. 3. При активной форме туберкулеза за

	<p>ВИЧ. 6. УЗИ печени у плода (новорожденного).</p>		<p>матери, активная форма туберкулеза.</p>	<p>продолжающийся не менее 3 недель, наличие крови в мокроте, ночная потливость, потеря веса и лихорадка) вне зависимости от результата пробы:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) при выявлении микобактерий туберкулеза - проба на чувствительность к химиотерапевтическим препаратам и начало лечения;</li> <li>2) общий анализ крови, мочи;</li> <li>3) АСТ, АЛТ, билирубин, щелочная фосфатаза, креатинин и количество тромбоцитов;</li> <li>4) ежемесячно микроскопическое и культуральное исследование мокроты (в условиях противотуберкулезного диспансера).</li> </ol>		<p>ое пребывание матери и новорожденного</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. На 3-4 дни жизни введение вакцины БЦЖ новорожденному.</li> <li>5. Новорожденным от матерей, получающих лечение, следует провести туберкулиновую пробу после рождения и три месяца спустя.</li> <li>6. Грудное вскармливание не противопоказано при терапии изониазидом, пирозинамидо</li> </ol>
--	---	--	--	---	--	--

						<p>м, этамбуто- лом и рифам- пицином.</p> <p>7. Новорож- денному от матери с активной формой туберкулё за следует назначать изониазид для профи- лактики инфициро- вания и вводить изониазид - резистент -ную форму БЦЖ.</p> <p>Медицинском у персоналу, участвовавше му в ведении и родоразреше нии беременной с активной формой туберкулёза, необходимо проведение</p>
--	--	--	--	--	--	--

						кожной пробы Манту сразу и через 12 недель после контакта. УЗИ печени новорожденн о-го.
О98.1 Сифилис, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>2. При положительной качественной пробе (реакция Вассермана): <ol style="list-style-type: none"> <li>а) трепонемные тесты;</li> <li>б) консультация и наблюдение врача-дерматовенеролога в течение всей беременности и послеродовом периоде.</li> </ol> </li> <li>3. Первичное специфическое и профилактическое лечение по назначению врача-дерматовенеролога.</li> <li>4. Профилактика врожденного сифилиса с 16 недель.</li> <li>5. Консультации врачей-специалистов:</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Направление в кожно-венерологический диспансер для постановки на учет и лечения препаратами пенициллинов (основного или профилактического курсов).</li> <li>2. Лечение полового партнера.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осложнения течения беременности.</li> <li>2. Ухудшение состояния плода.</li> </ol>	См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).	Лечение совместно с врачом-дерматовенерологом	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Срок и способ родоразрешения определяется акушерской ситуацией</li> <li>2. Забор крови новорожденного на серологический статус производится в родовом зале.</li> <li>3. Профилактическое лечение новорожденного (положительные серологические реакции у матери</li> </ol>

	а) врача-невролога; б) врача-терапевта; в) врача-офтальмолога; г) врача-оторино-ларинголога.					после лечения). 4. Лечение врожденного сифилиса (если мать не получала специфического лечения).
О98.2 Гонорея, осложняющая беременность, деторождение или послеродовой период	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>2. Скрининговая микроскопия влагалищного мазка.</li> <li>3. При положительном результате микроскопическое исследование отделяемого влагалища, уретры, прямой кишки.</li> <li>4. При положительном результате – консультация врача-дерматовенеролога.</li> <li>5. Бактериологический посев на гонококк с определением чувствительности</li> </ol>	Лечение совместно с врачом-дерматовенерологом. Антибактериальная терапия беременной и полового партнера (цефалоспорины II и III поколения).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осложнения течения беременности.</li> <li>2. Ухудшение состояния плода.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. При наличии жалоб со стороны мочевого тракта: а) консультация врача-уролога; б) общий анализ мочи / анализ мочи по Нечипоренко.</li> <li>3. При сепсисе, вызванном <i>Neisseria gonorrhoeae</i>: а) бактериологический анализ крови + посев на чувствительность к антибиотикам.</li> </ol>	Антибактериальная терапия не леченным (цефалоспорины 2, 3 поколения, макролиды, пенициллины)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Родоразрешение в срок.</li> <li>2. Лечение новорожденного (профилактика гонорейного конъюнктивита у родившихся от матерей с гонореей): мазь эритромициновая 0,5%, тетрациклин-новая 1% однократно.</li> </ol>



	<p>к антибиотикам.</p> <p>6. Контрольное обследование через 3 недели после лечения.</p> <p>7. Обследование полового партнера.</p> <p>8. Общий анализ мочи.</p> <p>9. Консультация врача-уролога.</p>					
<p>О98.3 Другие инфекции, передаваемые преимущественно половым путем, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период</p>	<p>Микоплазмоз (M. Genitalium, на U. urealyticum, U. parvum, M. hominis):          Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.          Показания к обследованию:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Воспалительные процессы в нижних отделах мочеполового тракта.</li> <li>2. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (невынашивание беременности, бесплодие, ВЗОМТ, перинатальные потери и др.).</li> <li>3. Исследование мазка из цервикального канала на микоплазму</li> </ol>	<p>1. Антибактериальная терапия беременной и полового партнера при наличии клинических проявлений инфекции и при обнаружении M. genitalium:          а) макролиды;          б) полусинтетические пенициллины.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осложнения течения беременности.</li> <li>2. Ухудшение состояние плода.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. Дополнительно:              а) мазок из цервикального канала на микоплазму методом МАНК или (ПЦР, ЛЦР);              б) через 3 недели после лечения повторить МАНК              При наличии жалоб со стоны мочевого тракта:              1) консультация врача-уролога;              2) общий анализ мочи /анализ мочи по Нечипоренко.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Этиотропная терапия (макролиды).</li> <li>2. Полусинтетические пенициллины.</li> <li>3. Терапия, направленная на пролонгирование беременности и.</li> </ol>	<p>Родоразрешение в срок.</p>

	<p>методом амплификации нуклеиновых кислот (далее – МАНК).</p> <p>4. Обследование и лечение полового партнера в условиях кожно-венерологического диспансера (МАНК).</p>					
<p>О98.4 Вирусный гепатит, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>2. При положительном HBsAg анализ крови на HBeAg и ДНК HBV.</li> <li>3. При положительном анти-HCV анализ ПЦР крови на РНК HCV.</li> <li>4. Биохимический анализ крови (билирубин, АСТ, АЛТ, гамма-глутамилтранспептидаза, холестерин, щелочная фосфатаза, фракции белка).</li> <li>5. Гемостазиограмма, коагулограмма.</li> <li>6. Консультация врача-инфекциониста,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диета.</li> <li>2. Гепатопротекторы.</li> <li>3. Витамины.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Острый гепатит, обострение хронического гепатита госпитализация в инфекционный стационар.</li> <li>2. Тяжелое состояние беременной, обусловленное нарушением функции печени госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии многопрофильного стационара.</li> <li>3. Сочетанная акушерская патология, ухудшение состояния плода госпитализация в акушерский стационар третьей группы.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) Ig M, G;</li> <li>б) УЗИ печени, желчного пузыря по назначению врачей-специалистов.</li> </ol> </li> </ol>	<p>Совместно с врачом-инфекционистом, врачом-гастроэнтерологом:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Кристаллоиды.</li> <li>2. Трансфузия свежезамороженной плазмы.</li> <li>3. Криопреципитат.</li> <li>4. Препараты для парентерального питания.</li> <li>5. Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота).</li> <li>6. Факторы свертывания крови.</li> <li>7. Препараты плазмы крови и плазмозамещ</li> </ol>	<p>Сроки родоразрешения сроки и методы родоразрешения определяют функцию печени и активностью вирусного гепатита. При активном процессе - плановое кесарево сечение при целом плодном пузыре.</p>

	<p>врача-гастроэнтеролога.</p> <p>7. УЗИ + доплерометрия после 30 недель, КТГ в динамике.</p> <p>8. УЗИ печени и желчного пузыря.</p>				<p>ающие препараты.</p> <p>8. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз.</p> <p>9. Цефалоспорины.</p> <p>10. Растворы электролитов.</p> <p>11. Алкалоиды белладонны.</p> <p>12. Нестероидные противовоспалительные.</p> <p>13. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные).</p> <p>14. Ингибиторы протеолиза.</p> <p>15. Гепатопротекторы / мембранопротекторы.</p> <p>16. Специфический иммуноглобулин.</p> <p>17. Витамины.</p> <p>18. Вакцина генноинженерная.</p> <p>19. Интерфероны.</p> <p>20. При гепатите В (активный) -</p>	
--	---	--	--	--	--	--

					<p>специфический иммуноглобулин.</p> <p>21. При носительстве HBsAg вакцинация.</p> <p>22. При активном вирусном гепатите В в первые два часа после родов - специфический иммуноглобулин. Далее – вакцинация по схеме.</p> <p>23. При осложненном течении:</p> <p>а) лечение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (далее – ДВС-синдром);</p> <p>б) лечение печеночной недостаточности.</p>	
<p>О98.5 Другие вирусные болезни, осложняющие беременность, деторождение или</p>	<p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. ИФА метод на IgG, IgM к вирусу Эпштейна-Барра,</p>	<p>1. Введение иммуноглобулина после 12 недель беременности.</p> <p>2. Симптоматическая терапия.</p> <p>3. Антибактериальная</p>	<p>1. Ухудшение состояние матери / плода.</p> <p>2. Лихорадка более 7 дней.</p> <p>3. Необходимость использования</p>	<p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных</p>	<p>1. Ведение иммуноглобулина после 12 недель.</p> <p>2. Дезинтоксикационная терапия.</p>	<p>Родоразрешение в срок.</p>

<p>послеродовой период (вирус Эпштейна-Барра, парвовирус В 19)</p>	<p>парвовирус В 19.</p> <p>3. При положительном результате анализ крови на ПЦР к ДНК вирус.</p> <p>4. Консультация врача-инфекциониста.</p> <p>5. УЗИ + доплерометрия после 30 недель, КТГ в динамике.</p>	<p>терапия при лихорадке более 7 дней и наличии вторичных осложнений.</p>	<p>инвазивных методов пренатальной диагностики.</p> <p>4. Родоразрешение.</p>	<p>условиях).</p> <p>2. См. соответствующие рубрики.</p> <p>3. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</p> <p>4. Дополнительно: инвазивная пренатальная диагностика: амниоцентез, кордоцентез (20-24 недели), биопсия хориона (12-14 недели).</p>	<p>3. Симптоматическая терапия.</p> <p>4. При тяжелом течении и длительной лихорадке:</p> <p>а) препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты;</p> <p>б) пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз;</p> <p>в) цефалоспорины;</p> <p>г) растворы электролитов;</p> <p>д) нестероидные противовоспалительные;</p> <p>е) антикоагулянты прямые (гепарин и его производные);</p> <p>ж) ингибиторы протеолиза;</p> <p>з) интерфероны.</p>	
<p>О98.6 Протозойные инфекции, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период</p>	<p>Токсоплазмоз:</p> <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. Показания к обследованию: результаты скрининга, перинатальные</p>	<p>1. Профилактика: употребление в пищу мяса, прошедшего только адекватную тепловую обработку, мытье рук после приготовления мяса, использование перчаток при контакте с землей и</p>	<p>1. Ухудшение состояние матери / плода.</p> <p>2. Лихорадка более 7 дней.</p> <p>3. Угроза самопроизвольного выкидыша.</p> <p>4. Пренатальная диагностика</p>	<p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <p>2. См. рубрику «привычное</p>	<p>1. Антипротозойные препараты с 12 недель.</p> <p>2. Антибактериальные препараты с 12 недель (спиромицин).</p> <p>3. Дезинтоксика</p>	<p>Родоразрешение в срок. Обследование новорожденного на антитела к токсоплазме IgM.</p>

	<p>потери, пороки развития.</p> <p>3. При положительном результате ИФА антитела к токсоплазме IgG, IgM - динамика нарастания титра антител к IgG при положительном IgM.</p>	<p>экскрементами домашних животных.</p> <p>2. Антипротозойные препараты с 12 недель.</p> <p>3. Антибактериальные препараты с 12 недель (спиромицин).</p> <p>4. Фолиевая кислота на протяжении всей беременности.</p> <p>5. Дезинтоксикационная терапия.</p> <p>6. Симптоматическая терапия.</p>	<p>(анализ крови плода на токсоплазму).</p>	<p>невынашивание беременности». 3. Дополнительно: консультация врача-невролога, врача-инфекциониста.</p>	<p>ционная терапия.</p> <p>4. Симптоматическая терапия.</p> <p>5. Пренатальная диагностика (анализ крови плода на токсоплазму).</p> <p>6. Введение иммуноглобулина после 12 недель.</p>	
<p>О98.8 Другие инфекционные и паразитарные болезни матери, осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период</p>	<p>Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3 Листериоз:</p> <p>1. Показания к обследованию: лихорадка неясной этиологии, репродуктивные потери, пороки развития.</p> <p>2. Анализ крови на антитела к листериозу, IgG, IgM</p> <p>3. При положительном результате ИФА антител к листериозу IgG, IgM - анализ крови ПЦР на листериоз.</p> <p>4. УЗИ + доплерометрия после 30 недель, КТГ в динамике.</p> <p>5. УЗИ на выявление</p>	<p>Антибактериальная терапия на любом сроке беременности (пенициллины)</p>	<p>Лихорадка неясной этиологии</p>	<p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <p>2. Дополнительно:</p> <p>1) При положительном результате ИФА антител к листериозу IgG, IgM консультация врача-инфекциониста.</p> <p>2) При подтверждении диагноза листериоза – консилиум врачей, пренатальная диагностика.</p>	<p>1. Симптоматическая терапия.</p> <p>2. Антибактериальная терапия на любом сроке беременности (пенициллины).</p>	<p>Родоразрешение в срок.</p>

	<p>пороков развития у плода.</p> <p>6. При подтверждении диагноза - пренатальная диагностика</p> <p>7. Контроль после лечения - анализ крови на антигены к листериозу методом ПЦР.</p>			<p>3) Контроль после лечения - анализ крови на антигены к листериозу методом ПЦР.</p> <p>4) При неврологической симптоматике консультация врача-невролога.</p> <p>5) Обследование новорожденного на антитела IgM.</p>		
<p>Подозрение на ВИЧ-инфекцию</p> <p>Z20.6 Контакт с больным и возможность заражения вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]</p>	<p>1. Обследование и ведение беременности в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. Обследование на антитела к ВИЧ-1 и ВИЧ-2.</p> <p>3. Молекулярно-биологическое обследование на ДНК или РНК ВИЧ (при получении отрицательного результата обследования на антитела к ВИЧ и наличии данных о половом или парентеральном контакте с больным ВИЧ-инфекцией в течение последних 6</p>	<p>Лечебные мероприятия согласно имеющимся акушерским и гинекологическим показаниям.</p>	<p>Ухудшение состояние матери и плода в связи с течением беременности.</p> <p>Родоразрешение.</p>	<p>1. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</p> <p>2. Обследование на антитела к ВИЧ-1 и ВИЧ-2.</p> <p>3. Использование экспресс-тестов в экстренных случаях.</p> <p>4. Консультация врача-инфекциониста.</p>	<p>В соответствии с причиной госпитализации</p> <p>Химиопротекторика в родах и новорожденному согласно рекомендациям по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку.</p>	<p>Родоразрешение путем кесарева сечения в наблюдательном отделении при отсутствии специализированного родильного дома.</p> <p>После родов не прикладывать к груди и не проводить грудного вскармливания.</p>

	4. Консультация врача-инфекциониста.					
<p>Положительный результат лабораторного обследования на ВИЧ</p> <p>R75 Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека [ВИЧ]</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование и ведение беременности в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>2. Консультация врача-инфекциониста и направление в специализированный центр.</li> </ol>	<p>Лечебные мероприятия согласно имеющимся акушерским и гинекологическим показаниям.</p>	<p>Ухудшение состояние матери и плода в связи с течением беременности.</p> <p>Родоразрешение.</p>	<p>См. объем обследования на амбулаторном этапе</p> <p>Консультация врача-инфекциониста и направление в специализированный центр.</p>	<p>В соответствии с причиной госпитализации.</p> <p>Химиопрофилактика в родах и новорожденному согласно рекомендациям по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку.</p>	<p>Родоразрешение путем кесарева сечения в наблюдательном отделении при отсутствии специализированного родильного дома.</p> <p>После родов не прикладывать к груди и не проводить грудного вскармливания.</p>
<p>ВИЧ-инфекция</p> <p>Z21 Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]</p> <p>(B20-B24): Болезнь, вызванная вирусом</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование и ведение беременности в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</li> <li>2. Консультация врача-инфекциониста и направление в специализированный центр.</li> <li>3. Ведение пациентки совместно с врачом-</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лечебные мероприятия согласно имеющимся акушерским и гинекологическим показаниям.</li> <li>2. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности согласно существующим рекомендациям.</li> <li>3. Если беременность наступила на фоне антиретровирусной</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ухудшение состояние матери и плода в связи с течением беременности.</li> <li>2. Клиническое прогрессирование ВИЧ-инфекции.</li> <li>3. Родоразрешение.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</li> <li>2. При наличии вторичных заболеваний их диагностика и лечение совместно с врачом-инфекционистом, терапия.</li> <li>3. Диагностика антенатального</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. В соответствии с причиной госпитализации.</li> <li>2. Лечебные мероприятия согласно имеющимся акушерским и гинекологическим показаниям.</li> <li>3. Химиопрофилактика передачи</li> </ol>	<p>Решение вопроса о способе родоразрешения в зависимости от вирусной нагрузки.</p> <p>Родоразрешение в наблюдательном отделении при отсутствии специализированного</p>



<p>иммунодефицита человека [ВИЧ]</p>	<p>инфекционистом.</p> <p>4. При невозможности пациентки наблюдаться в Центре профилактики и борьбы со СПИД обеспечиваются обследования, необходимые для назначения и проведения химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности (общий и биохимический анализ крови, уровень CD4, анализ уровня РНК ВИЧ (вирусной нагрузки) согласно протоколам и рекомендациям по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку.</p>	<p>терапии ее коррекция с учетом беременности, в случае необходимости.</p> <p>4. При осложненном течении гестационного процесса тактика ведения беременности и терапия не отличается от лечения и ведения неинфицированных женщин.</p> <p>5. При наличии вторичных заболеваний их лечение в соответствии с существующими рекомендациями.</p>		<p>состояния плода см. «Ведение беременности при физиологическом течении».</p> <p>4. При осложненном течении гестационного процесса тактика ведения беременности и терапии не отличается от лечения и ведения неинфицированных женщин.</p>	<p>ВИЧ от матери ребенку во время беременности и, родов и новорожденному согласно существующим рекомендациям.</p> <p>4. При наличии вторичных заболеваний их лечение в соответствии с существующими рекомендациями.</p> <p>5. При осложненном течении гестационного процесса тактика ведения беременности и терапия не отличается от лечения и ведения неинфицированных женщин.</p>	<p>родильного дома.</p> <p>После родов не прикладывать к груди и не проводить грудного вскармливания.</p>
--------------------------------------	---	--	--	--	---	---

III. Беременность и экстрагенитальные заболевания						
O99 Другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период						
<p>Венозные осложнения во время беременности</p> <p>O22.0 Варикозное расширение вен нижних конечностей во время беременности</p> <p>O22.1 Варикозное расширение вен половых органов во время беременности</p> <p>O22.2 Поверхностный тромбофлебит во время беременности</p> <p>O22.3 Глубокий флеботромбоз во время беременности</p> <p>O22.4 Геморрой во время беременности</p> <p>O22.5 Тромбоз церебральных вен во время беременности</p> <p>O22.8 Другие венозные осложнения во время</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анализ крови клинический.</li> <li>2. Гемостазиограмма + Д-димер.</li> <li>3. УЗИ + доплерография вовлеченного участка вен, ангиосканирование (по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга).</li> <li>4. Эхография вен ног (по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга).</li> <li>5. УЗИ органов и сосудов малого таза.</li> <li>6. Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Компрессионное белье (I-II класс компрессии).</li> <li>2. Медикаментозная терапия по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга.</li> <li>3. Мазевые / гелевые нестероидные противовоспалительные и антикоагулянтные препараты.</li> <li>4. Прямые антикоагулянты (низкомолекулярные гепарины).</li> <li>5. Ангиопротекторы во II-III триместрах беременности.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. O22.3 Глубокий флебо-тромбоз во время беременности</li> <li>2. O22.4 Геморрой во время беременности</li> <li>3. O22.5 Тромбоз церебральных вен во время беременности</li> <li>4. O22.8 Другие венозные осложнения во время беременности</li> <li>5. O22.9 Венозное осложнение во время беременности неуточненное</li> <li>6. O87.1 Глубокий флебо-тромбоз в послеродовом периоде.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. См. объем обследования на амбулаторном этапе</li> <li>3. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) Клиническая оценка состояния беременной.</li> <li>б) Оценка состояния плода.</li> <li>в) В процессе ведения: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) общий анализ мочи;</li> <li>2) агрегатограмма;</li> <li>3) коагулограмма;</li> <li>4) УЗИ + доплерография вовлеченного участка вен, ангиосканирование (по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга);</li> <li>г) УЗИ органов брюшной полости по показаниям O87.1.;</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	<p>Медикаментозная терапия в условиях специализированного стационара по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Компрессионное белье (I-II класс компрессии).</li> <li>2. Мазевые / гелевые нестероидные противовоспалительные и антикоагулянтные препараты.</li> <li>3. Прямые антикоагулянты (низкомолекулярные гепарины).</li> <li>4. Дезагреганты.</li> <li>5. Ангиопротекторы во II-III триместрах беременности.</li> <li>6. Физиотерапия.</li> <li>7. Антибиотики широкого спектра действия.</li> <li>8. Инфузионная терапия.</li> <li>9. Оперативное лечение. <ol style="list-style-type: none"> <li>а) В I триместре</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Прерывание беременности / родоразрешение по акушерским показаниям по решению консилиума врачей.</li> <li>2. Родоразрешение: через естественные родовые пути - если тромбоз не представляет опасности с точки зрения возможного возникновения тромбоэмболии легочной артерии (далее – ТЭЛА), а показания к кесареву сечению определяются акушерской</li> </ol>

<p>беременности O22.9 Венозное осложнение во время беременности неуточненное</p>				<p>д) биохимия крови (в том числе - мочевина, креатинин); е) ЭКГ (если не проводилось в III триместре беременности).</p>	<p>беременность может быть продолжена. б) Во II и III триместрах тактика ведения беременности определяется сопутствующими акушерскими осложнениями. в) При развитии тромбозомболически х осложнений (тромбоз глубоких вен, тромбоз флотирующей проксимальнее верхней трети бедр) перевод в стационар по профилю. г) При выявлении флотирующего тромба установка кава-фильтра (по назначению врача- сердечно- сосудистого хирурга).</p>	<p>ситуацией. При этом введение гепарина следует прекратить за 6 часов до ожидаемых родов и возобновить через 6 часов после них. В случае, если имеет место флотирующи й тромб, представляю щий опасность возникнове ния ТЭЛА, то родоразреш ение через естественные родовые пути возможно только после имплантации кава- фильтра. Если кав а-фильтр не установлен, то родоразреш ение выполняют путём кесарева сечения в</p>
--	--	--	--	--	--	---

						сочетании с пликацией нижней полой вены механическим швом на фоне комплексной антитромботической терапии.
Хронические ревматические болезни сердца I05 Ревматические болезни митрального клапана I06 Ревматические болезни аортального клапана I07 Ревматические болезни трехстворчатого клапана I08 Поражения нескольких клапанов I09 Другие ревматические болезни сердца I34 Другие болезни сердца I34 Неревматические поражения	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</li> <li>2. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</li> <li>3. Консультация врача-кардиолога (врача-терапевта) и в дальнейшем динамическое наблюдение.</li> <li>4. Уточнение диагноза и решение вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 недель.</li> <li>5. ЭКГ в каждом триместре и перед родами, а также по показаниям.</li> <li>6. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Специальная физическая подготовка к родам.</li> <li>2. Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки.</li> <li>3. Медикаментозная терапия по назначению врача-кардиолога (врача-терапевта).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. С целью уточнения диагноза и решения вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 недель.</li> <li>2. В 28-32 недели с целью обследования и коррекции проводимой терапии.</li> <li>3. В 38 недель для подготовки к родоразрешению, выбору тактики и способа родоразрешения.</li> <li>4. Обследование и лечение в условиях стационара.</li> <li>5. Ухудшение состояния беременной.</li> <li>6. Появление признаков декомпенсации.</li> <li>7. Осложненное течение беременности</li> <li>8. P00.3 Поражения</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</li> <li>3. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) клиническая оценка состояния беременной;</li> <li>б) оценка состояния плода;</li> <li>в) консультация врача-терапевта / врача-ревматолога;</li> <li>г) в процессе ведения лабораторный спектр по назначению врача-ревматолога / врача-терапевта.</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медикаментозная терапия по назначению врача-кардиолога (врача-терапевта): <ol style="list-style-type: none"> <li>а) сердечной недостаточности;</li> <li>б) легочной гипертензии;</li> <li>в) нарушений ритма сердца;</li> <li>г) пароксизмальных нарушений ритма сердца;</li> <li>д) профилактика тромбозов и тромбозмболий;</li> <li>е) профилактика инфекционного эндокардита.</li> </ol> </li> </ol> <p>При признаках сердечной недостаточности III, IV функционального класса – постельный режим, диуретики, сердечные</p>	<p>По решению консилиума врачей прерывание беременности по медицинским показаниям / досрочное родоразрешение / родоразрешение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ухудшение состояния беременной.</li> <li>2) Появление признаков декомпенсации.</li> <li>3). Осложненное течение беременности.</li> </ol> <p>Родоразрешение через естественные родовые пути</p>

<p>митрального клапана I35 Неревматические поражения аортального клапана I36 Неревматические поражения трехстворчатого клапана I37 Поражения клапана легочной артерии.</p>	<p>7. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (по назначению врача-кардиолога). 8. ЭХОКГ в динамике при появлении клинических признаков декомпенсации. 9. Ревматические пробы (определение титра антигялуруонидазы, анти-О-стрептолизина, дифениламиновая проба, С-реактивный белок, серомукоид и др.). 10. КТГ, доплерометрия в динамике. 11. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38 недель. 12. При необходимости консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга, динамическое наблюдение, хирургическое</p>		<p>плода и новорожденного, обусловленные хроническими болезнями системы кровообращения и дыхания у матери. 9. Прерывание беременности по медицинским показаниям. 10. Досрочное родоразрешение. 11. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</p>	<p>клинических признаков декомпенсации: а) ЭХОКГ в динамике; б) ревматические пробы (определение титра антигялуруонидазы, анти-О-стрептолизина, дифениламиновая проба, С-реактивный белок, серомукоид и др.); в) КТГ, доплерометрия в динамике.</p>	<p>гликозиды, кортикостероиды.  Препараты и группы: Бета-адреноблокаторы Сердечные гликозиды Диуретики Неселективный антагонист эндотелии-новых рецепторов типа ETA и ETB Антагонисты кальция Селективный ингибитор цГМФ-специфической ФДЭ5 Непрямые антикоагулянты Низкомолекулярные гепарины Нефракционированный гепарин Дезагреганты Антиаритмические препараты Антибактериальные препараты При тахиаритмиях, рефрактерных к медикаментозной терапии – радиочастотная абляция атрио-вентрикулярного узла и дополнительных</p>	<p>с решением вопроса о выключении потужного периода (управляемая эпидуральная анестезия / акушерские щипцы), кесарево сечение (акушерские показания). При родоразрешении решение вопроса об инвазивном мониторинге давления в легочной артерии (консилиум врачей).</p>
--	---	--	---	---	--	---

	лечение.				<p>проводящих путей, кардиоверсия, имплантация кардиовертера-дефибриллятора. При брадикардии менее 40 в 1 мин. или асистолии более 2,5 с – имплантация электрокардиостимулятора.</p> <p>При тяжелом митральном или аортальном стенозе – баллонная вальвулопластика, кислородотерапия.</p> <p>2. Медикаментозная терапия для пролонгирования беременности (см. O36.3 O26.2 O60).</p>	
<p>Кардиомиопатия I42 Кардиомиопатия O90.3 Кардиомиопатия в послеродовом периоде</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</li> <li>2. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</li> <li>3. Консультация врача-кардиолога (врача-терапевта) и в дальнейшем динамическое наблюдение (1-2</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Специальная физическая подготовка к родам.</li> <li>2. Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки.</li> <li>3. Медикаментозная терапия по назначению врача-кардиолога (врача-терапевта), включая</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. С целью уточнения диагноза и решения вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 недель.</li> <li>2. В 28-32 недели с целью обследования и коррекции проводимой терапии</li> <li>3. В 38 недель для подготовки к родоразрешению, выбору тактики и способа</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. См. рубрику хронические ревматические болезни.</li> <li>3. В динамике по назначению врача-кардиолога</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медикаментозная терапия по назначению врача-кардиолога (врача-терапевта). <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Бета-адреноблокаторы.</li> <li>2) При дилатационной кардиомиопатии : сердечные гликозиды.</li> <li>3) Диуретики.</li> <li>4) Вазодилататор</li> </ol> </li> </ol>	<p>Досрочное родоразрешение при:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ухудшении и состояния беременной;</li> <li>2. появления признаков декомпенсации;</li> <li>3. осложненном течении</li> </ol>

	<p>раза в месяц), консультация врача-эндокринолога.</p> <p>4. Уточнение диагноза и решение вопроса о возможности вынашивания беременности при сроке до 12 недель.</p> <p>5. ЭКГ в каждом триместре и перед родами, а также по показаниям.</p> <p>6. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.</p> <p>7. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (по назначению врача-кардиолога).</p> <p>8. ЭХО-КГ повторно в динамике при появлении клинических признаков декомпенсации.</p> <p>9. При впервые выявленном поражении клапанного аппарата сердца - ревматические пробы (определение титра антигалиуронида-</p>	<p>антикоагулянтную терапию.</p>	<p>родоразрешения.</p> <p>4. Ухудшение состояния беременной. Появление признаков декомпенсации и осложнений беременности.</p> <p>5. Поражения плода и новорожденного, обусловленные хроническими болезнями системы кровообращения и дыхания у матери.</p> <p>6. Досрочное родоразрешение.</p> <p>7. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</p>	<p>(врача-терапевта): исследование тиреоидных гормонов (ТТГ, свободный Т4, АТ к ТПО) в динамике при тиреотоксической кардиомиопатии</p>	<p>ы.</p> <p>5) Непрямые антикоагулянты.</p> <p>6) Низкомолекулярные гепарины.</p> <p>7) Нефракционированный гепарин.</p> <p>8) Дезагреганты.</p> <p>9) Антиаритмические препараты.</p> <p>При развитии признаков сердечной недостаточности III-IV функционального класса:</p> <p>1) постельный режим,</p> <p>2) кислородотерапия,</p> <p>3) коррекция метаболических нарушений гипонатриемии, гипокалиемии, ограничение потребления воды,</p> <p>4) препараты калия,</p> <p>5) препараты магния,</p> <p>6) ограничение инфузионной терапии</p> <p>При гипертрофической кардиомиопатии избегать:</p>	<p>беременности Р00.3.</p>
--	---	----------------------------------	--	---	--	----------------------------

	<p>зы, анти-О-стрептолизина, дифениламинная проба, С-реактивный белок и др.).</p> <p>10. Исследование тиреоидных гормонов (ТТГ, свободный Т4, АТ к ТПО) в динамике при тиреотоксической кардиомиопатии.</p> <p>11. КТГ, доплерометрия в динамике.</p> <p>12. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38 недель.</p> <p>13. При необходимости консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга, динамическое наблюдение, хирургическое лечение.</p>				<p>1) инотропных средств,</p> <p>2) вазодилататоры,</p> <p>3) адреномиметик и,</p> <p>4) гиповолемии.</p> <p>Консилиум врачей для решения вопроса о прерывании беременности по медицинским показаниям.</p> <p>При угрозе преждевременных родов не использовать адреномиметки, использовать сульфат магния.</p> <p>В послеродовом периоде дополнительно при дилатационной кардиомиопатии:</p> <p>1) Нитропруссид натрия</p> <p>2) Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента</p> <p>3) Добутамин</p> <p>Внутриаортальная баллонная контрпульсация, в самых тяжелых случаях трансплантация</p>	
--	--	--	--	--	---	--



					сердца  2. Медикаментозная терапия для пролонгирования беременности (см. O36.3 O26.2 O60) (кроме верапамила и нифедипина).  При гипертрофической кардиомиопатии спинномозговая и эпидуральная анестезия противопоказаны, применяют ингаляционный наркоз.	
Сахарный диабет при беременности  O24.0 Существовавший ранее сахарный диабет инсулинзависимый O24.1 Существовавший ранее сахарный диабет инсулиннезависимый O24.2 Существовав-	1. УЗИ контроль за динамикой развития плода и его жизнеспособностью. 2. В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и 30 недель и КТГ плода в динамике. 3. УЗИ для определения объема околоплодных вод. 4. Клинический анализ крови, мочи. 5. Гемостазио-	1. Диета (стол №9). 2. Медикаментозное лечение под контролем врача-эндокринолога и врача-терапевта.	1. При первой госпитализации до 10-12 недель - для решения вопроса о целесообразности пролонгирования беременности до 10-11 недель - уточнения диагноза, подбора терапии, компенсации диабета - прерывания беременности. 2. Вторая госпитализация в 21-24 недели для компенсации углеводного обмена. 3. В сроке 32 недели для дальнейшего	1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Дополнительно: а) УЗИ контроль динамики развития плода и его жизнеспособности. б) Клинический спектр в процессе наблюдения. в) ЭКГ при каждой госпитализации. г) При отсутствии протеинурии -	1. Диетотерапия. 2. Медикаментозное лечение - под контролем врача-эндокринолога и врача-терапевта. 1) При сахарном диабете, существовавшем ранее, и по показаниям при гестационном сахарном диабете проводится интенсифицированная инсулино-	Досрочное родоразрешение при декомпенсации и сахарного диабета независимо от срока беременности и неэффективности медикаментозного лечения, присоединении и преэклампсии и других осложнений течения

<p>ший ранее сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания O24.3 Существовавший ранее сахарный диабет неуточненный O24.4 Сахарный диабет, возникший во время беременности O24.9 Сахарный диабет при беременности неуточненный</p>	<p>грамма.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Гликемический профиль.</li> <li>7. Гликированный гемоглобин 1 раз в триместр.</li> <li>8. Самоконтроль гликемии натощак, перед основными приемами пищи и через 1 час после них.</li> <li>9. Контроль кетонов в моче (крови) ежедневно натощак.</li> <li>10. При отсутствии протеинурии - контроль суточной микроальбуминурии 1 раз в триместр.</li> <li>11. Проба Реберга при первой явке и по показаниям.</li> <li>12. Суточная протеинурия и глюкозурия по назначению врача-эндокринолога.</li> <li>13. Бактериологический посев мочи в 16 недель и по показаниям.</li> <li>14. Консультация врачей-специалистов: а) врача-эндокринолога (врача-терапевта);</li> </ol>		<p>мониторинга течения беременности и сахарного диабета.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Декомпенсация сахарного диабета при любом сроке беременности.</li> <li>5. Ухудшение состояния плода.</li> <li>6. Присоединение пре-эклампсии</li> <li>7. Угроза прерывания беременности.</li> <li>8. В 36-37 недель для решения вопроса о родоразрешении.</li> </ol>	<p>контроль суточной микроальбуминурии 1 раз в триместр.</p> <p>д) Консультации смежных врачей-специалистов:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) врача-офтальмолога,</li> <li>2) врача-невролога (для оценки степени тяжести диабетической нейропатии),</li> <li>3) врача-эндокринолога (врача-терапевта).</li> </ol> <p>По назначению врача-эндокринолога (врача-терапевта):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) гликемический профиль в динамике,</li> <li>2) трехсуточное мониторирование глюкозы (CGMS) или мониторирование гликемии в on-line режиме,</li> <li>3) гликированный гемоглобин 1 раз в триместр;</li> <li>4) креатинин сыворотки (проба Реберга) при сахарном</li> </ol>	<p>терапия многократными инъекциями инсулина или постоянная подкожная инфузия инсулина при помощи инсулиновой помпы в базисно-болюсном режиме.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Применяются препараты инсулина средней продолжительности действия и ультракороткого действия.</li> <li>3) При гестационном сахарном диабете при неэффективности диетотерапии, проводимой в течение недели (глюкоза капиллярной плазмы по дневнику самоконтроля: натощак и перед основными приемами пищи более 5,1</li> </ol>	<p>беременности, ухудшении состояния плода и новорожденного, обусловленного другими состояниями матери.</p>
---	---	--	---	---	---	---

	<p>б) врача-офтальмолога 3 раза за беременность;  в) врача-невролога.  15. Ведение дневника самоконтроля.  16. ЭКГ в каждом триместре.</p>			<p>диабете 1 типа при каждой госпитализации для оценки возможности пролонгирования беременности по скорости клубочковой фильтрации;  5) контроль ТТГ в каждом триместре, по показаниям чаще (сахарный диабет 1 типа часто сочетается аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом).</p>	<p>ммоль/л и (или) через 1 час после основных приемов пищи более 7,5 ммоль/л), показана инсулинотерапия. Режим инсулинотерапии и в зависимости от показателей гликемии (только препараты инсулина средней продолжительности действия или только препараты инсулина ультракороткого действия или интенсифицированная базисно-болюсная инсулинотерапия).  4) Инсулинотерапия также показана при нарастании признаков диабетической фетопатии по данным УЗИ.  5) По показаниям назначаются препараты для</p>	
--	--	--	--	---	---	--

					<p>лечения гипотиреоза, артериальной гипертонии.</p> <p>У пациенток с сахарным диабетом 1 типа потребность в инсулине в I триместре снижается, во II и III триместрах увеличивается, в послеродовом периоде необходима коррекция дозы.</p> <p>Пероральные противодиабетические препараты при беременности не показаны.</p> <p>Подготовка к родоразрешению.</p>	
<p>Недостаточное увеличение массы тела во время беременности</p> <p>025 Недостаточность питания матери при беременности</p> <p>026.1 Недостаточное увеличение массы тела во время беременности</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</li> <li>Контроль массы тела, диуреза, АД.</li> <li>Глюкоза венозной плазмы натощак.</li> <li>ЭКГ.</li> <li>Консультации врачей-специалистов:             <ol style="list-style-type: none"> <li>врача-диетолога,</li> <li>врача-эндокринолога,</li> </ol> </li> </ol>	Диетотерапия (белковая пища).	Ухудшение состояние беременной и / или плода (Различные состояния, связанные с P00.4 поражением плода и новорожденного, обусловленные расстройствами питания у матери).	См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> <li>УЗИ контроль динамики развития плода и его жизнеспособности.</li> <li>В III триместре УЗИ +</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>При отсутствии заболевания стационарное лечение не показано.</li> <li>Диетотерапия.</li> <li>Лечение основного заболевания: синдром мальабсорбции, эндокринная патология (декомпенсированный сахарный</li> </ol>	Показания для прерывания беременности / досрочного родоразрешения: <ol style="list-style-type: none"> <li>ухудшение состояния матери;</li> <li>ухудшение состояния плода P00.4 Поражения</li> </ol>

	в) врача-гастроэнтеролога, г) врача-психиатра.			доплеро-метрия в 25 недель и с 30 недель и КТГ плода в динамике. 3. УЗИ для определения объема околоплодных вод. 4. Кал на яйца гельминтов, скрытую кровь. 5. УЗИ внутренних органов.	диабет 1 типа, тиреотоксикоз, хроническая надпочечниковая недостаточность), психические заболевания, сопровождающиеся анорексией. 4. Препараты, способствующие пищеварению (включая ферменты). 5. Стимуляторы аппетита.	плода и новорожденного, обусловленные расстройствами питания у матери.  Тактика и сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов.
Чрезмерное увеличение массы тела во время беременности  O26.0 Чрезмерное увеличение массы тела во время беременности	1. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 2. Контроль массы тела, диуреза, АД. 3. Глюкоза венозной плазмы натощак. 4. Контроль гликемии в процессе наблюдения. 5. ЭКГ в каждом триместре. 6. Проведение ОГТТ до 32 недель. 7. Исследование липидного спектра крови (холестерин, триглицериды,	1. Диета с ограничением животных жиров и простых углеводов. 2. Дробное 5-6-разовое питание. 3. При выявлении гестационного сахарного диабета – стол № 9 и контроль гликемии. 4. Минимизация лекарственной нагрузки.	1. Необходимость обследования в условиях стационара. 2. Различные состояния, связанные с P00.4 Поражения плода и новорожденного, обусловленные расстройствами питания у матери. 3. Госпитализация на родоразрешение в сроке 39 недель.	1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном этапе. 3. Дополнительно: 1) В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и с 30 недель КТГ плода в динамике. 2) УЗИ для	1. Диета с ограничением легкоусвояемых углеводов и животных жиров.  Показания для инсулинотерапии см. гестационный сахарный диабет. 2. Минимизация лекарственной нагрузки  1) Диетические средства для лечения ожирения. 2) Препараты для лечения	1) Ухудшение состояния матери. 2) Ухудшение состояния плода. 3) Поражения плода и новорожденного, обусловленные расстройствами питания у матери. 4) Осложненное течение

	<p>липопротеины низкой и высокой плотности).</p> <p>8. Гемостазиограмма.</p> <p>9. Консультация врача-эндокринолога 2 раза (при первой явке и после проведения ОГТТ в сроке 24-28 недель). При выявлении гестационного сахарного диабета - 1 раз в 2 недели, при необходимости чаще.</p>			<p>определения объема околоплодных вод.</p> <p>3) Консультации врачей-специалистов:</p> <p>а) врача-терапевта, б) врача-диетолога, в) врача-эндокринолога.</p> <p>По назначению врача-терапевта: ЭКГ, ЭХОКГ</p> <p>По назначению врача-эндокринолога:</p> <p>1) контроль гликемии в процессе наблюдения;</p> <p>2) при сроке беременности 33 недели и более - гликемический профиль (определение глюкозы венозной плазмы глюкозооксидазным методом) или самоконтроль гликемии натощак, перед основными приемами пищи</p>	<p>функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ).</p>	<p>беременности.</p> <p>Тактика и сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов</p>
--	--	--	--	--	---	---

				<p>и через 1 час в течение не менее 3 дней;</p> <p>3) исследование липидного спектра крови (холестерин, триглицериды, липопротеины низкой и высокой плотности);</p> <p>4) гемостазиограмма;</p> <p>5) ТТГ - если не сдавала во время беременности.</p>		
<p>Гипотензивный синдром у матери</p> <p>O26.5 Гипотензивный синдром у матери</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</li> <li>2. См. «Ведение беременности при физиологическом течении».</li> <li>3. Суточное мониторирование АД (по назначению врача-терапевта / врача-кардиолога).</li> <li>4. Эхокардиография (по назначению врача-терапевта / врача-кардиолога).</li> <li>5. УЗИ почек и надпочечников.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Адаптогены.</li> <li>2. Общеукрепляющее лечение (физические упражнения, массаж, плавание).</li> <li>3. Ношение компрессионного белья.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ухудшение состояния матери и плода.</li> <li>2. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</li> <li>3. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и с 30 недель КТГ плода в динамике.</li> <li>2) Контроль массы тела,</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Адаптогены</li> <li>2. Вазопрессоры</li> <li>3. При остро развившейся гипотензии препараты инотропного действия</li> </ol>	Родоразрешение в срок.

				3) диуреза, АД. Консультация врача- терапевта / врача- кардиолога.		
Поражение печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде O26.6 Поражение печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде T65.8 Токсическое действие других и неуточненных веществ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</li> <li>2. Клинический анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови (общий белок, билирубин - прямой и общий, холестерин, глюкоза, креатинин, лактатдегидрогеназа, щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, калий, натрий), HBsAg, HBsAg, HCV.</li> <li>3. Гемостазиограмма.</li> <li>4. Расширенная коагулограмма.</li> <li>5. УЗИ печени, желчного пузыря.</li> <li>6. Консультации: врачей-специалистов: а) врача-гастроэнтеролога, б) врача-терапевта,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Соблюдение режима труда и отдыха.</li> <li>2. Диетотерапия.</li> <li>3. Минимизация лекарственной нагрузки.</li> <li>4. Медикаментозная терапия по назначению врача-терапевта или гастроэнтеролога.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ухудшение состояния беременной.</li> <li>2. Осложненное течение беременности.</li> <li>3. Досрочное родоразрешение.</li> <li>4. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. Дополнительно: 1) Контроль состояния плода. 2) Дополнительные обследования - по назначению врача-терапевта или врача-гастроэнтеролога.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Дезинтоксикационная терапия.</li> <li>2. Препараты урсодезоксихолевой кислоты.</li> <li>3. Противорвотные препараты.</li> <li>4. Препараты для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей.</li> <li>5. Препараты, способствующие пищеварению (включая ферменты).</li> <li>6. Прочие препараты для лечения заболеваний ЖКТ и нарушений обмена веществ.</li> <li>7. Эфферентные методы лечения (плазмаферез, гемосорбция, гемодиализ).</li> <li>8. Лечение ДВС-синдрома.</li> </ol>	Показания для прерывания беременности / досрочного родоразрешения: 1) ухудшение состояния матери; 2) ухудшение состояния плода, а также P00.2 Поражения плода и новорожденного, обусловленные инфекционными и паразитарными болезнями у матери; P00.8 Поражения плода и новорожденного, обусловленные



	в) врача-инфекциониста				<p>9. Лечение печеночной недостаточности и</p> <p>10. В случае подтверждения диагноза острого вирусного гепатита больная переводится в инфекционную клинику. Дальнейшая тактика ведения направлена на сохранение беременности.</p> <p>11. Показанием для немедленного родоразрешения является жировой гепатоз.</p>	<p>другими состояниями матери;</p> <p>3) осложненное течение беременности;</p> <p>4) поражение печени в рамках тяжелой преэклампсии;</p> <p>5) острый жировой гепатоз</p> <p>немедленное родоразрешение.</p> <p>Тактика и сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов.</p>
<p>Подвывих лонного сочленения во время беременности, родов и в послеродовом периоде</p> <p>O26.7 Подвывих</p>	<p>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</p> <p>2. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</p>		<p>Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</p>	<p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <p>2. Консультация врача-</p>	<p>1. Нестероидные противовоспалительные средства (мази, гели).</p> <p>2. Хондопротекторы (мазь, гель).</p> <p>3. Физиолечение, массаж, ЛФК.</p> <p>4. Тугое</p>	<p>Показания для досрочного родоразрешения:</p> <p>ухудшение состояния матери.</p> <p>Тактика и сроки</p>

лонного сочленения во время беременности, родов и в послеродовом периоде				<p>травматолога-ортопеда.</p> <p>3. УЗИ лонного сочленения.</p> <p>4. Ионизированный кальций крови.</p> <p>5. Консилиумом врачей, решение вопроса о тактике родоразрешения.</p> <p>6. Рентгенография таза (по назначению врача-травматолога-ортопеда).</p>	бинтование, «Гамак».	родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов.
<p>Анемия О99.0 Анемия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период</p> <p>О99.1 Другие болезни крови и кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма, осложняющие беременность, роды и послеродовой период</p>	<p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</p> <p>3. ЭКГ в каждом триместре.</p> <p>4. Клинический анализ крови - 1 раз в 1 месяц с лейкоцитарной формулой, подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов.</p> <p>5. Биохимический анализ крови</p>	<p>1. Диета, богатая белками, железом, витаминами и фоллатами.</p> <p>2. Препараты, содержащие железо.</p> <p>3. Лечение основного и сопутствующих заболеваний (дифиллоботриоз, гиповитаминоз С).</p>	<p>1. Ухудшение состояния беременной женщины, отсутствие эффекта от амбулаторного лечения осложненной беременности.</p> <p>2. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</p>	<p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <p>2. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</p> <p>3. Дополнительно:</p> <p>1) Клинический анализ мочи, гемостазиограмма, коагулограмма.</p> <p>2) Спектр для постановки</p>	<p>1. Препараты железа.</p> <p>2. Стимуляторы гемопоэза (эритропоэтин).</p> <p>3. Лечение основного и сопутствующих заболеваний (дифиллоботриоз, гиповитаминоз витамина С).</p> <p>4. Глюкокортикостероиды.</p> <p>5. Иммунодепрессанты.</p> <p>6. При анемиях и гемоглобине ниже 70 г/л трансфузия</p>	<p>Показания для досрочного родоразрешения:</p> <p>1) ухудшение состояния матери;</p> <p>2) ухудшение состояния плода.</p> <p>Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими состояниями матери</p> <p>Тактика и</p>

	<p>(общий белок, сывороточное железо, ферритин, трансферрин, билирубин общий и прямой); другие исследования по назначению врача-терапевта.</p> <p>6. Консультация врача-терапевта (врача-гематолога) и в дальнейшем динамическое наблюдение (1-2 раза в месяц).</p> <p>7. Уточнение диагноза и решение вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 недель.</p> <p>8. Пункция костного мозга (по назначению врача-гематолога).</p> <p>9. КТГ и доплерометрия в динамике.</p>			<p>диагноза железо-дефицитной анемии.</p> <p>3) Комплекс исследований для трансфузии (назначения врача-трансфузиолога).</p> <p>4) Консультации специалистов: врача-трансфузиолога (при снижении гемоглобина до 70 г/л и ниже).</p>	<p>эритроцитарной массы.</p> <p>7. Группа препаратов дефероксамина.</p> <p>8. Алкилирующие средства (цитостатики) (циклофосфамид).</p> <p>9. Иммуноглобулины (Иммуноглобулин G).</p> <p>10. Интерфероны.</p>	<p>сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов.</p>
<p>Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ,</p>	<p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом</p>	<p>Медикаментозная терапия по назначению врача-терапевта (врача-эндокринолога).</p>	<p>Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38.</p>	<p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p>	<p>Медикаментозная терапия основного заболевания по назначению врача-терапевта (врача-эндокринолога).</p> <p>Гормоны для</p>	

<p>осложняющие беременность, роды и послеродовой период О99.2</p>	<p>течении».</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Уровень мочево-й кислоты.</li> <li>4. Глюкоза крови, кальций, калий, натрий крови, триглицериды крови, липидный спектр.</li> <li>5. Свободный Т4, ТТГ.</li> <li>6. ЭКГ в каждом триместре.</li> <li>7. Консультация врача-эндокринолога, врача-гастроэнтеролога.</li> <li>8. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</li> </ol>			<p>2. Дополнительно:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) В III триместре УЗИ + доплеро-метрия в 25 недель и с 30 недель КТГ плода в динамике.</li> <li>2) Контроль массы тела, диуреза, АД.</li> <li>3) Консультация врача-терапевта.</li> </ol>	<p>системного применения (исключая половые гормоны). Анатомо-терапевтическо-химическая классификация (далее – АТХ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Гормоны гипоталамуса и их аналоги.</li> <li>2) Кортикостероиды для системного применения.</li> <li>3) Препараты для лечения заболеваний щитовидной железы.</li> <li>4) Гормоны поджелудочной железы.</li> <li>5) Препараты, регулирующие обмен кальция.</li> </ol> <p>Мочеполовая система и половые гормоны (АТХ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Половые гормоны и модуляторы половой системы.</li> <li>2) Прочие препараты для лечения гинекологически-х заболеваний.</li> </ol>	
---	---	--	--	--	---	--

					<p>3) Ингибиторы секреции пролактина.</p> <p>Препараты для питания (АТХ):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Диетические средства для лечения ожирения.</li><li>2) Другие препараты для питания.</li><li>3) Препараты для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей.</li><li>4) Препараты для лечения ожирения (исключая диетические продукты).</li><li>5) Препараты, способствующие пищеварению (включая ферменты).</li><li>6) Препараты для лечения сахарного диабета.</li><li>7) Прочие препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и</li></ol>	
--	--	--	--	--	---	--

					нарушений обмена веществ.	
Психические расстройства и болезни нервной системы, осложняющие беременность, роды и послеродовой период O99.3	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</li> <li>2. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</li> <li>3. Консультация врача-психиатра в сроке до 11-12 недель с целью решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.</li> </ol>		Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</li> </ol>	Медикаментозная терапия основного заболевания по назначению врача-психиатра: Нервная система (АТХ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Противозиплептические препараты.</li> <li>2) Противопаркинсонические препараты.</li> <li>3) Психолептики.</li> <li>4) Психоаналептики.</li> <li>5) Другие препараты для лечения заболеваний нервной системы.</li> </ol>	Прерывание беременности по медицинским показаниям (O35, P0.08, P0.09).
Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, роды и послеродовой период O99.4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ЭКГ, ЭХОКГ.</li> <li>2. Суточное мониторирование АД.</li> <li>3. Холтер ЭКГ-мониторирование (по показаниям).</li> <li>4. Ультразвуковая доплерография экстракраниальных сосудов в каждом триместре.</li> <li>5. Энцефалограмма (по назначению врача-невролога).</li> </ol>		P00.3 Поражения плода и новорожденного, обусловленные хроническими болезнями системы кровообращения и дыхания у матери. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. Дополнительно:  <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ЭКГ, ЭХОКГ.</li> <li>2) Суточное мониторирование АД.</li> <li>3) Холтер ЭКГ-мониторирование (по</li> </ol> </li> </ol>	Сердечно-сосудистая система (АТХ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Препараты для лечения заболеваний сердца.</li> <li>2) Антигипертензивные препараты.</li> <li>3) Диуретики.</li> <li>4) Периферические вазодилататоры</li> </ol>	По решению консилиума врачей досрочное родоразрешение при: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ухудшении состояния беременной;</li> <li>2) появлении признаков декомпенсации;</li> <li>3) осложненном течении</li> </ol>

	<p>6. Консультации врачей-специалистов по показаниям:</p> <p>а) врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга);</p> <p>б) врача-невролога.</p>			<p>показаниям).</p> <p>4) Ультразвуковая доплерография экстракраниальных сосудов в каждом триместре.</p> <p>5) Энцефалограмма (по назначению врача-невролога).</p> <p>6) Консультация врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга), врача-невролога (по показаниям).</p>	<p>.</p> <p>5) Ангиопротекторы.</p> <p>6) Бета-адреноблокаторы.</p> <p>7) Блокаторы кальциевых каналов.</p> <p>8) Препараты, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему.</p> <p>9) Гиполипидемические препараты.</p> <p>а) Препараты магния</p> <p>б) Антиаритмические препараты</p> <p>в) Непрямые антикоагулянты</p> <p>г) Низкомолекулярный гепарин</p> <p>д) Нефракционированный гепарин</p> <p>е) Бозентам</p> <p>ж) Силденафил</p>	<p>беременности ;</p> <p>4) поражения плода и новорожденного, обусловленных хроническими болезнями системы кровообращения и дыхания у матери.</p> <p>Родоразрешение через естественные родовые пути с решением вопроса о выключении потужного периода (управляемая эпидуральная анестезия / акушерские щипцы), кесарево сечение при наличии акушерских показаний.</p> <p>При родоразрешении - обеспечение инвазивного мониторинга</p>
--	---	--	--	---	---	---

						давления в легочной артерии (консилиум врачей).
Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, роды и послеродовой период J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический J41 Простой и слизисто-хронический бронхит J42 Хронический бронхит неуточненный J44.9 ХОБЛ неуточненная O99.5 Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, роды и послеродовой период J18 Пневмония без уточнения возбудителя J45.1 Неаллергическая астма J45.8 Смешанная	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</li> <li>2. Анамнез, физикальные обследования.</li> <li>3. Общий анализ крови.</li> <li>4. Консультация врача-терапевта (врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-аллерголога-иммунолога, врача-онколога, врача-кардиолога).</li> <li>5. ЭКГ в каждом триместре.</li> <li>6. Исследование функции внешнего дыхания (по назначению врачей-специалистов).</li> <li>7. Бактериологический анализ мокроты и микроскопия мокроты по показаниям + чувствительность к антибиотикам.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Соблюдение режима труда и отдыха.</li> <li>2. Медикаментозное лечение по назначению врача-терапевта (врача-пульмонолога).</li> <li>3. Бронхолитики.</li> <li>4. Антибактериальная терапия.</li> <li>5. Глюкокортикоиды.</li> <li>6. Интерфероны.</li> <li>7. Иммуноглобулины.</li> <li>8. Отхаркивающие препараты.</li> <li>9. Профилактика простудных заболеваний.</li> <li>10. Рекомендуется вакцинация противогриппозной вакциной со II триместра беременным с бронхиальной астмой, у которых грипп вызывает тяжелые обострения бронхиальной астмы.</li> <li>11. Беременным с хроническими заболеваниями</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ухудшение состояния беременной.</li> <li>2. Осложненное течение беременности.</li> <li>3. P00.3 Поражения плода и новорожденного, обусловленные хроническими болезнями системы кровообращения и дыхания у матери.</li> <li>4. Прерывание беременности по медицинским показаниям.</li> <li>5. Досрочное родоразрешение.</li> <li>6. Родоразрешение.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</li> <li>2. Рентгенография (по назначению врачей-специалистов) при подозрении на острую пневмонию.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антибактериальная терапия: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) при нетяжелых бактериальных пневмониях пенициллины, цефалоспорины;</li> <li>б) при атипичных пневмониях или непереносимости бета-лактамов антибиотиков макролиды;</li> <li>в) при пневмониях тяжелого течения или при наличии факторов риска (алкоголизм, муковисцидоз, бронхоэктазы) защищенные пенициллины, цефалоспорины 3, 4 поколения, гликопептиды (ванкомицин), карбапенемы;</li> <li>г) применение аминогликозидов возможно только по жизненным показаниям.</li> </ol> </li> <li>2. Муколитическая терапия.</li> <li>3. Противовоспал</li> </ol>	Показания для досрочного родоразрешения: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) тяжелая форма заболевания, ухудшение состояния матери (появление / нарастание сердечной и дыхательной недостаточности и отсутствие эффекта от лечения);</li> <li>2) ухудшение состояния плода (отсутствие эффекта от лечения) P00.3, P00.8, P00.9;</li> <li>3) осложненное течение беременности.</li> </ol> <p>Тактика и сроки</p>



<p>астма J45.9 Астма неуточненная</p>	<p>8. Рентгенография (по назначению врачей-специалистов). 9. Фибробронхоскопия (по назначению врачей-специалистов). 10. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</p>	<p>органов дыхания, серповидно-клеточной анемией, сахарным диабетом, аспленией, иммунодефицитом рекомендуется вакцинация для профилактики пневмококковых инфекций со II триместра. 12. Лечение сопутствующего аллергического ринита у беременных с бронхиальной астмой (топические стероиды, антигистаминные). 13. Лечение сопутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у беременных с бронхиальной астмой (антациды, антисекреторные препараты).</p>			<p>и-тельная терапия: ацетаминофен. У пациенток с «аспириновой» бронхиальной астмой, исключить нестероидные противовоспалительные средства. 4. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности. 5. Бронхолитики: 1) для купирования приступов – селективные бета2-адреномиметики; длительнодействующие бета2-агонисты назначают в качестве дополнительной терапии к ингаляционным глюкокортикоидам; 2) ингаляционные глюкокортикоиды; 3) при</p>	<p>родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов. При бронхиальной астме в связи с риском обострения в родах не применять: а) простагландины F2α б) метилэргометрин.</p>
---	--	---	--	--	--	--

					неэффективности ингаляций бета-адреномиметиков – внутривенное (далее – в/в) введение аминофиллина. 6. Ингаляционные м-холинолитики. 7. Глюкокортикоиды. 8. Интерфероны 9. Иммуноглобулины	
Болезни органов пищеварения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период K21 Гастроэзофагеальный рефлюкс K22 Другие болезни пищевода K25 Язва желудка K26 Язва двенадцатиперстной кишки K29 Гастрит и дуоденит K27 Пептическая язва неуточненной	1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 3. Консультация врача-терапевта (врача-гастроэнтеролога) и в дальнейшем динамическое наблюдение (1-2 раза в месяц). 4. Клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь. 5. УЗИ желудочно-	1. Соблюдение режима труда и отдыха. 2. Диета. 3. Медикаментозная терапия по назначению врача-терапевта, врача-гастроэнтеролога.	1. Обследование и лечение в условиях стационара. 2. Ухудшение состояния беременной женщины. 3. Осложненное течение беременности. 4. Прерывание беременности по медицинским показаниям. 5. Досрочное родоразрешение. 6. Родоразрешение.	1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Дополнительно: консультация врача-хирурга.	1. Соблюдение режима труда и отдыха; диета. 2. Медикаментозная терапия по назначению врача-терапевта, врача-гастроэнтеролога: 1) Препараты для лечения заболеваний, связанных с нарушением кислотности. 2) Препараты для лечения функциональных расстройств ЖКТ. 3) Противорвотные препараты. 4) Препараты для	Показания для досрочного родоразрешения: 1) ухудшение состояния матери; 2) ухудшение состояния плода P00.4, P00.8, P00.9 3) осложненное течение беременности  Тактика и сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением

<p>локализации K28 Гастро- еюнальная язва K29.8 Дуоденит K30 Диспепсия K31 Другие болезни желудка и двенадцати- перстной кишки</p>	<p>кишечного тракта. 6. Эзофагогастро- дуоденоскопия и рН метрия. 7. Исследование секреторной и моторной функции желудка (по назначению врачей- специалистов).</p>				<p>лечения заболеваний печени и желчевыводящи х путей. 5) Слабительные препараты. 6) Противодиарей ные, кишечные противовоспали- тельные и противомикробн ые препараты. 7) Препараты, способствующи е пищеварению (включая ферменты). 8) Анаболические средства для системного применения. 9) Стимуляторы аппетита. 3. Алюминий- и магнийсодержа щие препараты. 4. Магния трисиликаты и натрия бикарбонат использовать не следует. 5. Сукральфат, H2-блокаторы и большинство ингибиторов протонной помпы в терапевтически х дозах не</p>	<p>м врачей- специалистов .</p>
--	--	--	--	--	--	---

					повышают риск побочных эффектов даже в I триместре беременности. 6. Хирургическое лечение	
Болезни кожи и подкожной клетчатки, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период O99.7	Консультация врача-дерматовенеролога.		Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38 недель.	Консультация врача-дерматовенеролога	<p>Дерматотропные препараты (АТХ):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Противогрибковые препараты для лечения заболеваний кожи.</li> <li>2) Дерматопротекторы.</li> <li>3) Препараты для лечения ран и язв.</li> <li>4) Препараты для лечения зуда (включая антигистаминные препараты и анестетики).</li> <li>5) Препараты для лечения псориаза.</li> <li>6) Противомикробные препараты для лечения заболеваний кожи.</li> <li>7) Кортикостероиды для местного лечения заболеваний кожи.</li> <li>8) Антисептики и дезинфицирующие препараты.</li> </ol>	<p>Показания досрочного родоразрешения:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ухудшение состояния матери</li> <li>2) ухудшение состояния плода R00.8 Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими состояниями матери R00.9 Поражения плода и новорожденного, обусловленные неуточненными состояниями матери</li> <li>3) осложненное течение</li> </ol>

					9) Препараты для лечения угревой сыпи. 10) Прочие препараты для лечения заболеваний кожи.	беременности Тактика и сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов
<b>Послеродовой период</b>						
О85 Послеродовой сепсис Исключено: акушерская пиемическая и септическая эмболия (О88.3); септицемия во время родов (О75.3) При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (В95-В97): В95 Стрептококки и стафилококки как возбудители болезней, классифицированных в других рубриках В96 Другие бактериальные агенты как возбудители болезней,				1. Консультации врачей-специалистов: а) врача-анестезиолога-реаниматолога; б) врача-хирурга; в) врача-инфекциониста; г) врача-трансфузиолога; д) врача-клинического фармаколога; е) врача-терапевта. 2. УЗИ органов малого таза. 3. УЗИ органов брюшной полости. 4. Другие методы визуализации по назначению врачей-специалистов. 5. Бактериологическое исследование крови, мочи, ликвора (по показаниям) +	1. Немедленная госпитализация в отделение анестезиологии-реаниматологии. 2. Аппаратный мониторинг. 3. Интенсивная терапия: 1) коррекция гемодинамических нарушений; 2) инотропная терапия; 3) искусственная вентиляция легких (далее – ИВЛ); 4) антибактериальная терапия (фторхинолоны, орнидазол); 5) метаболическая терапия; 6) парентеральное питание; 7) инфузионная терапия; 8) лабораторный контроль; 9) иммуномодулирующая и	

<p>классифицированных в других рубриках  B96.0 Mycoplasma pneumoniae [M.pneumoniae]  B96.1 Klebsiella pneumoniae [K.pneumoniae]  B96.2 Escherichia coli [E.coli]  B96.3 Haemophilus influenzae [H.influenzae]  B96.4 Proteus (mirabilis) (morganii)  B96.5 Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei)  B96.6 Bacillus fragilis [B.fragilis]  B96.7 Clostridium perfringens [C.perfringens]  B96.8 Другие уточненные бактериальные агенты  B97 Вирусные агенты как возбудители болезней, классифицированных в других рубриках  B97.0 Аденовирусы  B97.1 Энтеровирусы  B97.2 Коронавирусы  B97.3 Ретровирусы</p>				<p>чувствительность к антибиотикам.</p>	<p>антимедиаторная терапия.  Хирургическая тактика:  1. Лапароскопия диагностическая.  2. Оперативные вмешательства лапароскопическим и лапаротомным доступом:  1) экстирпация матки без придатков;  2) экстирпация матки с тубэктомией;  3) вскрытие и опорожнение абсцесса малого таза и брюшной полости;  4) трансвагинальное / трансабдоминальное дренирование;  5) аспирационно-промывное дренирование;  6) дренирование абсцесса брюшной полости / малого таза под контролем УЗИ;  7) хирургическая обработка послеоперационного шва.</p> <p>Эфферентные методы лечения (плазмаферез).</p> <p>Показаниями к лапаротомии и экстирпации матки с маточными трубами являются:</p>	
--	--	--	--	---	---	--

<p>B97.4 Респираторно-синцитиальный вирус          B97.5 Реовирусы          B97.6 Парвовирусы          B97.7 Папилломавирусы          B97.8 Другие вирусные агенты</p>					<p>1) отсутствие эффекта от проводимой интенсивной терапии;          2) наличие гноя в матке;          3) маточное кровотечение на фоне сепсиса;          4) гнойные образования в области придатков матки;          5) выявление с помощью УЗИ остатков плодного яйца или последа в полости матки (возможна вакуумная ручная аспирация).</p> <p>После стабилизации состояния пациентки возможно применение методов экстракорпоральной детоксикации (плазмафереза, плазмасорбции, квантовой аутогемотерапии) в первые сутки септического шока.</p>	
<p>Другие послеродовые инфекции</p> <p>O86.0 Инфекция хирургической акушерской раны          O86.1 Другие инфекции половых путей после родов          O86.2 Инфекция мочевых путей после родов</p>	<p>1. Клинический анализ крови, общий анализ мочи.          2. Клиническая оценка состояния родильницы, молочных желез, органов малого таза.          3. Анализ мочи по Нечипоренко.          4. Оценка диуреза.          5. Бактериологический анализ мочи +</p>	<p>1. Антибактериальная системная и местная терапия          2. Уросептики          3. Санация раны          4. Физиотерапия</p>	<p>1. Необходимость в обследовании и лечении в условиях стационара.          2. Необходимость в хирургическом лечении в</p>	<p>1. См. объем обследования на амбулаторном этапе.          2. Дополнительно:          1) Бактериологический анализ отделяемого из раны + чувствительность к антибиотикам.          2) Бактериологический анализ</p>	<p>1. Антибактериальная системная и местная терапия.          2. Уросептики.          3. Инфузионная терапия.          4. Санация раны.          5. Физиотерапия.          6. Оперативное лечение.</p>	

<p>О86.3 Другие инфекции мочеполовых путей после родов О86.4 Гипертермия неясного происхождения, возникшая после родов Исключено: гипертермия во время родов (О75.2), послеродовая лихорадка (О85) О86.8 Другие уточненные послеродовые инфекции</p>	<p>чувствительность к антибиотикам. 6. Биохимический анализ крови (в том числе - мочевины, креатинин). 7. Посев крови. 8. ЭКГ. 9. УЗИ малого таза, брюшной полости. 10. Консультация врача-терапевта. 11. Консультация врача-физиотерапевта. 12. Консультация врача-уролога, врача-хирурга (по показаниям), врача-нефролога.</p>		<p>условиях стационара.</p>	<p>отделяемого из влагалища + чувствительность к антибиотикам. 3) Консультация врача-физиотерапевта.</p>		
<p>Венозные осложнения в послеродовом периоде Включено: во время родов, родоразрешения и в послеродовом периоде Исключено: акушерская эмболия (О88.-), венозные осложнения при беременности (О22.-) О87.0 Поверхностный тромбофлебит в послеродовом периоде О87.1 Глубокий</p>				<p>1. Клиническая оценка состояния родильницы, молочных желез, органов малого таза 2. Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга / врача-хирурга (по показаниям). 3. Клинический анализ крови, общий анализ мочи. 4. Гемостазиограмма. 5. Агрегатограмма. 6. Коагулограмма, Д-димер. 7. УЗИ + доплерография</p>	<p>1. Антибактериальная системная терапия с учетом чувствительности. 2. Дезагреганты. 3. Гепарин и его производные (гепарин, надропарин кальция, далтепарин натрия). 4. Инфузионная терапия. 5. Дезагреганты (дипиридамола, ацетилсалициловая кислота). 6. Препараты, укрепляющие сосудистую стенку. 7. Ношение компрессионного белья I- II класса компрессии. 8. Физиотерапия.</p>	



<p>флеботромбоз в послеродовом периоде        O87.2 Геморрой в послеродовом периоде        O87.3 Тромбоз церебральных вен в послеродовом периоде        O87.8 Другие венозные осложнения в послеродовом периоде        O87.9 Венозные осложнения в послеродовом периоде        неуточненные</p>				<p>вовлеченного участка вен, ангиосканирование (по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга).</p> <p>8. Эхография вен ног (по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга).</p> <p>9. УЗИ органов малого таза.</p> <p>10. УЗИ органов брюшной полости по показаниям O87.1</p> <p>11. Биохимия крови (в том числе - мочевины, креатинин).</p> <p>12. ЭКГ (если не проводилось в III триместре беременности).</p>	<p>9. Оперативное лечение.</p>	
<p>Акушерская эмболия        Включено: легочная эмболия во время беременности, родов или в послеродовом периоде        Исключено: эмболия, осложняющая аборт, внематочную или молярную</p>				<ol style="list-style-type: none"> <li>1. АЧТВ.</li> <li>2. Коагулограмма.</li> <li>3. Протромбиновый индекс.</li> <li>4. Фибриноген.</li> <li>5. Агрегация тромбоцитов.</li> <li>6. Растворимые комплексы мономеров фибрина.</li> <li>7. D-димер.</li> <li>8. Рентгенография органов грудной клетки.</li> </ol>	<p>При возникновении ТЭЛА в I триместре беременность целесообразно прервать в связи с тяжёлым состоянием больной и необходимостью продолжительной антикоагулянтной терапии. Во II-III триместрах вопрос о пролонгировании беременности решают индивидуально в зависимости от состояния беременной и плода. Показанием к прерыванию беременности является тяжёлое состояние беременной и выраженное ухудшение состояния плода.</p>	

<p>беременность (O00-O07, O08.2) O88.0 Акушерская воздушная эмболия O88.1 Эмболия амниотической жидкостью O88.2 Акушерская эмболия сгустками крови O88.3 Акушерская пиемическая и септическая эмболия O88.8 Другая акушерская эмболия</p>				<p>9. ЭКГ, ЭХОКГ.</p>	<p>При тяжёлом состоянии пациентки родоразрешение должно быть выполнено путём кесарева сечения. Абдоминальное родоразрешение проводят также и при отсутствии у больной кава-фильтра. При этом врач-сердечно-сосудистый хирург выполняет также пликацию нижней полой вены механическим швом. При удовлетворительном состоянии больных, когда с момента возникновения ТЭЛА до родов прошло более 1 месяца и гемодинамические показатели стабилизировались, при наличии установленного кава-фильтра роды могут быть проведены через естественные родовые пути. В послеродовом периоде продолжают лечение гепарином с постепенным переходом на антикоагулянты непрямого действия.</p>
<p>Осложнения в послеродовом периоде, не классифицированные в других рубриках  O90.0 Расхождение швов после кесарева сечения O90.1 Расхождение швов промежности O90.2 Гематома акушерской хирургической раны O90.8 Другие осложнения</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинический анализ крови, общий анализ мочи.</li> <li>2. Бактериологический анализ мочи + чувствительность к антибиотикам.</li> <li>3. Бактериологическое исследование молока.</li> <li>4. Биохимия крови.</li> <li>5. Посев крови.</li> <li>6. ЭКГ.</li> <li>7. УЗИ малого таза, брюшной полости, передней брюшной стенки в динамике.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антибактериальная системная и местная терапия.</li> <li>2. Санация раны.</li> <li>3. Физиотерапия.</li> <li>4. Вскрытие гематомы, дренирование.</li> <li>5. Повторное наложение швов.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Необходимость в обследовании и лечении в условиях стационара</li> <li>2. Необходимость в хирургическом лечении в условиях стационара</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</li> <li>2. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Клиническая оценка состояния родильницы, молочных желез, органов малого таза.</li> <li>2) Коагулограмма.</li> <li>3) Оценка диуреза.</li> <li>4) Бактериологический анализ отделяемого из влагалища +</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Вскрытие гематомы, дренирование.</li> <li>2. Санация раны.</li> <li>3. Физиотерапия.</li> <li>4. Наложение вторичных швов.</li> <li>5. Медикаментозное лечение: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности;</li> <li>б) антисептики для обработки послеоперационной раны;</li> <li>в) инфузионные среды;</li> <li>г) гепарин и его производные</li> </ol> </li> </ol>

<p>послеродового периода, не классифицированы в других рубриках O90.9 Осложнение послеродового периода неуточненное</p>	<p>8. УЗИ акушерской хирургической раны. 9. Гемостазиограмма. 10. Бактериологический анализ отделяемого ран + чувствительность к антибиотикам. 11. Консультация врача-терапевта, врача-физиотерапевта, врача-хирурга (по показаниям).</p>			<p>чувствительность к антибиотикам. 5) ЭХОКГ (по назначению врача-терапевта / врача-кардиолога).</p>	<p>(низкомолекулярные гепарины); д) дезагреганты.</p>	
<p>O90.3 Кардиомиопатия в послеродовом периоде O90.4 Послеродовая острая почечная недостаточность O90.5 Послеродовой тиреоидит</p>				<p>1. Консультация врача-терапевта / врача-кардиолога, врача-эндокринолога. 2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи. 3. Биохимия крови (в том числе - мочевины, креатинин), ревматоидные маркеры. 4. Гемостазиограмма, коагулограмма 5. Оценка диуреза 6. Бактериологический анализ мочи + чувствительность к антибиотикам (O90.4). 7. Посев крови O90.3 (по назначению врача-терапевта / врача-</p>	<p>1. Антибактериальная системная и местная терапия (антибиотики широкого спектра действия, пенициллины). 2. Гепарин и его производные (низкомолекулярные гепарины). 3. Дезагреганты. 4. Терапия по назначению врача-терапевта. 5. Перевод в стационар по профилю (по показаниям).</p>	

				кардиолога). 8. ЭКГ, ЭХОКГ (по назначению врача-терапевта / врача-кардиолога). 9. УЗИ почек, щитовидной железы (по назначению врача-терапевта, врача-эндокринолога).	
<p>Инфекции молочной железы, связанные с деторождением</p> <p>О91.0 Инфекции соска, связанные с деторождением О91.1 Абсцесс молочной железы, связанный с деторождением О91.2 Негнойный мастит, связанный с деторождением</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Клинический анализ крови.</li> <li>2. Бактериологический анализ отделяемого из соска, полости абсцесса + чувствительность к антибиотикам.</li> <li>3. Бактериологическое исследование грудного молока.</li> <li>4. УЗИ молочных желез.</li> <li>5. УЗИ органов малого таза.</li> <li>6. Консультация врача-физиотерапевта, врача-хирурга (по показаниям).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антибактериальная системная и местная терапия.</li> <li>2. Пункция абсцесса.</li> <li>3. Санация раны.</li> <li>4. Физиотерапия.</li> <li>5. Подавление лактации при О91.0 и О91.01 (бромкриптин).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Необходимость в обследовании и лечении в условиях стационара</li> <li>2. Необходимость в хирургическом лечении в условиях стационара.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</li> <li>2. Дополнительно: клинический анализ мочи.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Использование специальных накладок.</li> <li>2. Антибактериальная системная и местная терапия.</li> <li>3. Дезинтоксикационная терапия.</li> <li>4. Хирургическое лечение (по показаниям).</li> <li>5. Санация раны.</li> <li>6. Физиотерапия.</li> <li>7. Терапия, направленная на улучшение процессов регенерации.</li> <li>8. Подавление лактации (при О91.0 и О91.01). Перевод в стационар по профилю (по показаниям).</li> </ol>
<p>Другие изменения молочной железы и нарушения лактации, связанные с деторождением</p> <p>О92.0 Втянутый</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Визуальный осмотр молочных желез, пальпация.</li> <li>2. УЗИ молочных желез (по показаниям).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Использование специальных накладок.</li> <li>2. Терапия, направленная на улучшение процессов регенерации.</li> </ol>		<p>См. объем обследования на амбулаторном этапе</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Использование специальных накладок.</li> <li>2. Терапия, направленная на улучшение процессов регенерации.</li> <li>3. Обработка антисептиками.</li> </ol>

сосок O92.1 Трещина соска, связанная с деторождением O92.2 Другие и неуточненные изменения молочной железы, связанные с деторождением O92.3 Агалактия O92.4 Гипоалактия O92.5 Слабая [подавленная] лактация O92.6 Галакторея O92.7 Другие и неуточненные нарушения лактации		3. Обработка антисептиками. 4. Физические факторы. 5. Грудное вскармливание. 6. Полноценное питание. 7. Фитоточаи и пищевые добавки. 8. Торможение лактации.			4. Физические факторы. 5. Грудное вскармливание. 6. Полноценное питание. 7. Торможение лактации.	
--	--	---	--	--	---	--

### РОДОРАЗРЕШЕНИЕ (O80-O84)

Нозологическая форма	Код по МКБ-Х	Диагностические мероприятия, консультации смежных врачей-специалистов	Объем лечебных мероприятий	Перечень используемых лекарственных средств
Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение	O80.0 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании O80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании O80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды O80.9 Одноплодные самопроизвольные роды неуточненные	1. Для тазового предлежания – акушерский стационар второй (третьей) группы. 2. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 3. Контроль АД, пульса, диуреза, оценка родовых путей (Bishop, Хечинашвили). 4. УЗИ плода и доплерометрия. 5. КТГ плода. 6. Аускультация плода в	Родоразрешение. Пособие при родоразрешении. 1. Анальгетики (нестероидные противовоспалительные средства). 2. Производные дифенгидрамина гидрохлорида. 3. Алкалоиды белладонны (Атропина сульфат).	1. Раствор NaCl 2. Растворы для в/в и внутримышечного (далее – в/м) введения 3. Прокаин, лидокаин 4. Метилэргометрин 5. Окситоцин 6. Кеторолак 7. Тримеперидин 8. Фентанил 9. Мидазолам 10. Дифенгидрамина гидрохлорид 11. Атропина сульфат

		<p>родах (каждые 30 мин в 1 периоде, после каждой потуги во втором периоде).</p> <p>7. Лабораторный спектр при поступлении на роды (если не обследована на амбулаторном этапе)<sup>1</sup>.</p> <p>8. Продолжительная или непрерывная КТГ во время родов (индуцированные роды, переносимая беременность, фетоплацентарная недостаточность и т.д.).</p> <p>9. Ведение партограммы в родах.</p> <p>10. УЗИ органов малого таза в послеродовый период.</p> <p>11. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога.</p>	<p>При утомлении – акушерский сон, премедикация.</p> <p>1. Амниотомия.</p> <p>2. Пособие в родах при головном предлежании.</p> <p>3. Пособие в родах при тазовом предлежании (ручное пособие по Цовьянову, классическое ручное пособие прием Морисо-Левре-Лашапелль).</p> <p>4. Медиолатеральная эпизиотомия / перинеотомия срединная.</p> <p>5. Осмотр мягких родовых путей в зеркалах.</p> <p>6. Зашивание разрывов мягких тканей родовых путей.</p>	<p>12. Кетамин</p> <p>13. Пропофол эмульсия для в/в введения</p> <p>14. Бупивакаин</p> <p>15. Ропивакаин</p> <p>16. Бензодиазепина производные</p> <p>17. Наркотические анальгетики</p> <p>18. Этанол</p> <p>19. Анестетики общие другие</p> <p>20. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D]</p>
О81 Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум -	О81.0 Наложение низких [выходных] щипцов О81.1 Наложение средних [полостных] щипцов О81.2 Наложение средних [полостных] щипцов с поворотом	<p>1. Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом.</p> <p>2. УЗИ плода.</p> <p>3. Оценка состояния плода (КТГ+доплерометрия, непрерывная КТГ).</p>	<p>1. См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</p> <p>2. Наложение акушерских щипцов.</p> <p>3. Наложение вакуум-</p>	См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».

<sup>1</sup> Определение группы крови и резус-фактора, ВИЧ- экспресс-анализ. Анализ крови клинический. Биохимический анализ крови: общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, глюкоза, железо сыворотки крови. Гемостазиограмма и коагуляционный гемостаз (количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, АЧТВ, фибриноген, определение протромбинового (тромбопластинового) времени. Определение антител к бледной трепонеме (Трепонема pallidum) в крови, HBsAg, HCV.

Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы

экстрактора Исключено: неудачная попытка применения вакуум- экстрактора или щипцов (О66.5)	О81.3 Наложение других и неуточненных щипцов О81.4 Применение вакуум - экстрактора О81.5 Родоразрешение с комбинированным применением щипцов и вакуум - экстрактора	4. УЗИ органов малого таза в послеродовой период. 5. Консультация врача- анестезиолога- реаниматолога.	экстрактора. 4. Контрольное ручное обследование стенок полости матки после наложения полостных щипцов.	
О82 Роды одноплодные, родоразреше- ние посредством кесарева сечения	О82.0 Проведение элективного кесарева сечения О82.1 Проведение срочного кесарева сечения О82.2 Проведение кесарева сечения с гистерэктомией О82.8 Другие одноплодные роды путем кесарева сечения О82.9 Роды путем кесарева сечения неуточненные	1. Ведение патологических родов врачом-акушером- гинекологом. 2. Консультация врача- анестезиолога- реаниматолога. 3. УЗИ плода + доплерометрия. 4. КТГ плода. 5. Комплекс исследований при проведении трансфузии. 6. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический, коагулограмма. 7. УЗИ органов малого таза в послеродовой период.	1. Лапаротомия (нижне- срединная / поперечно- надлобковым разрезом / по Джозлу-Козну). 2. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. 3. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте с последующей тотальной / субтотальной гистерэктомией (миома матки больших размеров, невозмож- ность проведения миомэктомии из-за шеечного / перешеечного расположения узла). 4. Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение).	1. Метилэргометрин 2. Энзапрост 3. Препараты кальция 4. Уксусной кислоты производные 5. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз 6. Цефалоспорины 2 или 3 поколения Анестезиологическое обеспечение: 1. Атропина гидрохлорид 2. Дифенгидрамина гидрохлорид 3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол) 5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин) 6. Мидозолам При кесаревом сечении / лапаротомии: 1. Барбитураты (тиопентал натрия) 2. Холина производные (суксаметония хлорид и йодид) 3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромид) 4. Галогенизированные гидрокарбоны (севофлуран жидкость для ингаляций) 5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 6. Опиоиды (трамадол) 7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат)

<p>О83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия</p>	<p>О83.0 Извлечение плода за тазовый конец О83.1 Другое акушерское пособие при родоразрешении в тазовом предлежании 83.2 Роды с другими акушерскими манипуляциями [ручными приемами] О83.3 Родоразрешение живым ребенком при абдоминальной беременности О83.4 Деструктивная операция при родоразрешении О83.8 Другие уточненные виды акушерского пособия при одноплодных родах О83.9 Акушерское пособие при одноплодных родах неуточненное</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом.</li> <li>2. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога.</li> <li>3. УЗИ плода + доплерометрия.</li> <li>4. Оценка состояния плода. КТГ, непрерывная КТГ.</li> <li>5. Комплекс исследований при проведении трансфузии.</li> <li>6. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический, коагулограмма.</li> <li>7. УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ручное пособие по Цовьянову.</li> <li>2. Прием Морисо-Левре-Лашапелль.</li> <li>3. Классическое ручное пособие.</li> <li>4. Извлечение плода за ножку.</li> <li>5. Экстракция плода за тазовый конец.</li> <li>6. Извлечение плода за тазовый конец.</li> <li>7. Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот плода на ножку.</li> <li>8. Лапаротомия.</li> <li>9. Плодоразрушающие операции.</li> <li>10. Клейдотомия (при дистоции плечиков).</li> </ol> <p>Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение).</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метилэргометрин (0,2 мг в/в)</li> <li>2. Окситоцин и его аналоги</li> <li>3. Препараты кальция</li> <li>4. Уксусной кислоты производные</li> <li>5. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз</li> <li>6. Цефалоспорины 2 или 3 поколения</li> </ol> <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атропина гидрохлорид</li> <li>2. Дифенгидрамина гидрохлорид</li> <li>3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол)</li> <li>5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин)</li> <li>6. Мидозолам</li> </ol> <p>При кесаревом сечении / лапаротомии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Барбитураты (тиопентал натрия)</li> <li>2. Холина производные (суксаметония хлорид и йодид)</li> <li>3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромида)</li> <li>4. Галогенизированные гидрокарбонаты (севофлуран жидкость для ингаляций)</li> <li>5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>6. Опиоиды (трамадол)</li> <li>7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат)</li> </ol>
<p>О84 Роды многоплодные При необходимости идентифицировать способ родоразрешения каждым плодом</p>	<p>О84.0 Роды многоплодные, полностью самопроизвольные.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом, ведение партограммы.</li> <li>2. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога.</li> <li>3. УЗИ плода + доплерометрия.</li> </ol>	<p>См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Раствор NaCl</li> <li>2. Препараты кальция</li> <li>3. Уксусной кислоты производные</li> <li>4. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз</li> <li>5. Цефалоспорины 2 или 3 поколения</li> </ol> <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атропина гидрохлорид</li> <li>2. Дифенгидрамина гидрохлорид</li> </ol>



или ребенком используют дополнительный код (O80-O83).		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Оценка состояния плода. КТГ, непрерывная КТГ.</li> <li>5. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический, коагулограмма.</li> <li>6. УЗИ второго плода после рождения первого.</li> <li>7. УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде.</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол)</li> <li>5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин)</li> <li>6. Мидозолам</li> </ol>
	O84.1 Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум экстрактора	См. Рубрику «Роды многоплодные, полностью самопроизвольные».	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Роды многоплодные, полностью самопроизвольные».</li> <li>2. Наложение акушерских щипцов.</li> <li>3. Наложение вакуум-экстрактора.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Раствор NaCl</li> <li>2. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D]</li> <li>3. Препараты кальция</li> <li>4. Уксусной кислоты производные</li> <li>5. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз</li> <li>6. Цефалоспорины 2 или 3 поколения</li> </ol> <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атропина гидрохлорид</li> <li>2. Дифенгидрамина гидрохлорид</li> <li>3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол)</li> <li>5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин)</li> <li>6. Мидозолам</li> </ol>
	O84.2 Роды многоплодные, полностью путем кесарева сечения	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом.</li> <li>2. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога.</li> <li>3. УЗИ плодов, доплерометрия.</li> <li>4. Оценка состояния плода. КТГ.</li> <li>5. Комплекс исследований при проведении трансфузии.</li> <li>6. Общий (клинический)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Лапаротомия (нижне-срединная / поперечно надлобковым разрезом / по Джозлу-Козну).</li> <li>2. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте.</li> <li>3. Интраоперационно: Извлечение плода за ножку / Извлечение плода за тазовый конец.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метилэргометрин</li> <li>2. Энзапрост</li> <li>3. Окситоцин и его аналоги</li> <li>4. Простагландины</li> <li>5. Препараты кальция</li> <li>6. Уксусной кислоты производные</li> <li>7. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз</li> <li>8. Цефалоспорины 2 или 3 поколения</li> <li>9. Препараты кальция</li> <li>10. Уксусной кислоты производные</li> <li>11. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз</li> </ol>

		<p>анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический, коагулограмма.</p> <p>7. УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде.</p>	<p>Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение).</p>	<p>12. Цефалоспорины 2 или 3 поколения</p> <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атропина гидрохлорид</li> <li>2. Дифенгидрамина гидрохлорид</li> <li>3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол)</li> <li>5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин)</li> <li>6. Мидозолам</li> </ol> <p>При кесаревом сечении / лапаротомии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Барбитураты (тиопентал натрия)</li> <li>2. Холина производные (суксаметония хлорид и йодид)</li> <li>3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромида)</li> <li>4. Галогенизированные гидрокарбонаты (севофлуран жидкость для ингаляций)</li> <li>5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>6. Опиоиды (трамадол)</li> <li>7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат)</li> </ol>
<p>О84.8 Другое родоразрешение при многоплодных родах</p> <p>О84.9 Роды многоплодные неуточненные</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом.</li> <li>2. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога.</li> <li>3. УЗИ плодов, доплерометрия.</li> <li>4. Оценка состояния плодов. КТГ, непрерывная КТГ (при живом плоде).</li> <li>5. Комплекс исследований при проведении трансфузии.</li> <li>6. Общий (клинический) анализ крови, общий</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. См. рубрику «Роды многоплодные, полностью самопроизвольные».</li> <li>2. Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот плода на ножку.</li> <li>3. Извлечение плода за тазовый конец.</li> <li>4. Извлечение плода за ножку.</li> <li>5. Ручное пособие по Цовьянову.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метилэргометрин</li> <li>2. Окситоцин и его аналоги</li> <li>3. Антигистаминные препараты</li> <li>4. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз</li> <li>5. Цефалоспорины 2 или 3 поколения</li> <li>6. Препараты кальция</li> <li>7. Уксусной кислоты производные</li> </ol> <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атропина гидрохлорид</li> <li>2. Дифенгидрамина гидрохлорид</li> <li>3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол)</li> </ol>	

		анализ мочи, анализ крови биохимический, коагулограмма. 7. УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде.	6. Прием Морисо-Левре-Лашапелль. 7. Классическое ручное пособие. 8. Лапаротомия. 9. Кесарево сечение. 10. Контрольное ручное обследование стенок полости матки (при родах вне ЛПУ О84.9). Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение).	5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин) 6. Мидозолам При кесаревом сечении / лапаротомии: 1. Барбитураты (тиопентал натрия) 2. Холина производные (суксаметония хлорид и йодид) 3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромид) 4. Галогенизированные гидрокарбонаты (севофлуран жидкость для ингаляций) 5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 6. Опиоиды (трамадол) 7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат)
--	--	---	--	---

#### Осложнения родов и родоразрешения

Нозологическая форма	Код по МКБ-Х	Диагностические мероприятия, консультации смежных врачей-специалистов	Объем лечебных мероприятий	Перечень используемых лекарственных средств
О44 Предлежание плаценты	О44.1 Предлежание плаценты с кровотечением Исключено: роды и родоразрешение, осложнившиеся кровотечением из предлежащих сосудов [vasa praevia] (О69.4)	1. Осмотр врача-акушера-гинеколога при развернутой операционной. 2. Пульс, АД, частота дыхания, температура тела / аппаратный мониторинг. 3. УЗИ органов малого таза + цветное доплеровское	1. Если плод живой и гестационный срок менее 34 недель — консервативная тактика (профилактика РДС). 2. Если плод живой и гестационный срок 34—37 недель консервативная тактика. 3. Если плод живой и доношенный — подготовка к плановому оперативному родоразрешению (рассмотреть вопрос об	При консервативном ведении: 1) Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота). 2) Профилактика РДС – Глюкокортикостероиды активные (Группа III) – Глюкокортикостероиды (дексаметазон). 4) Свежезамороженная плазма (далее – СЗП) в зависимости от степени

		<p>картирование (далее – ЦДК) + доплерометрия.</p> <p>4. УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>5. Оценка состояния плода. КТГ, непрерывная КТГ.</p> <p>6. Комплекс исследований при проведении трансфузии.</p> <p>7. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический.</p> <p>8. Гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической активности, исследование первичного сосудистого-тромбоцитарного гемостаза, Д-димер.</p> <p>9. Анализ крови биохимический.</p> <p>10. При подозрении на коагулопатию прикроватный тест.</p> <p>11. Комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии.</p> <p>12. МРТ матки во время беременности и в послеродовой период.</p> <p>13. Исследование плаценты послеродовое.</p> <p>14. Морфологическое</p>	<p>эмболизации сосудов матки).</p> <p>4. Если плод мертвый или с явными аномалиями развития при любом сроке гестации — подготовка к родоразрешению (при полном предлежании - оперативным путем).</p> <p>5. При сильном кровотечении родоразрешение. Рассмотреть вопрос об эмболизации сосудов матки.</p> <p>6. Способ родоразрешения - кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. При расположении плаценты в нижнем маточном сегменте или при вращении плаценты в рубец на матке придонное кесарево сечение с последующим иссечением рубца (при частичном краевом вращении плаценты в рубец, при полном). При тотальном вращении (а также если данная ситуация является находкой) кесарево сечение без затрагивания рубца на матке с последующим переводом в акушерский стационар третьей группы.</p> <p>7. Дополнительные дозы утеротоников (окситоцин, динопрост).</p> <p>8. При неполном предлежании возможны роды через естественные родовые пути с ранней амниотомией.</p>	<p>кровопотери.</p> <p>При остановившемся кровотечении и сроке менее 37 недель перевод в отделение патологии беременности.</p> <p>При родоразрешении, осложнившимся кровотечением:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Окситоцин и его аналоги</li> <li>2. Метилэргометрин</li> <li>3. Кристаллоиды</li> <li>4. Трансфузия СЗП и эритроцитарной массы, криопреципитата</li> <li>5. Препараты кальция</li> <li>6. Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота)</li> <li>7. Факторы свертывания крови</li> <li>8. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты</li> <li>9. Адрено- и допамин-стимуляторы</li> <li>10. Альфа2-адреномиметики центральные</li> <li>11. Производные имидазолина</li> <li>12. Сульфаниламидные диуретики</li> <li>13. Антигистаминные препараты для местного применения</li> <li>14. Глюкокортикостероиды слабоактивные (Группа I)</li> <li>15. Холинэстеразы ингибиторы</li> <li>16. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз</li> <li>17. Цефалоспорины 2, 3 поколения</li> </ol>
--	--	--	--	--

		<p>исследования удаленного препарата.</p> <p>15. Консультации врачей-специалистов:</p> <p>а) врача-трансфузиолога, б) врача-сердечно-сосудистого хирурга, в) врача-анестезиолога-реаниматолога.</p>		<p>18. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные)</p> <p>19. Ингибиторы протеолиза</p> <p>20. Уксусной кислоты производные</p> <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атропина гидрохлорид</li> <li>2. Дифенгидрамина гидрохлорид</li> <li>3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол)</li> <li>5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин)</li> <li>6. Мидозолам</li> </ol> <p>При кесаревом сечении / лапаротомии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Барбитураты (тиопентал натрия)</li> <li>2. Холина производные (суксаметония хлорид и йодид)</li> <li>3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромида)</li> <li>4. Галогенизированные гидрокарбоны (севофлуран жидкость для ингаляций)</li> <li>5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>6. Опиоиды (трамадол)</li> <li>7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат).</li> </ol>
О69 Роды и родоразрешение, осложнившиеся	О69.4 Роды, осложнившиеся предлежанием	1. См. «Роды одноплодные, самопроизвольное	1. В зависимости от клинической ситуации, срока беременности, акушерской ситуации.	См. раздел «Предлежание плаценты»

патологическим состоянием пуповины	сосуда [vasa praevia]	<p>родоразрешение».</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Осмотр в зеркалах при развернутой операционной.</li> <li>3. Пульс, АД, частота дыхания, температура тела.</li> <li>4. УЗИ органов малого таза + ЦДК + доплерометрия.</li> <li>5. УЗИ органов брюшной полости.</li> <li>6. Оценка состояния плода. КТГ, непрерывная КТГ.</li> <li>7. Комплекс исследований при проведении трансфузии.</li> <li>8. Общий (клинический) анализ крови.</li> <li>9. Гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической активности, исследование первичного сосудистого-тромбоцитарного гемостаза, Д-димер.</li> <li>10. При подозрении на коагулопатию - прикроватный тест.</li> <li>11. Исследование плаценты послеродовое.</li> <li>12. Консультации врачей-специалистов: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) врача-трансфузиолога,</li> <li>б) врача-сердечно-сосудистого хирурга,</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Способ родоразрешения при массивном кровотечении и отсутствии условий для быстрого родоразрешения кесарево сечение.</li> <li>3. При мертвом плоде и отсутствии массивного кровотечения возможно родоразрешение через естественные родовые пути.</li> </ol>	
------------------------------------	-----------------------	--	--	--

		в) врача-анестезиолога-реаниматолога.		
О45 Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae]	О45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови О45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты О45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточненная	1. Пульс, АД, частота дыхания, температура тела. 2. УЗИ органов малого таза + ЦДК + доплерометрия. 3. УЗИ органов брюшной полости. 4. Оценка состояния плода. КТГ, непрерывная КТГ. 5. Комплекс исследований при проведении трансфузии. 6. При подозрении на коагулопатию - прикроватный тест. 7. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи. 8. Гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической активности, исследование первичного сосудистого-тромбоцитарного гемостаза, Д-димер. 9. Анализ крови биохимический. 10. Исследование плаценты послеродовое. 11. Морфологическое исследования удаленного препарата. 12. Консультации врачей-	1. Кесарево сечение (при живом плоде и отсутствии условий для быстрого родоразрешения, а также при мертвом плоде и массивной кровопотере). 2. При преждевременной отслойке плаценты не более 1/3 и отсутствии дистресс-синдрома плода, благоприятной акушерской ситуации для родоразрешения роды через естественные родовые пути. 3. При преждевременной отслойке плаценты во 2 периоде родов, дистресс синдроме плода - наложение акушерских щипцов / вакуум-экстратора / экстракция плода за тазовый конец. 4. После рождения плода при родах через естественные родовые пути ручное обследование стенок полости матки. 5. При обнаружении матки Кювелера экстирпация матки без придатков (решение консилиума врачей). 6. Инфузионная терапия. 7. Трансфузионная терапия.	При родоразрешении через естественные родовые пути: см. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». При оперативных родах путем кесарева сечения: см «Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения». При родах, осложнившихся кровопотерей: 1. Окситоцин и его аналоги 2. Метилэргометрин 3. Динопрост 4. Кристаллоиды 5. Трансфузия СЗП и эритроцитарной массы, криопреципитата 6. Препараты кальция 7. Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота) 8. Факторы свертывания крови 9. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты 10. Адрено- и допамин-стимуляторы 11. Альфа2-адреномиметики центральные 12. Производные имидазолина 13. Сульфаниламидные диуретики 14. Антигистаминные препараты для местного применения 15. Глюкокортикостероиды слабоактивные (Группа I)

		<p>специалистов:  а) врача-трансфузиолога,  б) врача-сердечно-сосудистого хирурга,  в) врача-анестезиолога-реаниматолога.</p>	<p>16. Холинэстеразы ингибиторы  17. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз  18. Цефалоспорины 2 и 3 поколения  19. Холина производные  20. Четвертичные аммониевые соединения  21. Барбитураты  22. Наркотические анальгетики  23. Анестетики общие другие  24. Опия алкалоиды природные  25. Опиоиды  26. Бензодиазепина производные  27. Растворы электролитов  28. Алкалоиды белладонны  29. Третичные амины  30. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные)  31. Ингибиторы протеолиза</p>
<p>О46 Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках  Исключено:  кровотечение в ранние сроки беременности (О20-);  кровотечение в родах НКДР (О67.-);  предлежание плаценты (О44.-);  преждевременная отслойка плаценты (О45.-).</p>	<p>О46.0 Дородовое кровотечение с нарушением свертываемости  О46.8 Другое дородовое кровотечение  О46.9 Дородовое кровотечение неуточненное</p>	<p>О44 Предлежание плаценты  О45 Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae]</p>	
<p>О67 Роды и родоразрешение,</p>	<p>О67.0 Кровотечение во время родов с</p>	<p>О44 Предлежание плаценты</p>	



<p>осложнившиеся кровотечением во время родов, не классифицированным в других рубриках Исключено: дородовое кровотечение НКДР (О46.-); послеродовое кровотечение (О72.-); предлежание плаценты (О44.-); преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae] (О45.-)</p>	<p>нарушением свертываемости крови О67.8 Другие кровотечения во время родов О67.9 Кровотечение во время родов неуточненное</p>	<p>О45 Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae]  Роды, сопровождавшиеся материнским травматизмом</p>		
<p>О72 Послеродовое кровотечение Включено: кровотечение после рождения плода или ребенка</p>	<p>О72.0 Кровотечение в третьем периоде родов О72.1 Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде О72.2 Позднее или вторичное послеродовое кровотечение О72.3 Послеродовая(ой) коагуляционный дефект, афибриногенемия, фибринолиз О73 Задержка плаценты и плодных оболочек без кровотечения О73.0 Задержка плаценты без</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. УЗИ органов малого таза.</li> <li>2. УЗИ органов брюшной полости.</li> <li>3. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи.</li> <li>4. Гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической активности, исследование первичного сосудистого-тромбоцитарного гемостаза, Д-димер.</li> <li>5. Анализ крови биохимический.</li> <li>6. Комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии.</li> <li>7. Комплекс исследований</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ручное отделение и выделение последа.</li> <li>2. Ручное обследование стенок полости матки.</li> <li>3. Зашивание разрывов мягких родовых путей.</li> <li>4. Бимануальная компрессия матки.</li> <li>5. Внутриматочная тампонада (баллонная).</li> <li>6. Наложение клемм на шейку матки.</li> <li>7. Сдавление брюшной аорты (компрессия к позвоночнику). Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение). Трансфузия препаратов крови, кровезаменителей. Хирургический гемостаз: 1. Лапаротомия 2. Наложения швов по В-Линчу 3. Перевязка маточной и яичниковой артерий 4. Перевязка подвздошных артерий 5. Экстирпация матки (при</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Окситоцин и его аналоги</li> <li>2. Метилэргометрин</li> <li>3. Кристаллоиды См. «Беременность позднего срока, роды и родоразрешение, осложнившиеся кровотечением»</li> <li>4. Трансфузия СЗП и эритроцитарной массы, криопреципитата</li> <li>5. Препараты кальция</li> <li>6. Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота)</li> <li>7. Факторы свертывания крови</li> <li>8. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты</li> <li>9. Адрено- и допамин-стимуляторы</li> <li>10. Альфа2-адреномиметики центральные</li> <li>11. Производные имидазолина</li> <li>12. Сульфаниламидные</li> </ol>

	кровоотечения O73.1 Задержка частей плаценты или плодных оболочек без кровоотечения	при проведении трансфузии. 8. При подозрении на коагулопатию - прикроватный тест. 9. Исследование плаценты послеродовое. 10. Морфологическое исследования удаленного препарата. 11. Консультации врачей- специалистов: а) врача-трансфузиолога, б) врача-сердечно- сосудистого хирурга, в) врача-анестезиолога- реаниматолога.	неэффективности хирургического гемостаза) 6. Эндovasкулярные окклюдизирующие операции 7. Гистероскопия 8. Инструментальное исследование полости матки 9. Гистерорезектоскопия	диуретики 13. Антигистаминные препараты для местного применения 14. Глюкокортикостероиды слабоактивные (Группа I) 15. Холинэстеразы ингибиторы 16. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета- лактамаз 17. Цефалоспорины 2 и 3 поколения 18. Холина производные 19. Четвертичные аммониевые соединения 20. Барбитураты 21. Наркотические анальгетики 22. Анестетики общие другие 23. Опия алкалоиды природные 24. Опиоиды 25. Бензодиазепина производные 26. Растворы электролитов 27. Алкалоиды белладонны 28. Третичные амины 29. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные) 30. Ингибиторы протеолиза
O60. Преждевременные роды	При сроке менее 34 недель и открытии шейки матки менее 3 см	1. См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». 2. УЗИ плода + цервикометрия. 3. Определение фетального фибронектина во влагалищном содержи- мом после 22 недель.	1. Перевод в акушерский стационар третьей группы. 2. Профилактика РДС. 3. Токолиз. 4. Полная информированность пациентки об акушерской ситуации и прогнозе для новорожденного. Профилактика РДС: а) Глюкокортикостероиды активные (Группа III) (бетаметазон) в 24-34 недели;	1. Дигидропиридиновые производные (нифедипин). 2. Ингибиторы циклооксигеназы индометацин (применяется до 32 недель беременности). 3. Бета2-адреностимуляторы селективные (при непереносимости нифедипина).

		<p>4. При токолизе нифедипином:</p> <p>а) постоянный контроль частоты сердечных сокращений плода пока имеются маточные сокращения (непрерывная КТГ);</p> <p>б) измерение пульса, АД каждые 30 минут в течение первого часа, затем ежечасно в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа.</p> <p>5. При использовании <math>\beta</math>-адреномиметиков необходим контроль:</p> <p>а) частоты сердечных сокращений, АД матери - каждые 15 мин;</p> <p>б) уровня глюкозы крови - каждые 4 часа;</p> <p>в) объема вводимой жидкости и диуреза;</p> <p>г) аускультация легких - каждые 4 часа;</p> <p>д) мониторинг состояния плода и сократительной активности матки.</p>	<p>б) Глюкокортикостероиды (дексаметазон) в 24-34 недели.</p> <p>Токолитические препараты назначают в режиме монотерапии:</p> <p>а) Дигидропиридиновые производные (нифедипин);</p> <p>б) При непереносимости нифедипина возможно использование <math>\beta</math>2-адреностимуляторов селективных (токолиз гексопреналином).</p> <p>При вступлении в роды и невозможности перевода в акушерский стационар третьей группы:</p> <p>а) Вызов реанимационной неонатальной бригады;</p> <p>б) Профилактика РДС (если не проведена);</p> <p>в) Антибиотики с профилактической целью (первая доза должна быть введена как минимум за 4 часа до рождения ребенка) при стрептококке группы В.</p> <p>Ампициллин Цефалоспорины 1 поколения</p> <p>Антибактериальная терапия (при излитии околоплодных вод - см. раздел «Преждевременный разрыв плодных оболочек»).</p>	<p>4. Атозибан</p> <p>5. Глюкокортикостероиды активные (Группа III) (бетаметазон).</p> <p>6. Глюкокортикостероиды (дексаметазон).</p>
	При сроке менее 34 недель и открытии шейки матки более 3 см	<p>1. См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</p> <p>2. УЗИ плода, доплерометрия.</p> <p>3. Контроль частоты сердечных сокращений, АД матери.</p> <p>4. Мониторинг состояния плода и сократительной активности матки.</p>	<p>1. Ведение преждевременных родов при головном предлежании плода осуществляется через естественные родовые пути. Кесарево сечение проводится по акушерским показаниям.</p> <p>2. После 32 недель предпочтительны вагинальные роды.</p> <p>3. При ножном предлежании - только кесарево сечение.</p> <p>4. При преждевременных родах может быть использован любой</p>	<p>1. Раствор NaCl</p> <p>2. Прокаин, лидокаин</p> <p>3. Метилэргометрин</p> <p>4. Окситоцин</p> <p>5. Кеторолак</p> <p>6. Тримеперидин</p> <p>7. Фентанил</p> <p>8. Мидазолам</p> <p>9. Дифенгидрамина гидрохлорид</p> <p>10. Атропина сульфат</p> <p>11. Кетамин</p>

			<p>вид обезболивания, немедикаментозного и медикаментозного.</p> <p>5. В первом периоде родов при обезболивании следует избегать назначения лекарственных препаратов, угнетающих дыхательный центр плода. Методом выбора является эпидуральная анестезия.</p> <p>6. Второй период родов ведется без защиты промежности.</p> <p>7. После рождения недоношенного ребенка отсрочка пережатия пуповины на 30-120 секунд.</p>	<p>12. Пропофол эмульсия для в/в введения</p> <p>13. Бупивакаин</p> <p>14. Ропивакаин</p> <p>15. Дротаверина гидрохлорид</p> <p>16. Этанол</p> <p>17. Анестетики общие другие (натрия оксибутират)</p> <p>18. Цефалоспорины 1 и 2 поколения</p> <p>19. Полусинтетические пенициллины</p> <p>20. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D]</p> <p>При кесаревом сечении «См. Родоразрешение посредством кесарева сечения»</p>
	<p>При сроке 34-37 недель и открытии шейки матки менее 3 см</p>	<p>1. См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</p> <p>2. УЗИ плода + цервикометрия</p> <p>3. Определение фетального фибронектина во влагалищном содержимом после 22 недель.</p> <p>4. Диагностика дородового излития околоплодных вод (тест-система).</p> <p>5. При токолизе нифедипином:</p> <p>а) постоянный контроль частоты сердечных сокращений плода, пока имеются маточные сокращения (непрерывная КТГ);</p> <p>б) измерение пульса, АД каждые 30 минут в течение</p>	<p>Токолитические препараты назначают в режиме монотерапии:</p> <p>а) Дигидропиридиновые производные (нифедипин);</p> <p>б) При непереносимости нифедипина возможно использование бета 2 - адреностимуляторов селективных (токолиз гексопреналином).</p>	<p>1. Дигидропиридиновые производные (нифедипин)</p> <p>2. Бета2-адреностимуляторы селективные (при непереносимости нифедипина)</p>

		<p>первого часа, затем ежечасно в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа.</p> <p>6. При использовании <math>\beta</math>2-адреномиметиков необходим контроль:</p> <p>а) частоты сердечных сокращений, АД матери - каждые 15 мин;</p> <p>б) уровня глюкозы крови - каждые 4 часа;</p> <p>в) объема вводимой жидкости и диуреза;</p> <p>г) аускультация легких - каждые 4 часа.</p> <p>Мониторинг состояния плода и сократительной активности матки.</p>		
	При сроке 34-37 недель и открытии шейки матки более 3 см	<ol style="list-style-type: none"> <li>См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</li> <li>УЗИ плода, доплерометрия.</li> <li>Контроль частоты сердечных сокращений, АД матери.</li> <li>Мониторинг состояния плода и сократительной активности матки.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Токолиз не эффективен.</li> <li>Антибиотики должны быть назначены с профилактической целью. Первая доза должна быть введена как минимум за 4 часа до рождения ребенка (ампициллин, цефалоспорины 1 поколения).</li> <li>Ведение преждевременных родов при головном предлежании плода осуществляется через естественные родовые пути. Кесарево сечение проводится по акушерским показаниям.</li> <li>После 32 недель предпочтительны вагинальные роды.</li> <li>При ножном предлежании - только кесарево сечение.</li> <li>При преждевременных родах может быть использован любой вид обезболивания, немедикаментозного и медикаментозного.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Раствор NaCl</li> <li>Прокаин, лидокаин</li> <li>Метилэргометрин</li> <li>Окситоцин</li> <li>Кеторолак</li> <li>Тримеперидин</li> <li>Фентанил</li> <li>Мидазолам</li> <li>Дифенгидрамина гидрохлорид</li> <li>Атропина сульфат</li> <li>Кетамин</li> <li>Пропофол эмульсия для в/в введения</li> <li>Бупивакаин</li> <li>Ропивакаин</li> <li>Этанол</li> <li>Анестетики общие другие (натрия оксибутират)</li> <li>Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D]</li> </ol>

			<p>7. В первом периоде родов при обезболивании следует избегать назначения лекарственных препаратов, угнетающих дыхательный центр плода. Методом выбора является эпидуральная анестезия.</p> <p>8. Второй период родов ведется без защиты промежности.</p> <p>9. После рождения недоношенного ребенка отсрочка пережатия пуповины на 30-120 секунд.</p>	<p>При кесаревом сечении «См. раздел Родоразрешение посредством кесарева сечения».</p>
<p>О42 Преждевременный разрыв плодных оболочек</p>	<p>О42.0 Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 часа О42.1 Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов после 24-часового безводного промежутка О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией О42.9 Преждевременный разрыв плодных оболочек неуточненный</p>	<p>1. При подозрении на дородовое излитие вод влагалищное исследование противопоказано.</p> <p>2. Осмотр в зеркалах + одноразовые тест-системы + стерильная контрольная подкладная.</p> <p>3. Посев отделяемого из цервикального канала на <math>\beta</math>-гемолитический стрептококк, флору и чувствительность к антибиотикам - при первом осмотре в зеркалах.</p> <p>4. УЗИ (олигогидроамнион). При маловодии УЗИ почек плода.</p> <p>5. Общий анализ крови лейкоциты, формула 1 раз в 2-3 дня при отсутствии клинических признаков инфекции.</p> <p>6. Определение С-реактивного белка в</p>	<p>До 34 недель беременности:</p> <p>1. Перевод в акушерский стационар третьей группы.</p> <p>2. Токолитики при подготовке к переводу в перинатальный центр.</p> <p>3. Антибактериальная терапия сразу и до рождения ребенка (эритромицин, ампициллин, при положительном высеве <math>\beta</math>-гемолитического стрептококка – пенициллин).</p> <p>4. При развитии хориоамнионита добавление гентамицина. При подтверждении диагноза хориоамнионита после родоразрешения дополнительно метронидазол.</p> <p>5. Для профилактики РДС плода - бетаметазон или дексаметазон.</p> <p>6. Родовозбуждение при наличии инфекции.</p> <p>В сроке 34-37 недель:</p> <p>1. Без акушерских показаний повторное влагалищное исследование не проводится.</p> <p>2. Длительная (более 12-24 часов) выжидательная тактика не показана.</p> <p>3. При развитии спонтанной родовой</p>	<p>Пенициллины Цефалоспорины 1, 2 поколения Макролиды Бетаметазон Дексаметазон Окситоцин Простагландин Е Метронидазол Окситоцин</p>

		<p>крови.</p> <p>7. Оценка состояния плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ в сроке 32 недель и более регулярно, не реже 1 раза в 2-3 дня).</p> <p>8. Уточнение срока беременности.</p> <p>9. Контроль температуры тела, пульса, частоты сердечных сокращений плода, выделений из половых путей, сокращений матки каждые 4 часа.</p> <p>10. Оценка эффективности родовозбуждения в течение 4 часов.</p>	<p>деятельности токолиз нецелесообразен.</p> <p>4. Антибиотикопрофилактика (см. выше).</p> <p>5. Профилактика РДС только если срок беременности точно не определен.</p> <p>В сроке более 37 недель: Выжидательная тактика (по желанию женщины):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Без влагищного исследования.</li> <li>2. При развитии спонтанной родовой деятельности токолиз нецелесообразен.</li> <li>3. Антибиотикопрофилактика при безводном промежутке более 18 часов (ампициллин).</li> <li>4. При признаках инфекции родовозбуждение.</li> </ol> <p>Активная тактика (по желанию женщины):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При незрелой шейке динопрост интравагинально.</li> <li>2. При зрелой шейке матки родовозбуждение простагландинами или окситоцином.</li> <li>3. Оперативное родоразрешение по акушерским показаниям вне зависимости от продолжительности безводного промежутка и наличия признаков хориоамнионита.</li> <li>4. Антибиотикотерапия только при наличии клинических признаков хориоамнионита (ампициллин + гентамицин; метронидазол). Терапия продолжается до 48 часов нормальной температуры.</li> </ol>	
Об1 Неудачная попытка стимуляции	Об1.0 Неудачная попытка стимуляции	1. См. рубрику «Роды одноплодные,	1. Индукция родов оправдана только тогда, когда риск от	Простагландин E2 Антипрогестины

родов	<p>родов медикаментозными средствами</p> <p>Об1.1 Неудачная попытка стимуляции родов</p> <p>инструментальными методами</p> <p>Об1.8 Другие виды неудачной попытки стимуляции родов</p> <p>Об1.9 Неудачная попытка стимуляции родов неуточненная</p>	<p>самопроизвольное родоразрешение».</p> <p>2. Оценка состояния плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ, нестрессовый тест).</p> <p>3. Оценка зрелости шейки матки по шкале Bishop.</p> <p>4. Контроль состояния плода во время индукции (20 мин/час) или непрерывная КТГ при родах высокого риска.</p>	<p>продолгования беременности для беременной и плода превышает риск самой индукции.</p> <p>2. Проводится в акушерских стационарах второй (третьей) группы.</p> <p>3. Медикаментозные методы:</p> <p>а) простагландин Е2 — гель (динопрост) интрацервикально или интавагинально (динопростон);</p> <p>б) антипрогестины (мифепристон).</p> <p>4. Механические методы:</p> <p>а) ламинарии (увеличивают риск инфекции);</p> <p>б) катетер Фолея;</p> <p>Схемы подготовки шейки матки подбираются индивидуально</p> <p>5. Методы индукции:</p> <p>а) отслойка нижнего полюса плодного пузыря;</p> <p>б) амниотомия;</p> <p>в) окситоцин (при отсутствии плодного пузыря);</p> <p>г) простагландин Е2 гель.</p> <p>Окситоцин не должен применяться ранее, чем через 6 часов после введения последней дозы простагландина Е2.</p> <p>6. При неэффективности индукции родов, тазовом предлежании, крупном плоде кесарево сечение.</p>	Окситоцин и его аналоги
О62 Нарушения родовой деятельности [родовых сил]	<p>О62.0 Первичная слабость родовой деятельности</p> <p>О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности</p> <p>О62.2 Другие виды слабости родовой деятельности</p>	<p>1. См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</p> <p>2. Оценка состояния плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ).</p> <p>3. Непрерывная КТГ.</p> <p>4. Ведение партограммы</p>	<p>Патологический прелиминарный период:</p> <p>1. Анальгетики (нестероидные противовоспалительные средства, спазмолитики).</p> <p>2. Производные дифенгидрамина гидрохлорида</p> <p>3. Алкалоиды белладонны (атропина сульфат).</p>	<p>См «О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения».</p> <p>См «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</p>



	<p>О62.8 Другие нарушения родовой деятельности</p> <p>О62.9 Нарушение родовой деятельности неуточненное</p>	<p>в родах.</p> <p>5. Оценка родовой деятельности.</p> <p>6. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога.</p>	<p>При утомлении: акушерский сон: премедикация (промедол, атропин, димедрол). После отдыха: мифепристон + простагландин Е гель эндоцервикально Амниотомия Родостимуляция окситоцином (не отключать до родоразрешения, продолжить введение окситоцина в течение не менее 30 минут после рождения ребенка). Кесарево сечение (при сочетании слабости родовой деятельности с дистрессом плода, неэффективностью медикаментозной терапии, плацентарной недостаточностью, задержкой роста плода, крупным плодом, многоплодием, узким тазом).</p>	
	<p>О62.3 Стремительные роды</p> <p>О62.4 Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки</p>		<p>1. Рассмотреть вопрос о токолизе (гексопреналин или верапамил). 2. Акушерский сон, спазмолитики. 3. Проводниковая анальгезия. 4. Кесарево сечение (при дистрессе плода, неэффективности медикаментозной терапии, плацентарной недостаточности, задержке роста плода).</p>	
О63 Затяжные роды	<p>О63.0 Затянувшийся первый период родов</p> <p>О63.1 Затянувшийся второй период родов</p> <p>О63.2 Задержка рождения второго плода из двойни, тройни и т. д.</p> <p>О63.9 Затяжные роды неуточненные</p>	<p>1. См. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</p> <p>2. Оценка состояния плода (УЗИ + КТГ), непрерывная КТГ.</p> <p>3. Ведение партограммы в родах.</p> <p>4. Оценка родовой деятельности.</p>	<p>См. «Нарушения родовой деятельности» См. «О84 Роды многоплодные» См «О81 Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум экстрактора» См «О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения» См «О83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия»</p>	
О64 Затрудненные	О64.0 Затрудненные	1. См. «О80 Роды	См «О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством	

<p>роды вследствие неправильного положения или предлежания плода</p>	<p>роды вследствие неполного поворота головки плода          О64.1 Затрудненные роды вследствие ягодичного предлежания          О64.2 Затрудненные роды вследствие лицевого предлежания          О64.3 Затрудненные роды вследствие лобного предлежания          О64.4 Затрудненные роды вследствие предлежания плечика          О64.5 Затрудненные роды вследствие комбинированного предлежания          О64.8 Затрудненные роды вследствие другого неправильного положения и предлежания плода          О64.9 Затрудненные роды вследствие неправильного положения и предлежания плода неуточненного</p>	<p>одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».          2. Оценка состояния плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ), непрерывная КТГ.          3. Ведение партограммы в родах.          4. Оценка родовой деятельности.</p>	<p>кесарева сечения»          См «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение»          См «О83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия»</p>
<p>О65 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери</p>	<p>О65.0 Затрудненные роды вследствие деформации таза          О65.1 Затрудненные роды вследствие равномерно</p>	<p>1. См. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».          2. Оценка состояния плода (УЗИ +</p>	<p>Метод родоразрешения в зависимости от акушерской ситуации          См «О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения»          См «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение»          См «О83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием</p>

	<p>суженного таза  О65.2 Затрудненные роды вследствие сужения входа таза  О65.3 Затрудненные роды вследствие сужения выходного отверстия и среднего диаметра таза  О65.4 Затрудненные роды вследствие несоответствия размеров таза и плода неуточненного  Исключено:  дистоция вследствие аномалии плода (О66.2-О66.3)  О65.5 Затрудненные роды вследствие аномалии органов таза у матери  О65.8 Затрудненные роды вследствие других аномалий таза у матери  О65.9 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери неуточненной</p>	<p>доплерометрия, КТГ), непрерывная КТГ.  3. Ведение партограммы в родах.  4. Оценка родовой деятельности.  5. Ведение родов с функциональной оценкой таза.</p>	<p>другого акушерского пособия»</p>	
<p>О66 Другие виды затрудненных родов</p>	<p>О66.0 Затрудненные роды [дистоция] вследствие предлежания плечика</p>	<p>1. См. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».  2. Оценка состояния плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ), непрерывная КТГ.  3. Ведение партограммы</p>	<p>Алгоритм:  1. Отметить время рождения головки (есть в запасе 5 мин).  2. Вызвать второго врача-акушера-гинеколога и врача-неонатолога.  3. Обхватить головку ребенка руками в щечно-височных областях и осторожно (отклоняя не более чем на 300 от оси) потянуть вниз.</p>	<p>См «О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения»  См «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение»</p>

		<p>в родах.</p> <p>4. Оценка родовой деятельности.</p> <p>Диагностика:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Головка плода родилась, но шея осталась плотно охваченной вульвой.</li> <li>2. Подбородок втягивается и опускает промежность.</li> <li>3. Потягивание за головку не сопровождается рождением плечика.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Не давить на дно матки (разрыв матки).</li> <li>5. В положении литотомии с максимально согнутыми ногами и приведенными к груди попытаться надавить над лоном в направлении от симфиза.</li> <li>6. Ручным пособием изнутри обеими руками попытаться осуществить «винт», потом обратный «винт».</li> <li>7. Попытаться извлечь заднюю ручку.</li> <li>8. Сломать ключицу (при необходимости).</li> <li>9. Выполнить клейдотомию.</li> <li>10. Ручное обследование стенок полости матки.</li> </ol> <p>В истории родов необходимо отразить:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) Время рождения головки.</li> <li>б) Направление поворота головки после ее рождения.</li> <li>в) Последовательность приемов, их продолжительность.</li> <li>г) Время рождения туловища.</li> </ol>	
	<p>Об6.1 Затрудненные роды вследствие сцепления [коллизии] близнецов</p> <p>Об6.2 Затрудненные роды вследствие необычно крупного плода</p> <p>Об6.3 Затрудненные роды вследствие других аномалий плода</p> <p>Об6.4 Неудачная попытка вызвать роды неуточненная</p> <p>Об6.5 Неудачная попытка применения</p>		<p>См «О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения»</p> <p>См «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение»</p> <p>См «О83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия»</p>	

	вакуум - экстрактора и наложения щипцов неуточненная О66.8 Другие уточненные виды затрудненных родов О66.9 Затрудненные роды неуточненные			
О68 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода [дистресс] Включено: дистресс плода во время родов или родоразрешения, вызванные введением лекарственных препаратов	О68.0 Роды, осложнившиеся изменениями частоты сердечных сокращений плода О68.1 Роды, осложнившиеся выходом мекония в амниотическую жидкость О68.2 Роды, осложнившиеся изменениями частоты сердечных сокращений плода с выходом мекония в амниотическую жидкость О68.3 Роды, осложнившиеся появлением биохимических признаков стресса плода О68.8 Роды, осложнившиеся появлением других признаков стресса плода О68.9 Роды, осложнившиеся стрессом плода неуточненным	1. См. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». 2. Оценка состояния плода (УЗИ.+ доплерометрия, КТГ), непрерывная КТГ. 3. Контроль шевелений плода. 4. Ведение партограммы в родах. 5. Оценка родовой деятельности. 6. Контроль характера околоплодных вод.	Синдром мекониальной аспирации - обнаружение мекония ниже голосовой щели. 1. Родоразрешение женщин с мекониально окрашенными водами целесообразно проводить в акушерских стационарах второй (третьей) группы. 2. Сочетание мекониально окрашенных вод и патологических изменений на КТГ - показание к экстремному завершению родов согласно акушерской ситуации. 3. При отсутствии патологических изменений на непрерывной КТГ см. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». 4. При рождении головки отсасывание слизи изо рта и носа. 5. После рождения при отсутствии асфиксии см. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». 6. При асфиксии реанимационные мероприятия по решению врача-неонатолога (санация катетером, ларингоскопия, интубация, зонд в желудок, положительная ИВЛ).	См. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение» См «О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения»

<p>О69 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины</p>	<p>О69.0 Роды, осложнившиеся выпадением пуповины  О69.1 Роды, осложнившиеся обвитием пуповины вокруг шеи со сдавлением  О69.2. Роды, осложнившиеся запутыванием пуповины  О69.3 Роды, осложнившиеся короткой пуповиной  О69.4 Роды, осложнившиеся предлежанием сосуда [vasa praevia]  О69.5 Роды, осложнившиеся повреждением сосудов пуповины  О69.8 Роды, осложнившиеся другими патологическими состояниями пуповины  О69.9 Роды, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины неуточненным</p>	<p>1. См. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение»  2. Оценка состояния плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ).  3. Контроль шевелений плода.  4. Длительная или непрерывная КТГ.  5. Оценка родовой деятельности.  6. Контроль характера околоплодных вод.  7. Анализ крови плода.</p>	<p>О69.0:  1. Попытаться вправить пуповину  2. Тактика в зависимости от акушерской ситуации:  а) кесарево сечение в экстренном порядке;  б) наложение акушерских щипцов;  в) вакуум-экстракция плода.</p> <p>О69.1, О69.2, О69.3:  1. Тактика в зависимости от акушерской ситуации:  а) кесарево сечение в экстренном порядке;  б) наложение акушерских щипцов;  в) вакуум-экстракция плода.  2. Во втором периоде родов при рождении головки:  а) попытаться ослабить пуповину,  б) при невозможности ослабить пересечь между двумя зажимами.</p> <p>О69.4 - Предлежание плаценты  О69.5 - О44 Предлежание плаценты, О45 Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae]</p>	<p>См. О80 «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».  О81 «Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум экстрактора».  О82 «Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения».</p>
<p>О70 Разрывы промежности при родоразрешении  Включено: эпизиотомия,</p>	<p>О70.0 Разрыв промежности первой степени в процессе родоразрешения</p>	<p>1. Осмотр родовых путей в зеркалах.  2. Общий анализ крови (при кровотечении).</p>	<p>1. Зашивание разрывов.  2. В послеродовом периоде:  а) сухая обработка швов;  б) диета 1а;  в) очистительная клизма перед</p>	<p>1. См. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».  2. Антибиотики широкого</p>

продолженная разрывом	<p>O70.1 Разрыв промежности второй степени в процессе родоразрешения</p> <p>O70.2 Разрыв промежности третьей степени в процессе родоразрешения</p> <p>O70.3 Разрыв промежности четвертой степени в процессе родоразрешения</p> <p>O70.9 Разрыв промежности в процессе родоразрешения неуточненный</p>		снятием швов.	спектра действия.
<p>O71 Другие акушерские травмы</p> <p>Включено: повреждение инструментами</p>	<p>O71.0 Разрыв матки до начала родов</p> <p>O71.1 Разрыв матки во время родов</p> <p>O71.2 Послеродовой выворот матки</p> <p>O71.3 Акушерский разрыв шейки матки</p> <p>O71.4 Акушерский разрыв только верхнего отдела влагалища</p> <p>O71.5 Другие акушерские травмы тазовых органов</p> <p>O71.6 Акушерские травмы тазовых суставов и связок</p> <p>O71.7 Акушерская гематома таза</p> <p>O71.8 Другие</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога.</li> <li>2. УЗИ органов малого таза.</li> <li>3. УЗИ органов брюшной полости.</li> <li>4. УЗИ плода + КТГ (беременные, роженицы).</li> <li>5. Осмотр родовых путей в зеркалах послеродовой.</li> <li>6. Ручное обследование матки послеродовое.</li> <li>7. Лабораторно:             <ol style="list-style-type: none"> <li>а) общий анализ крови, общий анализ мочи;</li> <li>б) гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Экстренное кесарево сечение. Ушивание разрыва матки.</li> <li>2. Наложение акушерских щипцов / вакуум экстрактора.</li> <li>3. Осмотр мягкий родовых путей.</li> <li>4. Ручное обследование стенок полости матки.</li> <li>5. Зашивание разрывов мягких родовых путей.</li> <li>6. Вскрытие и опорожнение гематомы таза / дренирование.</li> <li>7. Вправление матки.</li> <li>8. Лапаротомия. Ушивание разрыва матки.</li> <li>9. Перевязка маточной артерии / подвздошных артерий (при кровотечении).</li> <li>10. Субтотальная брюшная гистерэктомия / экстирпация матки (при кровотечении и неэффективности хирургического</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. При разрыве матки, сопровождающемся кровотечением см. послеродовые кровотечения.</li> <li>2. Окситоцин и его аналоги</li> <li>3. Метилэргометрин</li> <li>4. Кристаллоиды</li> <li>5. Трансфузия СЗП и эритроцитарной массы, криопреципитата</li> <li>6. Препараты кальция</li> <li>7. Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота)</li> <li>8. Факторы свертывания крови</li> <li>9. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты</li> <li>10. Адрено- и допамин-стимуляторы</li> </ol>

	<p>уточненные акушерские травмы O71.9 Акушерская травма неуточненная</p>	<p>активности, исследование первичного сосудистого-тромбоцитарного гемостаза, Д-димер; в) биохимия крови; г) комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии; д) комплекс исследований при проведении трансфузии; е) исследование плаценты послеродовое. 8. Консультации врачей-специалистов: а) врача-трансфузиолога, б) врача-анестезиолога-реаниматолога.</p>	<p>гемостаза, наличии сопутствующей патологии матки). 11. При расхождении лобкового симфиза положение в кровати «гамачок», тугое бинтование.</p>	<p>11. Альфа2-адреномиметики центральные 12. Производные имидазолина 13. Сульфаниламидные диуретики 14. Антигистаминные Глюкокортикостероиды слабоактивные (Группа I) 15. Холинэстеразы ингибиторы 16. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз 17. Цефалоспорины 2, 3 поколения 18. Холина производные 19. Четвертичные аммониевые соединения 20. Барбитураты 21. Наркотические анальгетики 22. Анестетики общие другие 23. Опия алкалоиды природные 24. Опиоиды 25. Бензодиазепина производные 26. Растворы электролитов 27. Алкалоиды белладонны 28. Третичные амины 29. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные)</p>
--	--	--	--	--



## ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

Нозологическая форма	Код по МКБ-10	Диагностические мероприятия, консультации смежных врачей-специалистов	Объем лечебных мероприятий	Перечень используемых лекарственных средств
О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение Включено: случаи с минимальной помощью или без нее, с проведением эпизиотомии или без нее; нормальные роды	О80.0 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании О80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании О80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды О80.9 Одноплодные самопроизвольные роды неуточненные	1. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при наличии показаний). 2. УЗИ органов малого таза на 3 сутки после родов.	1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно. 2. Осмотр и пальпация молочных желез ежедневно. 3. Рекомендации по грудному вскармливанию. 4. Туалет наружных половых органов. 5. Сухая обработка швов (при их наличии). 6. Снятие наружных нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5 сутки.	Анти-D-иммуноглобулин в дозе 300 мкг (1500 ЕД) - в течение 72 часов после родов всем женщинам с Rh отрицательной группой крови, родившим ребенка с положительной Rh-принадлежностью либо ребенка, чью Rh-принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе АВ0
О81 Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум - экстрактора	О81.0 Наложение низких [выходных] щипцов О81.1 Наложение средних [полостных] щипцов О81.2 Наложение средних [полостных] щипцов с поворотом О81.3 Наложение других и неуточненных щипцов О81.4 Применение вакуум - экстрактора О81.5 Родоразрешение с комбинированным применением щипцов и вакуум - экстрактора			
О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения	О82.0 Проведение elective кесарева сечения О82.1 Проведение срочного кесарева сечения О82.2 Проведение кесарева сечения с гистерэктомией О82.8 Другие одноплодные роды путем кесарева сечения О82.9 Роды путем кесарева	1. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при наличии показаний). 2. УЗИ органов малого таза на 3 сутки после родов. 3. Общий анализ крови,	1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно. 2. Осмотр и пальпация молочных желез ежедневно. 3. Рекомендации по грудному вскармливанию.	1. Анти-D-иммуноглобулин в дозе 300 мкг (1500 ЕД) - в течение 72 часов после родов всем женщинам с Rh отрицательной группой крови, родившим ребенка с положительной Rh-принадлежностью либо ребенка, чью Rh-

	сечения неуточненные	общий анализ мочи на 2-3 сутки после родоразрешения. 4. Биохимия крови (по показаниям).	4. Туалет наружных половых органов. 5. Сухая обработка швов (при их наличии). 6. Снятие наружных нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5 сутки.	принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе АВ0. 2. Продолжить антибиотико-профилактику выбранным препаратом (антибиотики широкого спектра действия) 1 и 2 сутки.
О83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия	О83.0 Извлечение плода за тазовый конец О83.1 Другое акушерское пособие при родоразрешении в тазовом предлежании 83.2 Роды с другими акушерскими манипуляциями [ручными приемами] О83.3 Родоразрешение живым ребенком при абдоминальной беременности О83.4 Деструктивная операция при родоразрешении О83.8 Другие уточненные виды акушерского пособия при одноплодных родах О83.9 Акушерское пособие при одноплодных родах неуточненное	1. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при наличии показаний). 2. УЗИ органов малого таза на 3 сутки после родов. 3. Общий анализ крови. 4. Общий анализ мочи по показаниям.	1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно. 2. Осмотр и пальпация молочных желез ежедневно. 3. Рекомендации по грудному вскармливанию. 4. Туалет наружных половых органов. 5. Сухая обработка швов (при их наличии). 6. Снятие наружных нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5 сутки.	1. Анти-D-иммуноглобулин в дозе 300 мкг (1500 ЕД) - в течение 72 часов после родов всем женщинам с Rh отрицательной группой крови, родившим ребенка с положительной Rh-принадлежностью либо ребенка, чью Rh-принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе АВ0. 2. Продолжить антибиотико-профилактику выбранным препаратом (антибиотики широкого спектра действия) 1 и 2 сутки.
О84 Роды многоплодные При необходимости идентифицировать способ родоразрешения каждым плодом или ребенком используют	О84.0 Роды многоплодные, полностью самопроизвольные О84.1 Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум экстрактора	1. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при наличии показаний). 2. УЗИ органов малого таза на 3 сутки после родов. 3. Общий анализ крови.	1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно. 2. Осмотр и пальпация молочных желез ежедневно. 3. Рекомендации по грудному вскармливанию.	Анти-D-иммуноглобулин в дозе 300 мкг (1500 ЕД) следует проводить в течение 72 часов после родов всем женщинам с Rh отрицательной группой крови, родившим ребенка с положительной Rh-принадлежностью либо

дополнительный код (O80-O83).		4. Общий анализ мочи по показаниям.	4. Туалет наружных половых органов. 5. Сухая обработка швов (при их наличии). 6. Снятие наружных нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5 сутки.	ребенка, чью Rh-принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе АВ0
	O84.2 Роды многоплодные, полностью путем кесарева сечения	1. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при наличии показаний). 2. УЗИ органов малого таза на 3 сутки после родов. 3. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 4. Биохимия крови по показаниям.		1. Анти-D-иммуноглобулин в дозе 300 мкг (1500 ЕД) - в течение 72 часов после родов всем женщинам с Rh отрицательной группой крови, родившим ребенка с положительной Rh-принадлежностью либо ребенка, чью Rh-принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе АВ0. 2. Продолжить антибиотико-профилактику выбранным препаратом (антибиотики широкого спектра действия) 1 и 2 сутки
	O84.8 Другое родоразрешение при многоплодных родах O84.9 Роды многоплодные неуточненные		1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно. 2. Осмотр и пальпация молочных желез ежедневно. 3. Рекомендации по грудному вскармливанию. 4. Туалет наружных половых органов. 5. Сухая обработка швов (при их наличии). 6. Снятие наружных	Анти-D-иммуноглобулин в дозе 300 мкг (1500 ЕД) - в течение 72 часов после родов всем женщинам с Rh отрицательной группой крови, родившим ребенка с положительной Rh-принадлежностью либо ребенка, чью Rh-принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе АВ0

			нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5 сутки.	
Роды, осложнившиеся кровопотерей и развитием постгеморрагической анемии	<p>O44.1 Предлежание плаценты с кровотечением</p> <p>O45 Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae]</p> <p>O69 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины</p> <p>O72 Послеродовое кровотечение</p> <p>Включено: кровотечение после рождения плода или ребенка</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Пульс, АД, частота дыхания, температура тела.</li> <li>2. УЗИ органов малого таза.</li> <li>3. УЗИ органов брюшной полости (по показаниям).</li> <li>4. Общий анализ крови, общий анализ мочи.</li> <li>5. Гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической активности, исследование первичного сосудистого-тромбоцитарного гемостаза, Д-димер.</li> <li>6. Биохимия крови.</li> <li>7. Комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии.</li> <li>8. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при наличии показаний).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно.</li> <li>2. Осмотр и пальпация молочных желез ежедневно.</li> <li>3. Рекомендации по грудному вскармливанию.</li> <li>4. Туалет наружных половых органов.</li> <li>5. Сухая обработка швов (при их наличии).</li> <li>6. Снятие наружных нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5 сутки.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анти-D-иммуноглобулин в дозе 300 мкг (1500 ЕД) - в течение 72 часов после родов всем женщинам с Rh отрицательной группой крови, родившим ребенка с положительной Rh-принадлежностью либо ребенка, чью Rh-принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместности по системе АВ0.</li> <li>2. Препараты железа (таблетированная и пероральная формы).</li> <li>3. Препараты крови и кровезаменителей (при гемоглобине менее 70 г/л).</li> <li>4. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные / низкомолекулярные гепарины).</li> <li>5. Производные ацетилсалициловой кислоты.</li> <li>6. Антибиотики широкого спектра действия.</li> <li>7. Ненаркотические анальгетики.</li> </ol>
Роды, сопровождавшиеся материнским травматизмом	O70 Разрывы промежности при родоразрешении	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Общий анализ крови, общий анализ мочи.</li> <li>2. Гемостазиограмма.</li> <li>3. УЗИ органов малого таза на 3 сутки.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно.</li> <li>2. Осмотр и пальпация молочных желез</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анти-D-иммуноглобулин в дозе 300 мкг (1500 ЕД) - в течение 72 часов после родов всем женщинам с Rh отрицательной группой</li> </ol>

		<p>4. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при наличии показаний).</p>	<p>ежедневно. 3. Рекомендации по грудному вскармливанию. 4. Туалет наружных половых органов. 5. Сухая обработка швов (при их наличии). 6. Снятие наружных нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5 сутки.</p>	<p>крови, родившим ребенка с положительной Rh-принадлежностью либо ребенка, чью Rh-принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе АВ0. 2. Антибактериальная терапия. 3. Слабительные средства. 4. Ненаркотические анальгетики.</p>
	<p>О71 Другие акушерские травмы О71.0 Разрыв матки до начала родов О71.1 Разрыв матки во время родов О71.2 Послеродовой выворот матки О71.3 Акушерский разрыв шейки матки О71.4 Акушерский разрыв только верхнего отдела влагалища О71.5 Другие акушерские травмы тазовых органов О71.6 Акушерские травмы тазовых суставов и связок О71.7 Акушерская гематома таза О71.8 Другие уточненные акушерские травмы О71.9 Акушерская травма неуточненная</p>	<p>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ органов малого таза. 3. УЗИ органов брюшной полости. 4. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 5. Гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической активности, исследование первичного сосудистого-тромбоцитарного гемостаза, Д-димер. 6. Биохимия крови. 7. Комплекс исследований для диагностики железodefицитной анемии (при наличии железodefицитной анемии).</p>	<p>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно. 2. Осмотр и пальпация молочных желез ежедневно. 3. Рекомендации по грудному вскармливанию. 4. Туалет наружных половых органов. 5. Сухая обработка швов (при их наличии). 6. Снятие наружных нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5-7 сутки. 7. При расхождении лобкового симфиза положение в кровати «гамачок», тугое бинтование.</p>	<p>1. Анти-D-иммуноглобулин в дозе 300 мкг (1500 ЕД) - в течение 72 часов после родов всем женщинам с Rh отрицательной группой крови, родившим ребенка с положительной Rh-принадлежностью либо ребенка, чью Rh-принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе АВ0. 2. Антибактериальная терапия. 3. Окситоцин и его аналоги. 4. Нестероидные противовоспалительные средства. 5. Ненаркотические анальгетики. 6. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные) /</p>

				низкомолекулярные гепарины). 7. Производные ацетилсалициловой кислоты.
--	--	--	--	---

## БЕРЕМЕННОСТЬ С АБОРТИВНЫМ ИСХОДОМ

Нозологическая форма	Код по МКБ-Х	Диагностические мероприятия	Объем лечебных мероприятий	Перечень используемых лекарственных средств
О00 Внематочная (эктопическая) беременность прогрессирующая	О00.0 Абдоминальная (брюшная) беременность О00.1 Трубная беременность О00.2 Яичниковая беременность О00.8 Другие формы внематочной беременности О00.9 Внематочная беременность неуточненная	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога.</li> <li>2. УЗИ гениталий (при отсутствии массивного кровотечения).</li> <li>3. При шеечной беременности УЗИ + ЦДК.</li> <li>4. Общий анализ крови, общий анализ мочи</li> <li>5. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV.</li> <li>6. Биохимия крови, коагулограмма, гемостазиограмма.</li> <li>7. Группа крови и резус-фактор.</li> <li>8. Кровь на бета-ХГ.</li> <li>9. ЭКГ (при отсутствии массивного кровотечения).</li> <li>10. УЗИ гениталий перед выпиской.</li> <li>11. Морфологическое исследование удаленного препарата.</li> <li>12. Консультации врачей-специалистов: а) врача-анестезиолога-реаниматолога, б) врача-сердечно-сосудистого хирурга.</li> </ol>	<p>Оперативные методы лечения:</p> <p>Лапаротомия / лапароскопия:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. диагностическая лапароскопия;</li> <li>2. тубэктомия;</li> <li>3. туботомия, удаление плодного яйца;</li> <li>4. пластика трубы;</li> <li>5. аднексэктомия / резекция яичника (О00.2);</li> <li>6. ревизия органов брюшной полости;</li> <li>7. санация и дренирование брюшной полости и органов малого таза;</li> <li>8. резекция кишки (О00.0, О008);</li> <li>9. удаление плодного яйца + тампонирование ложа (коагуляция) при О00.0, О008.</li> </ol> <p>При прогрессирующей шеечной беременности:</p> <p>а) метотрексат (по решению этического комитета) + кальция фолинат с последующей (при снижении бета-ХГ в сыворотке крови до 7000 МЕ/мл, снижении / отсутствии кровотока при ЦДК) гистероскопией и гистерорезектоскопией с коагуляцией / резекцией ложа с последующим ушиванием.</p> <p>При развитии кровотечения см. Аборт самопроизвольный,</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метронидазол</li> <li>2. Доксициклин</li> <li>3. Цефалоспорины 2 поколения</li> <li>4. Ципрофлоксацин</li> <li>5. Фторхинолоны</li> <li>6. Макролиды</li> <li>7. Аминогликозиды (Амикацин)</li> <li>8. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз амоксициллин + клавулановая кислота</li> <li>9. Триазола производные</li> <li>10. Антисептики для местного применения</li> <li>11. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D]</li> <li>12. Этанол раствор для наружного применения</li> <li>13. Окситоцин</li> <li>14. Дротаверина гидрохлорид</li> <li>15. Бензодиазепина производные (диазепам).</li> <li>16. Метотрексат (по решению этического комитета)</li> </ol> <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атропина гидрохлорид</li> <li>2. Дифенгидрамина гидрохлорид</li> <li>3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>4. Анестетики общие другие</li> </ol>

			<p>артифициальный, иной, осложнившийся кровотечением;</p> <p>б) более 8 недель и (или) беременности любого срока и наличии высокого кровотока при ЦДК перевязка маточных / подвздошных артерий (эмболизация) + оперативное лечение.</p> <p>Физиотерапия на этапе реабилитации.</p>	<p>(кетамин, пропофол)</p> <p>5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин) мидозолам</p> <p>При лапаротомии / лапароскопии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Барбитураты (тиопентал натрия)</li> <li>2. Холина производные (суксаметония хлорид и йодид)</li> <li>3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид, виапенония бромид)</li> <li>4. Галогенизированные гидрокарбонаты (севофлуран жидкость для ингаляций)</li> <li>5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>6. Опиоиды (трамадол)</li> <li>7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат).</li> </ol>
О01 Пузырный занос	<p>О01.0 Пузырный занос классический;</p> <p>О01.1 Пузырный занос неполный и частичный;</p> <p>О01.9 Пузырный занос неуточненный</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога.</li> <li>2. УЗИ гениталий (трансвагинально).</li> <li>3. МРТ (компьютерная томография) по показаниям.</li> <li>4. Общий анализ крови, общий анализ мочи.</li> <li>5. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Симптоматическая медикаментозная терапия (лечение постгеморрагической анемии при ее наличии).</li> <li>2. Аспирационный кюретаж под в/в инфузией окситоцина и одновременной готовностью к лапаротомии.</li> <li>3. При кровотечении: гистеротомия,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метронидазол</li> <li>2. Доксициклин</li> <li>3. Цефалоспорины 2 поколения</li> <li>4. Фторхинолоны</li> <li>5. Макролиды</li> <li>6. Аминогликозиды (Амикацин)</li> <li>7. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз амоксициллин + клавулановая кислота</li> </ol>



		<p>HCV.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Группа крови и резус-фактор.</li> <li>7. Бета-ХГ в динамике.</li> <li>8. Биохимия крови, коагулограмма, гемостазиограмма.</li> <li>9. Спектр исследований для постановки железодефицитной анемии.</li> <li>10. ЭКГ.</li> <li>11. Рентгенография органов грудной клетки.</li> <li>12. УЗИ гениталий перед выпиской.</li> <li>13. Морфологическое исследование удаленного препарата.</li> <li>14. Консультации врачей-специалистов: <ol style="list-style-type: none"> <li>а) врача-анестезиолога-реаниматолога,</li> <li>б) врача-онколога и направление в специализированный стационар,</li> <li>в) врача-сердечно-сосудистого хирурга.</li> </ol> </li> </ol>	<p>гистерэктомия, перевязка внутренних подвздошных артерий.</p> <p>Показания к гистерэктомии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) деструктивная форма пузырного заноса;</li> <li>б) профузное кровотечение и при неэффективности консервативных и хирургических методов остановки кровотечения;</li> <li>в) профилактическая химиопрофилактика (метотрексат, дактиномицин) по схеме.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Гормональная контрацепция.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Триазола производные</li> <li>9. Окситоцин</li> <li>10. Папаверина гидрохлорид</li> <li>11. Антисептики для местного применения</li> <li>12. Дротаверина гидрохлорид</li> <li>13. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D]</li> <li>14. Этанол раствор для наружного применения</li> <li>15. Препараты для коррекции водно-электролитного баланса при массивном кровотечении.</li> </ol> <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атропина гидрохлорид</li> <li>2. Дифенгидрамина гидрохлорид</li> <li>3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол)</li> <li>5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин) мидозолам</li> </ol> <p>При лапаротомии / лапароскопии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Барбитураты (тиопентал натрия)</li> <li>2. Холина производные (суксаметония хлорид и йодид);</li> <li>3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромида);</li> <li>4. Галогенизированные</li> </ol>
--	--	--	---	---

				гидрокарбоны (севофлуран жидкость для ингаляций); 5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил); 6. Опиоиды (трамадол); 7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат).
O02 Другие анормальные продукты зачатия Исключено: бумажный плод (O31.0)	O02.0 Погибшее плодное яйцо и непузырный занос O02.1 Несостоявшийся выкидыш O02.8 Другие уточненные анормальные продукты зачатия O02.9 Анормальный продукт зачатия неуточненный	1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ гениталий (при отсутствии массивного кровотечения). 3. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 4. Определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. 5. Группа крови и резус-фактор. 6. УЗИ гениталий на 3-5 сутки перед выпиской. 7. Морфологическое исследование удаленного препарата. 8. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога.	1. Выскабливание стенок полости матки на фоне болюсного введения NaCl 0,9% + антибиотики широкого спектра действия за 1 час до оперативного лечения. 2. При плацентарном полипе - в сочетании с гистероскопией / гистерорезектоскопией. 3. Физиотерапия.	1. Метронидазол 2. Доксциклин 3. Цефалоспорины 2 поколения 4. Фторхинолоны 5. Макролиды 6. Аминогликозиды (Амикацин) 7. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз амоксициллин + клавулановая кислота 8. Триазола производные 9. Окситоцин 10. Дротаверина гидрохлорид 11. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D] 12. Этанол раствор для наружного применения 13. Препараты для коррекции водно-электролитного баланса. Анестезиологическое обеспечение: 1. Атропина гидрохлорид 2. Дифенгидрамина гидрохлорид 3. Наркотические анальгетики

				(тримеперидин, фентанил) 4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол). 5. Мидозолам.
Самопроизвольный, искусственный, иной аборт O03 Самопроизвольный аборт O04 Медицинский аборт O05 Другие виды аборта O06 Аборт неуточненный O07 Неудачная попытка аборта	O03.4 Неполный аборт без осложнений O03.9 Полный или неуточненный аборт без осложнений O04.4 Неполный аборт без осложнений O04.9 Полный или неуточненный аборт без осложнений O05.4 Неполный аборт без осложнений O05.9 Полный или неуточненный аборт без осложнений O06.4 Неполный аборт без осложнений O06.9 Полный или неуточненный аборт без осложнений O07.4 Неудачный медицинский аборт без осложнений O07.9 Другие и неуточненные неудачные попытки аборта без осложнений	1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ гениталий (при отсутствии массивного кровотечения). 3. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 4. Определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. 5. Группа крови и резус-фактор. 6. УЗИ гениталий перед выпиской. 7. Морфологическое исследование удаленного препарата. 8. Консультации врачей-специалистов: а) врача-анестезиолога-реаниматолога, б) врача-физиотерапевта	1. Выскабливание стенок полости матки. 2. При O07 в сочетании с гистероскопией физиотерапия. 3. При развитии осложнений см. соответствующие рубрики аборт самопроизвольный искусственный, иной, осложнившийся кровотечением. 4. Физиотерапия на этапе реабилитации.	1. Метронидазол 2. Доксициклин 3. Цефалоспорины 2 поколения 4. Ципрофлоксацин 5. Аминогликозиды (Амикацин) 6. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз амоксициллин + клавулановая кислота 7. Окситоцин 8. Дротаверина гидрохлорид 9. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D] 10. Этанол раствор для наружного применения 11. Атропина гидрохлорид 12. Дифенгидрамин гидрохлорид 13. Кетамин раствор для в/в и в/м введения 14. Пропофол эмульсия для в/в введения 15. Мидозолам
Самопроизвольный, искусственный, иной аборт вне больничного учреждения	O03 Самопроизвольный аборт O05 Другие виды аборта O06 Аборт неуточненный O07 Неудачная попытка аборта	1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ гениталий. 3. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 4. Определение антител к бледной трепонеме ( <i>Treponema pallidum</i> ) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV.	При подтверждении остатков плодного яйца при УЗИ: 1. Инфузионная терапия в объеме 400 мл болюсно с антибиотиками широкого спектра действия (цефалоспорины) за 1 час до выскабливания стенок полости матки. 2. Выскабливание стенок	

		<p>5. Группа крови и резус-фактор.</p> <p>6. УЗИ гениталий перед выпиской.</p> <p>7. Морфологическое исследование удаленного препарата.</p> <p>8. Консультации врачей-специалистов:</p> <p>а) врача-анестезиолога-реаниматолога,</p> <p>б) врача-физиотерапевта.</p>	<p>полости матки + окситоцин в/в капельно.</p> <p>При отсутствии остатков плодного яйца при УЗИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Антибактериальная и утеротоническая терапия.</li> <li>2. Динамическое наблюдение.</li> </ol> <p>При самопроизвольном, искусственном, ином аборте вне больничного учреждения, осложнившимся кровотечением, инфекцией, повреждением половых путей и тазовых органов, эмболией и иными осложнениями см. соответствующие рубрики.</p>	
<p>Аборт (самопроизвольный, искусственный, иной), осложнившийся кровотечением</p> <p>О03 Самопроизвольный аборт</p> <p>О04 Медицинский аборт</p> <p>О05 Другие виды аборта</p> <p>О06 Аборт неуточненный</p> <p>О07 Неудачная попытка аборта</p> <p>О08 Осложнения, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью</p>	<p>О03.1 Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением</p> <p>О03.6 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением</p> <p>О04.1 Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением</p> <p>О04.6 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением</p> <p>О05.1 Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением</p> <p>О05.6 Полный или неуточненный аборт,</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога.</li> <li>2. УЗИ гениталий (для исключения внутрибрюшной патологии и перед выпиской из стационара).</li> <li>3. Общий анализ крови, общий анализ мочи.</li> <li>4. Гемостазиограмма, коагулограмма, продукты деградации фибрина.</li> <li>5. Биохимия крови.</li> <li>6. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV.</li> <li>7. Группа крови и резус-фактор.</li> <li>8. Время свертываемости,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Инфузионная терапия в объеме 400 мл болюсно с антибиотиками широкого спектра действия (цефалоспорины в/в) за 1 час до выскабливания стенок полости матки.</li> <li>2. Выскабливание стенок полости матки с / без гистероскопии / гистерорезектоскопии + окситоцин в/в капельно.</li> <li>3. Инфузионная / трансфузионная терапия.</li> <li>4. Балонная тампонада (маточный аборт на поздних сроках).</li> <li>5. При внематочной беременности оперативные методы лечения лапароскопическим или лапаротомическим доступом с / без</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метронидазол</li> <li>2. Доксициклин</li> <li>3. Цефалоспорины 2 поколения</li> <li>4. Фторхинолоны</li> <li>5. Макролиды</li> <li>6. Аминогликозиды (Амикацин)</li> <li>7. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз амоксициллин + клавулановая кислота</li> <li>8. Триазола производные</li> <li>9. Антисептики для местного применения</li> <li>10. Цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон, цефоперазон + сульбактам)</li> <li>11. Окситоцин</li> <li>12. Дротаверина гидрохлорид</li> <li>13. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D]</li> </ol>

	<p>осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  O06.1 Неполный аборт,осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  O06.6 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  O07.1 Неудачный медицинский аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением  O07.6 Другие и неуточненные неудачные попытки аборта, осложнившиеся длительным или чрезмерным кровотечением  O08 Осложнения, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью  O08.1 Длительное или массивное кровотечение, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью  O08.3 Шок, вызванный абортom, внематочной и молярной беременностью</p>	<p>время кровотечения.  9. Анализ кровь на совместимость (перед переливанием крови и ее компонентов).  10. Диагностика постгеморрагической железодефицитной анемии.  11. УЗИ гениталий перед выпиской.  12. Морфологическое исследование удаленного препарата.  13. Консультации врачей-специалистов:  а) врача-анестезиолога-реаниматолога,  б) врача-терапевта (по показаниям),  в) врача-сердечно-сосудистого хирурга,  г) врача-физиотерапевта (в реабилитационный период).</p>	<p>перевязки (эмболизации) маточных артерий (внутренних подвздошных). При шеечной беременности, осложнившейся кровотечением и неэффективности методов хирургического гемостаза экстирпация матки без придатков.  6. Реинфузия крови (внематочная беременность).  7. Медикаментозное симптоматическое лечение.  8. Физиотерапия в послеоперационном периоде.  9. При массивной кровопотере аппаратный мониторинг.  10. Физиотерапия на этапе реабилитации.</p>	<p>14. Растворы для коррекции водно-электролитного баланса (раствор Рингера, стерофундин изотонический).  15. При тяжелой гиповолемии: препараты крови и кровезаменители препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (гидроксиэтиленкрахмал, альбумин, желатин)  16. Дифенгидрамин гидрохлорид  17. Атропина гидрохлорид  18. Препараты железа (при постгеморрагической железодефицитной анемии)  19. Адрено- и допамин-стимуляторы (норэпинефрин, эпинефрин, допамин)  20. Альфа2-адреномиметики центральные, производные имидазолина (клонидин)  21. Кислота транексамовая  22. Ингибиторы фибринолиза (апротинин)  23. Сульфаниламидные диуретики (фуросемид)  24. Глюкокортикостероиды слабоактивные (преднизолон)  25. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные, эноксапарин натрия)  26. Этанол раствор для</p>
--	--	---	---	---

				<p>наружного применения</p> <p>27. Препараты железа</p> <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атропина гидрохлорид</li> <li>2. Дифенгидрамина гидрохлорид</li> <li>3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол)</li> <li>5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин)</li> <li>6. Мидозолам</li> </ol> <p>При лапаротомии / лапароскопии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Барбитураты (тиопентал натрия)</li> <li>2. Холина производные (суксаметония хлорид и йодид)</li> <li>3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромида)</li> <li>4. Галогенизированные гидрокарбоны (севофлуран жидкость для ингаляций)</li> <li>5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>6. Опиоиды (трамадол)</li> <li>7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат)</li> </ol>
Аборт (самопроизвольный, искусственный, иной)	О03.0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога.</li> <li>2. УЗИ гениталий.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Инфузионная терапия в объеме 400 мл болюсно с антибиотиками широкого</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метронидазол</li> <li>2. Доксициклин</li> <li>3. Цефалоспорины 2</li> </ol>

<p>осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  O03 Самопроизвольный аборт  O04 Медицинский аборт  O05 Другие виды аборта  O06 Аборт неуточненный  O07 Неудачная попытка аборта  O08.0  Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью</p>	<p>органов  O03.5 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  O04.0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  O04.5 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  O05.0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  O05.5 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  O06.0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  O06.5 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  O07.0 Неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов  O07.5 Другие и неуточненные неудачные попытки аборта, осложнившиеся инфекцией</p>	<p>3. УЗИ органов брюшной полости.  4. Общий крови, общий анализ мочи.  5. Гемостазиограмма, коагулограмма, продукты деградации фибрина.  6. Биохимия крови.  7. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV.  8. Группа крови и резус-фактор.  9. ЭКГ (при подготовке к оперативному лечению в плановом порядке).  10. Бактериоскопическое исследование отделяемого женских половых органов.  11. Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на флору и чувствительность к антибиотикам.  12. Бактериологическое исследование перитонеальной жидкости на флору и чувствительность к антибиотикам (при O08.0).  13. Бактериологическое исследование мочи на флору и</p>	<p>спектра действия (цефалоспорины) за 1 час до выскабливания стенок полости матки.  2. Выскабливание стенок полости матки с / без гистероскопии / гистерорезектоскопии + окситоцин в/в капельно.  3. Инфузионная / трансфузионная терапия.</p> <p>Объемы оперативного лечения:  1. лапаротомия / лапароскопия;  2. ревизия органов брюшной полости;  3. тубэктомия / аднексэктомия;  4. тотальная гистерэктомия;  5. при внематочной беременности, осложнившейся инфекцией органов малого таза, оперативные методы лечения лапароскопическим или лапаротомическим доступом с последующей санацией и дренированием брюшной полости и органов малого таза;  6. при абсцессе органов малого таза и вовлечении толстой кишки - опорожнение абсцесса с последующей санацией и дренированием брюшной</p>	<p>поколения  4. Аминогликозиды (Амикацин)  5. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз амоксициллин + клавулановая кислота  6. Антисептики для местного применения  7. Цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон, цефоперазон + сульбактам)  8. Карбапенемы  9. Макролиды  10. Фторхинолоны  11. Триазола производные  12. Уксусной кислоты производные (диклофенак, кеторолак)  13. Ксантины (аминофиллин)  14. Ферменты (ингибиторы протеолиза)  15. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D]  16. Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (раствор Рингера, Стерофундин изотонический)  17. При тяжелой гиповолемии:  - препараты крови и кровезаменители;  - препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (гидроксиэтиленкрахмал, альбумин, желатин)  18. Препараты для парентерального питания,</p>
---	--	---	---	---

	<p>половых путей и тазовых органов          O08.0 Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью          O08.3 Шок, вызванный абортom, внематочной и молярной беременностью          O08.4 Почечная недостаточность вызванная абортom, внематочной, молярной беременностью</p>	<p>чувствительность к антибиотикам.          14. Посев крови (при признаках генерализованной бактериемии).          15. Диагностика постгеморрагической железодефицитной анемии (при наличии анемии).          16. УЗИ гениталий перед выпиской.          17. Морфологическое исследование удаленного препарата.          18. Консультации врачей-специалистов:          а) врача-анестезиолога-реаниматолога,          б) врача-терапевта (по показаниям),          в) врача-хирурга,          г) врача-уролога (нефролога) O08.0          д) врача-физиотерапевта (в реабилитационный период).</p>	<p>полости. При полной деструкции всех слоев кишки - резекция кишки с наложением анастомоза, в тяжелых случаях с формированием anus praeter naturalis;          7. санация и дренирование брюшной полости и органов малого таза.           Плазмаферез.          Гемодиализ (при O08.4) или перевод в специализированное учреждение.          Физиотерапия на этапе реабилитации.</p>	<p>жировые эмульсии для парентерального питания          19. Препараты железа (при постгеморрагической железодефицитной анемии)          20. Адрено- и допамин-стимуляторы (норэпинефрин, эпинефрин, допамин)          21. Альфа2-адреномиметики центральные, производные имидазолина (клонидин)          22. Сульфаниламидные диуретики (фуросемид)          23. Глюкокортикостероиды слабоактивные (преднизолон)          24. Этанол раствор для наружного применения          Анестезиологическое обеспечение:          1. Атропина гидрохлорид          2. Дифенгидрамина гидрохлорид          3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)          4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол)          5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин)          6. Мидозолам          При лапаротомии / лапароскопии:          1. Барбитураты (тиопентал натрия)          2. Холина производные (суксаметония хлорид и</p>
--	--	--	---	---



				йодид) 3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромида) 4. Галогенизированные гидрокарбонаты (севофлуран жидкость для ингаляций) 5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 6. Опиоиды (трамадол) 7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат).
O08.6 Повреждения тазовых органов и тканей, вызванные абортom, внематочной и молярной беременностью	O00.8 Другие формы внематочной беременности O08.6 Повреждения тазовых органов и тканей, вызванные абортom, внематочной, молярной беременностью O08.8 Другие осложнения вызванные абортom, внематочной, молярной беременностью	1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ гениталий (для исключения внутрибрюшной патологии и перед выпиской из стационара). 3. УЗИ органов брюшной полости. 4. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 5. Гемостазиограмма, коагулограмма, продукты деградации фибрина. 6. Биохимия крови. 7. Исследование уровня бета-ХГ в крови. 8. ЭКГ. 9. Бактериоскопическое исследование отделяемого женских	1. Инфузионная терапия в объеме 400 мл болюсно с антибиотиками широкого спектра действия (цефалоспорины в/в) за 1 час до выскабливания стенок полости матки. 2. Выскабливание стенок полости матки с / без гистероскопии / гистерорезектоскопии + окситоцин в/в капельно с контрольной лапароскопией. 3. Инфузионная / трансфузионная терапия. 4. Оперативное лечение: Лапаротомия / лапароскопия: 1) Ушивание перфорационного отверстия стенки матки 2) Ревизия органов брюшной полости	1. Метронидазол 2. Доксициклин 3. Цефалоспорины 2 поколения 4. Ципрофлоксацин 5. Аминогликозиды (Амикацин) 6. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз амоксициллин + клавулановая кислота 7. Цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон, цефоперазон + сульбактам) 8. Карбапенемы (меронем, имипенем + циластатин) 9. Макролиды (азитромицин) 10. Фторхинолоны 11. Триазола производные (флуконазол) 12. Уксусной кислоты

	<p>половых органов.</p> <p>10. Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на флору и чувствительность к антибиотикам.</p> <p>11. Бактериологическое исследование перитонеальной жидкости на флору и чувствительность к антибиотикам (при О08.0).</p> <p>12. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.</p> <p>13. Посев крови (при признаках генерализованной бактериемии).</p> <p>14. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV.</p> <p>15. Группа крови и резус-фактор.</p> <p>16. Время свертываемости, время кровотечения.</p> <p>17. Анализ кровь на совместимость (перед переливанием крови и ее компонентов).</p> <p>18. Диагностика постгеморрагической железодефицитной</p>	<p>3) Тубэктомия</p> <p>4) Аднексэктомия</p> <p>5) Субтотальная гистерэктомия</p> <p>6) Тотальная гистерэктомия</p> <p>7) Ушивание / резекция мочевого пузыря, кишки (при перфорации мочевого пузыря / кишки). При перфорации кишки и развитии перитонита резекция кишки <i>anus preter naturalis</i></p> <p>8) Санация и дренирование брюшной полости и органов малого таза</p> <p>9) Тампонирование ложа (брюшная беременность).</p> <p>Плазмаферез. Гемодиализ или перевод в специализированное учреждение (при О08.4). Физиотерапия в послеоперационный период.</p> <p>При повреждении тазовых органов и тканей, вызванных абортom, внематочной и молярной беременностью, осложнившихся кровотечением, инфекцией тазовых органов см. соответствующий раздел.</p> <p>Физиотерапия на этапе реабилитации.</p>	<p>производные (диклофенак, кеторолак)</p> <p>13. Ксантины (аминофиллин)</p> <p>14. Ферменты (ингибиторы протеолиза)</p> <p>15. Окситоцин</p> <p>16. Дротаверина гидрохлорид</p> <p>17. Антирезус RHO[D] раствор для в/м введения</p> <p>18. Атропина гидрохлорид</p> <p>19. Дифенгидрамин гидрохлорид</p> <p>20. Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (раствор Рингера, Стерофундин изотонический)</p> <p>21. При тяжелой гиповолемии: - препараты крови и кровезаменители; - препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (гидроксиэтиленкрахмал, альбумин, желатин)</p> <p>22. Препараты для парентерального питания жировые эмульсии для парентерального питания эмульсия</p> <p>23. Препараты железа (при постгеморрагической железодефицитной анемии)</p> <p>24. Адрено- и допамин-стимуляторы (норэпинефрин, эпинефрин, допамин)</p> <p>25. Альфа2-адреномиметики центральные, производные имидазолина</p>
--	--	---	--

		<p>анемии.</p> <p>19. Цистоскопия, колоноскопия (при назначении смежными врачами-специалистами).</p> <p>20. Морфологическое исследование удаленного препарата.</p> <p>21. Консультации врачей-специалистов:</p> <p>а) врача-анестезиолога-реаниматолога,  б) врача-терапевта (по показаниям),  в) врача-хирурга,  г) врача-уролога,  д) врача-физиотерапевта (в реабилитационный период).</p>		<p>(клонидин)</p> <p>26. Сульфаниламидные диуретики (фуросемид)</p> <p>27. Глюкокортикостероиды слабоактивные (преднизолон)</p> <p>28. Этанол раствор для наружного применения</p> <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атропина гидрохлорид</li> <li>2. Дифенгидрамина гидрохлорид</li> <li>3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</li> <li>4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол)</li> <li>5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин)</li> <li>6. Мидозолам</li> </ol> <p>При лапаротомии / лапароскопии:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Барбитураты (тиопентал натрия)</li> <li>2. Холина производные (суксаметония хлорид и йодид)</li> <li>3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромида)</li> <li>4. Галогенизированные гидрокарбонаты (севофлуран жидкость для ингаляций)</li> <li>5. Наркотические анальгетики (тримеперидин,</li> </ol>
--	--	---	--	---

				фентанил) 6. Опиоиды (трамадол) 7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат).
Аборт (самопроизвольный, искусственный, иной), осложнившийся эмболией O03 Самопроизвольный аборт O04 Медицинский аборт O05 Другие виды аборта O06 Аборт неуточненный O07 Неудачная попытка аборта	O03.2 Самопроизвольный аборт - неполный аборт, осложнившийся эмболией O03.7 Самопроизвольный аборт - полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией O04.2 Медицинский аборт - неполный аборт, осложнившийся эмболией O04.7 Медицинский аборт - полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией O05.2 Другие виды аборта - неполный аборт, осложнившийся эмболией O05.7 Другие виды аборта - полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией O06.2 Аборт неуточненный - неполный аборт, осложнившийся эмболией O06.7 Аборт неуточненный - полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией O07.2 Неудачный медицинский	1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ гениталий, органов брюшной полости. 3. Клиническая оценка (аппаратный мониторинг). 4. Клинический анализ крови, общий анализ мочи. 5. Биохимия крови. 6. Гемостазиограмма. 7. Агрегатограмма. 8. Коагулограмма, Д-димер. 9. Время свертываемости, время кровотечения. 10. Анализ крови на совместимость (перед переливанием крови и ее компонентов). 11. ЭКГ, ЭХОКГ. 12. Эхография + доплерография вен голени, магистральных сосудов. 13. Ангиосканирование (по назначению сосудистого врача-сердечно-сосудистого хирурга). 14. Консультации врачей-специалистов:	1. Вызов дежурной бригады (врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-хирурга / врача-сердечно-сосудистого хирурга). 2. Клиническая оценка больной (аппаратный мониторинг). 3. Перевод в отделение анестезиологии-реаниматологии. 4. Дальнейшая тактика ведения определяется консилиумом врачей.	

	<p>аборт, осложнившийся эмболией O07.7 Другие и неуточненные попытки аборта, осложнившиеся эмболией O08.2 Эмболия, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью O08.7 Другие венозные осложнения, вызванные абортom, внематочной или молярной беременностью</p>	<p>а) врача-анестезиолога-реаниматолога, б) врача-терапевта, в) врача-сердечно-сосудистого хирурга / врача-хирурга (по показаниям), г) врача-физиотерапевта (в реабилитационный период).</p>		
--	--	--	--	--