

Приложение № 5
к Порядку оказания
медицинской помощи по профилю
«акушерство и гинекология
(за исключением использования
вспомогательных репродуктивных
технологий)», утвержденному приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «01» ноября 2012 г. № 572н

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) |
|---|--|---|
| А1 - обследование в I триместре (и при первой явке) | <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 крови¹²³⁴ и мочи. Определение основных групп крови (А, В, 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</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 крови¹²³⁴ и мочи. Определение основных групп крови (А, В, 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>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>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>А2 - 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.</p> <p>Анализ крови¹ и мочи.</p> <p>Скрининговое УЗИ плода в сроке 18-21 неделя.</p> <p>При поздней первой явке во II триместре:</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 крови¹²³⁴ 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, альфа-фетопротеин, бета-ХГ (в сроке 16-18 недель).</p> <p>Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк, микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на грибы рода кандиды.</p> <p>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.</p> <p>Анализ крови¹²³⁴ и мочи, определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности. Бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры.</p> <p>УЗИ плода. Допплерометрия.</p> <p>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-фетопротеин, бета-ХГ (в сроке 16-18 недель), цитологическое исследование мазков шейки матки, кровь на Ig G на краснуху, токсоплазму, цитомегаловирус.</p> |
| <p>А3 - 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.</p> <p>После 32 недель беременности определяют положение плода,</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,</p> |

| | | |
|------------|--|---|
| | <p>предлежащую часть.</p> <p>Анализы крови¹²³⁴ и мочи. 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 кандида.</p> <p>Скрининговое УЗИ плода в сроке 30-34 недели с доплерометрией, кардиотокография (далее – КТГ) плода после 33 недель.</p> <p>При поздней первой явке в III триместре:</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. Определение окружности живота, ВДМ, тонуса матки, пальпация плода, аускультация плода с помощью стетоскопа. Осмотр шейки матки в зеркалах. Влагалищное исследование.</p> <p>Анализы крови¹²³⁴ 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 кандида.</p> <p>ЭКГ. УЗИ плода в сроке 30-34 недели с доплерометрией, КТГ плода после 33 недель.</p> | <p>пальпация плода, аускультация плода с помощью стетоскопа.</p> <p>После 32 недель беременности определяют положение плода, предлежащую часть.</p> <p>Влагалищное исследование.</p> <p>Анализы крови¹²³⁴ и мочи. Определение основных групп крови (А, В, 0) и резус-принадлежности. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV.</p> <p>Бактериоскопическое исследование мазков из влагалища, цервикального канала, уретры.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Скрининговое УЗИ плода в сроке 30-34 недели. Допплерометрия. КТГ плода после 33 недель.</p> |
| A1, A2, A3 | <p>Осмотры и консультации (при физиологически протекающей беременности):</p> <ul style="list-style-type: none"> – врача-акушера-гинеколога – не менее семи раз; – врача-терапевта – не менее двух раз; – врача-стоматолога – не менее двух раз; – врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога – не менее одного раза (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую | <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> |

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| | <p>консультацию);</p> <p>– других врачей-специалистов – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии.</p> <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 10^5 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> | |
| 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>¹ Общий (клинический) анализ крови развернутый.</p> <p>² 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 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>³ 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>⁴ Определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу краснухи в крови, определение антител к токсоплазме в крови.</p> | |

| Нозологи- ческая 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 |
| I. Беременность физиологическая | | | | | | |
| Ведение беременности при физиологи- ческом течении | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование, осмотры и консультации в соответствии с рубриками А1, А2, А3. 2. У резус-отрицательных женщин: <ol style="list-style-type: none"> а) обследование отца ребенка на групповую и резус-принадлежность; б) кровь на резус-антитела (при резус-положительной принадлежности отца ребенка) - 1 раз в месяц. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Фолиевая кислота весь I триместр не более 400 мкг/сутки. 2. Калия йодид 200-250 мкг всю беременность и период грудного вскармливания. 3. При резус-положительной крови отца ребенка и отсутствии резус-антител в крови матери - введение иммуноглобулина человека антирезус RHO[D] в 28-30 недель. 4. Школы: <ol style="list-style-type: none"> а) школа беременных; б) партнерские роды; в) грудное вскармливание. | O80.0 O80.1 | | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Родоразрешение в срок, семейно-ориентированные (партнерские) роды. 2. В послеродовом периоде: раннее прикладывание к груди, грудное вскармливание, свободное посещение родственниками, ранняя выписка. 3. Повторное введение иммуноглобулина человека антирезус |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|
| | | | | | | 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). |
| II. Беременность патологическая (акушерская патология) | | | | | | |
| 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, | 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 | 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 | 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, Cl, глюкоза, креатинин) 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 |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|
| осложняющей беременность O21.9 Рвота беременных неуточненная | <p>прямой, АЛТ, АСТ, электролиты - Na, K, Cl, глюкоза, креатинин) - 1 раз 7-10 дней.</p> <p>4. Ацетон и кетоновые тела в моче - 1 раз в 2 недели.</p> <p>5. Тиреотропный гормон (далее – ТТГ).</p> | | <p>беременных с нарушениями обмена веществ.</p> <p>4. O21.2 Поздняя рвота беременных.</p> <p>5. O21.8 Другие формы рвоты, осложняющей беременность.</p> <p>6. O21.9 Рвота беременных неуточненная.</p> <p>7. Необходимость обследования в условиях стационара.</p> | <p>4. Ацетон и кетоновые тела в моче в динамике.</p> <p>5. Контроль диуреза. Дополнительно:</p> <p>1) Антитела к тиреопероксидазе (далее – АТ к ТПО), ТТГ, свободный тироксин (далее – свободный Т4).</p> <p>2) Анализ мочи на белок и цилиндры.</p> <p>3) Консультация врача-невролога.</p> | | <p>моче, нарастание гипербилирубинемии, трансаминаз и т.д.).</p> <p>3. Рвота более 25 раз в сутки и потеря массы тела более 8-10 кг.</p> <p>4. Признаки печеночно-почечной недостаточности.</p> |
| Отеки, вызванные беременностью O12.0 | <p>1. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</p> <p>2. Контроль массы тела, диуреза, АД.</p> <p>3. Анализ мочи общий 1 раз в 2 недели.</p> | <p>1. Нормосолевая и нормоводная диета.</p> <p>2. Позиционная терапия.</p> <p>3. Лечебно-охранительный режим в домашних условиях.</p> <p>4. Самоконтроль баланса выпитой и выделенной жидкости.</p> | <p>1. Ухудшение состояния беременной.</p> <p>2. Госпитализация для родоразрешения в срок.</p> | <p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <p>2. Суточный белок в моче.</p> | <p>1. Нормосолевая и нормоводная диета.</p> <p>2. Позиционная терапия.</p> <p>3. Самоконтроль баланса выпитой и выделенной жидкости.</p> | Родоразрешение в срок |
| Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время | <p>Во время беременности:</p> <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2,</p> | <p>1. Бета-адреноблокаторы селективные.</p> <p>2. Дигидропиридиновые производные</p> | <p>1. Отсутствие эффекта от проводимой терапии.</p> <p>2. Ухудшение</p> | <p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в</p> | <p>1. Бета-адреноблокаторы селективные.</p> <p>2. Дигидропиридиновые производные</p> | <p>Показания для досрочного родоразрешения:</p> <p>1. Отсутствие</p> |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|
| <p>беременности и в послеродовом периоде</p> <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>A3.</p> <p>2. ЭКГ и эхокардиография (далее – ЭХОКГ) по назначению врача-кардиолога.</p> <p>3. Определение суточного белка в моче.</p> <p>4. Триглицериды.</p> <p>5. Электролиты крови (Ca^{2+}, Mg^{2+}).</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>(нифедипин).</p> <p>3. Производные фенилалкиламина (верапамил).</p> <p>4. Магнезиальная терапия.</p> <p>5. Препараты кальция.</p> | <p>состояние матери и плода.</p> <p>3. O14 Вызванная беременностью 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</p> | <p>стационарных условиях).</p> <p>2. Дополнительно: 1) контроль АД, пульса, диуреза; 2) общий анализ мочи на белок (возможно двукратно с интервалом 4 часа); 3) биохимия крови (мочевина, АСТ, АЛТ, креатинин); 4) общий анализ крови; 5) гемостазиограмма и коагуляционный гемостаз; 6) КТГ, УЗИ + доплерометрия; 7) проба Реберга; 8) аппаратный мониторинг (при тяжелом состоянии больной); 9) по показаниям консультация врача-анестезиолога-реаниматолога; 10) УЗИ почек (при назначении врачом-терапевтом / врачом-нефрологом); 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. Вазодилататоры 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 сульфат).</p> <p>11. Глюкокортикоиды (для профилактики РДС).</p> <p>Легкая и среднетяжелая преэклампсия - в сроке до 34 недель на фоне начатой магнезиальной и</p> | <p>эффекта от проводимой терапии, тяжелая 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> |
|---|--|--|--|---|--|--|

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|---|
| | | | в условиях стационара. 10. Госпитализация для родоразрешения в срок (38-39 недель). | | гипотензивной терапии - перевод в акушерский стационар третьей группы. | 5. Эклампсия – родоразрешение после стабилизации состояния. 6. Легкая и среднетяжелая преэклампсия: плановое родоразрешение на фоне стабилизации состояния магниальной и гипотензивной терапией. |
| Привычное невынашивание беременности (в сроке до 22 недель) О26.2 Медицинская помощь женщине с привычным невынашиванием беременности | 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3; диагностика бессимптомной бактериурии более 10 ⁵ КОЕ/мл. 2. В I и II триместре УЗИ контроль динамики развития плода и его жизнеспособности, УЗИ-цервикометрия. 3. В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и КТГ еженедельно (с 33 недель). | 1. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 2. Антимикробные препараты местного и системного применения при верифицированной инфекции. 3. Антикоагулянты прямые (низкомолекулярные гепарины). 4. Ингибиторы агрегации тромбоцитов (ацетилсалициловая | 1. Необходимость в проведении инвазивной пренатальной диагностики (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез). 2. Ухудшение состояния беременной / плода. 3. Нарастание гемостазиологических нарушений / осложнений. | 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном этапе. 3. Дополнительно: По показаниям: проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез) | 1. Антимикробные препараты местного и системного применения по показаниям. 2. Лечение бессимптомной бактериурии. 3. Антикоагулянты прямые (низкомолекулярные гепарины). 4. Ингибиторы агрегации тромбоцитов (ацетилсалициловая кислота). 5. Аминокислоты (транексамовая | Удаление остатков плодного яйца при неполном аборте, замершей беременности (антенатальной гибели плода) и иных осложнениях связанных с О.03, О05 - О07 |

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|--|
| | <p>4. Исследование кариотипа супругов (по назначению врача-генетика).</p> <p>5. Консультации врачей-специалистов по показаниям:</p> <p>а) врача-генетика б) врача-терапевта в) врача-эндокринолога.</p> <p>По показаниям: эндокринные причины невынашивания</p> <p>1) исследование уровня бета-ХГ в крови; 2) прогестерон; 3) тестостерон (при гиперандрогении); 4) ТТГ, свободный Т4.</p> <p>Инфекционные причины невынашивания:</p> <p>1) обследование в соответствии с рубрикой В 2) определение Ig G, М к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа, цитомегаловиру-</p> | <p>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 антифосфолипидного 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. R01.0 Поражения плода и новорожденного, обусловленные истмикоцервикальной недостаточностью.</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>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 прегнадиена.</p> <p>13. Бета2-адреностимуляторы селективные.</p> <p>14. Препараты магния.</p> <p>15. Санация влагалища.</p> <p>16. Наложение швов на шейку матки (O34.3).</p> <p>17. Истмико - цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери: введение</p> | |
|--|---|---|---|---|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| | <p>су, вирусу краснухи, токсоплазме.</p> <p>Иммунологические причины невынашивания и иные аллоиммунные процессы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) исследование уровня бета-тромбоглобулина; 2) исследование антител к тиреоглобулину; 3) HLA-антигены; 4) исследование антител к хорионическому гонадотропину. <p>Антифосфолипидный синдром:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) гемостазиограмма развернутая (Д-димер, тромбоэластография (далее – ТЭГ), растворимые комплексы мономеров фибрина, время свертывания с использованием яда гадюки Рассела. <p>Исследование уровня</p> | | | | <p>разгружающего pessaria.</p> <p>18. Оперативные методы лечения (в связи №96 Привычный выкидыш).</p> | |
|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|---|--|---|-------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| | <p>ингибитора активаторов плазминогена (ИАП);</p> <p>2) исследование на наличие антител класса Ig G, М к кардиолипину, группе фосфолипидов и кофакторам (протромбин, аннексин, протеин С, протеин S, тромбомодулин, в2 - 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> | | | | | |
| Кровотечение в ранние сроки беременности. | Обследование в соответствии с рубрикой А1. | См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом | 1. Неэффективность проводимой | См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» | Медикаментозная терапия, направленная на сохранение | Удаление остатков плодного яйца при |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|---|
| <p>Привычный выкидыш. O20.0 Угрожающий аборт O20.8 Другие кровотечения в ранние сроки беременности O20.9 Кровотечение в ранние сроки беременности неуточненное N96 Привычный выкидыш</p> | | <p>течении».</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Производные прегнена. 2. Производные прегнадиена. 3. Аминокислоты (транексамовая кислота). 4. Препараты магния. | <p>терапии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Ухудшение состояния беременной. | <p>(в стационарных условиях).</p> | <p>беременности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. производные прегнена; 2. производные прегнадиена; 3. аминокислоты (транексамовая кислота); 4. препараты магния. | <p>неполном аборте, замершей беременности и иных осложнениях связанных с O03, O05- O07</p> |
| <p>Преждевременные роды (угроза) O60 Преждевременные роды (угроза)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. УЗИ-цервикометрия. 3. Лечение бессимптомной бактериурии. 4. Определение маркеров преждевременных родов (тест-система). | <p>См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Бета2-адреностимуляторы селективные. 2. Препараты магния. 3. Дигидропиридиновые производные (нифедипин). 4. Производные фенилалкиламина (верапамил). 5. Глюкокортикостероиды активные (Группа III) (бетаметазон). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация в акушерский стационар третьей группы (при сроке беременности менее 32 недель). 2. Неэффективность проводимой терапии. 3. Ухудшение состояния беременной / плода. | <ol style="list-style-type: none"> 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). | <ol style="list-style-type: none"> 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. | <ol style="list-style-type: none"> 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 |

| | | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|--|---|---|
| | | <p>6. Глюкокортикостероиды (дексаметазон).</p> <p>7. Антибиотикотерапия бактериального вагиноза.</p> | | | <p>6. Лечение бессимптомной бактериурии.</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> | <p>неонатологической бригады, роды.</p> <p>2. При сроке 34-37 недель:</p> <p>а) менее 3 см открытия - перевод в акушерский стационар второй (третьей) группы;</p> <p>б) токолиз на время транспортировки;</p> <p>в) при открытии шейки матки более 3 см вызов врача-неонатолога на роды.</p> <p>3. При развитии регулярной родовой деятельности родоразрешение.</p> |
| Многоплодная беременность | | | | | | |
| О30.0 Беременность двойней | <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. Скрининговое УЗИ в 16-18 недель для исключения синдрома фето-фетальной</p> | См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». | <p>1. О31 Осложнения, характерные для многоплодной беременности.</p> <p>2. О43.0 Синдром плацентарной трансфузии.</p> <p>3. Патологичес-</p> | <p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <p>2. Оценка состояния беременной и плода / плодов.</p> | См. рубрику Преждевременные роды (угроза). | Родоразрешение в соответствии с акушерской ситуацией. |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|--|
| | <p>трансфузии и истмико-цервикальной недостаточности.</p> <p>3. УЗИ-цервикометрия.</p> | | <p>кое течение беременности.</p> <p>4. Угроза преждевременных родов.</p> <p>5. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 36 недель с целью подготовки к родам и определения способа родоразрешения.</p> | <p>3. Определение степени риска и способа родоразрешения.</p> | | |
| <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> | <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. ТТГ, свободный Т4.</p> <p>3. Скрининговое УЗИ в 16-18 недель для исключения синдрома фето-фетальной трансфузии и истмико-цервикальной недостаточности.</p> <p>4. УЗИ-цервикометрия.</p> | <p>1. См. рубрику «Многоплодная беременность».</p> <p>2. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности (см. рубрику О60 Преждевременные роды О20 Кровотечение в ранние сроки беременности).</p> | <p>1. О31 Осложнения, характерные для многоплодной беременности.</p> <p>2. О43.0 Синдромы плацентарной трансфузии.</p> <p>3. Патологическое течение беременности.</p> <p>4. Угроза преждевременных родов.</p> <p>5. Для родоразрешения в сроке 33-</p> | <p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <p>2. Оценка состояния беременной и плода / плодов, определение степени риска.</p> <p>3. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</p> | <p>1. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности.</p> <p>2. Фетальная хирургическая коррекция.</p> <p>3. Родоразрешение.</p> | <p>Родоразрешение в соответствии с акушерской ситуацией.</p> |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|--|
| | | | 36 недель. | | | |
| О43.0 Синдромы плацентарной трансфузии | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3. 2. УЗИ + доплерометрия. 3. КТГ плода / плодов после 33 недель в динамике. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности. 2. Лечение иных осложнений, характерных для многоплодной беременности. 3. Оценка состояния беременной и плода / плодов и степени риска для решения вопроса о сроках родоразрешения. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Лечение осложнений, характерных для многоплодной беременности. 2. Оценка состояния беременной и плода / плодов и степени риска для решения вопроса о хирургическом лечении синдрома фето-фетальной трансфузии (фетальная хирургия). 3. Родоразрешение. | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Пренатальная диагностика: биопсия хориона, плаценты; амниоцентез; кордоцентез. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности, лечение осложнений, характерных для многоплодной беременности. 2. Хирургическое лечение синдрома фето-фетальной трансфузии. 3. Досрочное родоразрешение. 4. Родоразрешение. | Родоразрешение в соответствии с акушерской ситуацией. |
| Осложнения, характерные для многоплодной беременности О31.1 Продолжающаяся беременность после аборта одного или более чем | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3. 2. ТТГ, свободный Т4. 3. Скрининговое УЗИ в 16-18 недель для исключения синдрома фето- | <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности и лечение иных осложнений, характерных для многоплодной беременности. 2. Оценка состояния | <ol style="list-style-type: none"> 1. Плановая госпитализация для оперативного лечения - фетальная хирургическая коррекция. 2. Для родоразрешения. 3. Для | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном этапе. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности. 2. Лечебные мероприятия при преждевременных родах, кровотечении в ранние сроки | <ol style="list-style-type: none"> 1. Досрочное родоразрешение при ухудшении состояния матери, плода / плодов. 2. При антенатальной гибели плода / плодов- |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|---|
| <p>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>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>беременной и плода / плодов. 3. Определение степени риска. 4. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</p> | <p>проведения инвазивной диагностики.</p> | <p>3. Дополнительно: 1) оценка состояния беременной и плода / плодов, определение степени риска; 2) УЗИ-цервикометрия.</p> | <p>беременности. 3. Биопсия хориона, плаценты. 4. Амниоцентез. 5. Кордоцентез. 6. Фетальная хирургия.</p> | <p>родоразрешение с учетом клинической ситуации. 3. При самопроизвольном аборте / неразвивающейся беременности – удаление остатков плодного яйца.</p> |
| <p>Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом неправильном</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</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).</p> | <p>1. Подготовка к родам. 2. При тазовом предлежании предлагается наружный поворот плода на головку в</p> | <p>Родоразрешение в срок</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>предлежании плода О32.0 Неустойчивое 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</p> | | <p>беременности при физиологическом течении».</p> <p>4. Позиционная терапия (коленно-грудное положение).</p> | | <p>2. Оценка состояния беременной и плода.</p> <p>3. Определение степени риска и способа родоразрешения.</p> | <p>сроке 37 недель.</p> <p>3. Для проведения наружного поворота плода:</p> <p>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> | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|---|
| <p>О32.4 Высокое стояние головки к концу беременности, требующее предоставления медицинской помощи матери P01.7 Поражения плода и новорожденного, обусловленные неправильным предлежанием плода перед родами</p> | | | | | | |
| <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</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 2. УЗИ и фетометрия плода дополнительно в 35-36 недель. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка состояния беременной и плода / плодов. 2. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 3. См. «синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения». | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ухудшение состояния матери / плода. 2. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38 недель (О65). | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Подготовка к родам. 3. Оценка состояния беременной и плода. 4. Определение степени риска и способа родоразрешения. | <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>суженный таз, приводящий к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери</p> <p>О33.2 Сужение входа таза, приводящее к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери</p> <p>О33.3 Сужение выхода таза, приводящее к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери</p> <p>О33.4 Диспропорция смешанного материнского и плодного происхождения, требующая предоставления медицинской помощи матери</p> <p>О33.5 Крупные размеры плода, приводящие к</p> | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| <p>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 Диспропорция вследствие других причин, требующая предоставления медицинской помощи матери О33.9 Диспропорция, требующая предоставления медицинской помощи матери,</p> | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|--|
| неуточненная | | | | | | |
| <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 медицинской помощи матери О34.3</p> <p>Истмико - цервикальная недостаточность, требующая предоставления</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3. 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). 3. УЗИ контроль состояния рубца. 4. УЗИ плода / плодов и плаценты с фетометрией в динамике (О31.1, О31.2, О31.8). 5. КТГ плода / плодов. 6. УЗИ контроль (цервикометрия) 7. Консультации | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 2. См. «Синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения». 3. См. «Привычное невынашивание беременности». 4. Разгружающий пессарий. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ухудшение состояния беременной / плода. 2. Необходимость хирургической коррекции. 3. Наложение швов на шейку матки. 4. О20.0 Угрожающий аборт. 5. Р01.0 Поражения плода и новорожденного, обусловленные истмико-цервикальной недостаточностью. 6. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 37-38 недель (О65.5). | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Оценка состояния беременной и плода. 3. Магнитно-резонансная терапия (далее – МРТ) таза во II или III триместре для уточнения диагноза (О34.0 , О34.1, О34.5). 4. Определение степени риска и способа родоразрешения. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозные методы лечения, направленные на сохранение беременности, подготовка к родам. 2. См. «Синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения». 3. См. «Привычное невынашивание беременности». 4. Наложение швов на шейку матки / циркулярный сегмент матки в гинекологическом стационаре в сроке до 26 недель. 5. Разгружающий пессарий. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Родоразрешение (О65.5) 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. 3. Гистерэктомия интраоперационно после кесарева сечения по витальным показаниям при невозможности остановки кровотечения другими методами. |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|--|
| <p>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>врачей-специалистов: врача-онколога при подозрении на рак женских половых органов любой локализации.</p> | | | | | |
| <p>Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода О35.0 Пороки развития центральной нервной системы у</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3. 2. Обследование в соответствии с рубрикой В (по показаниям). 3. Пренатальный скрининг. 4. УЗИ плода и плаценты с фетометрией, | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 2. См. «Синдром задержки роста плода и плацентарные нарушения». | <ol style="list-style-type: none"> 1. Необходимость проведения инвазивной пренатальной диагностики. 2. Для прерывания беременности по медицинским показаниям. 3. Ухудшение | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном этапе. 3. Дополнительно: 1) ТТГ, свободный Т4; | <ol style="list-style-type: none"> 1. Инвазивная пренатальная диагностика. 2. Прерывание беременности по медицинским показаниям. 3. Медикаментозные методы лечения, направленные на сохранение беременности. 4. См. «синдром | <ol style="list-style-type: none"> 1. Прерывание беременности при наличии пороков, несовместимых с жизнью. 2. Досрочное родоразрешение при ухудшении состояния беременной / плода. |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|
| <p>плода, требующие предоставления медицинской помощи матери О35.1 Хромосомные аномалии у плода (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери О35.2 Наследственные болезни (предполагаемые) у плода, требующие предоставления медицинской помощи матери О35.3 Поражение плода (предполагаемое) в результате вирусного заболевания матери, требующее предоставления медицинской помощи матери О35.4</p> | <p>доплерометрия каждые 7-10 дней. 5. КТГ плода. 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>состояния беременной / плода. 4. О20.0 Угрожающий аборт. 5. Плановая госпитализация для родоразрешения в 37-38 недель (О65.5) или ранее (по показаниям). 6. Выбор медицинской организации для родоразрешения с учетом необходимости оказания хирургической помощи новорожденному.</p> | <p>2) оральный глюкозотолерантный тест; 3) обследование в соответствии с рубрикой В (по показаниям). 4) инвазивная пренатальная диагностика; 5) решение вопроса о прерывании беременности.</p> | <p>задержки роста плода и плацентарные нарушения». 5. Подготовка к родоразрешению.</p> | <p>3. Хирургическая коррекция пороков у новорожденных.</p> |
|---|---|--|--|--|--|--|

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

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|
| <p>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</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3. 2. Обследование в соответствии с рубрикой В (по показаниям). 3. По показаниям: | <p>Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D] резус-отрицательным беременным женщинам на 28-й и 34-й неделе беременности, а также после хорионбиопсии, амниоцентеза,</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ухудшение состояния плода. 2. Родоразрешение. | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на | <ol style="list-style-type: none"> 1. Амниоцентез, спектрофотометрический анализ продуктов деградации гемоглобина (билирубина) в амниотической жидкости. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Досрочное родоразрешение при ухудшении состояния плода. 2. Родоразрешение в срок. |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--|
| <p>помощи матери ОЗ6.1 Другие формы изоиммунизации, требующие предоставления медицинской помощи матери</p> | <p>а) прямой антиглобулиновый тест (прямая проба Кумбса); б) непрямой антиглобулиновый тест (тест Кумбса). 4. В процессе наблюдения: а) анализ крови на Rh-фактор и групповые иммунные антитела 1 раз в 1 месяц (до 32 недель), после 32 недель 2 раза в месяц. б) УЗИ, доплерометрия с измерением скорости кровотока в средне-мозговой артерии плода.</p> | <p>кордоцентеза, биопсии плаценты.</p> | | <p>амбулаторном этапе.</p> | <p>2. Кордоцентез, определение групповой и резус-принадлежности плода и уровня гематокрита крови плода. 3. Внутриутробное переливание крови плоду.</p> | |
| <p>Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери ОЗ6.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления</p> | <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3 (в плановом порядке). 2. Скрининговое УЗИ плода и плаценты, доплерометрия, КТГ плода.</p> | <p>1. Глюкокортикостероиды активные (Группа III) для профилактики дистресс-синдрома. 2. Бета2-адреностимуляторы селективные. 3. Дигидропиридиновые производные (нифедипин). 4. Производные фенилалкиламина (верапамил).</p> | <p>1. Ухудшение состояния плода (нарушение маточно-плацентарного кровотока Ib, II, III). 2. Присоединение преэклампсии. 3. Перенашивание беременности.</p> | <p>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</p> | <p>1. Глюкокортикостероиды активные (Группа III) (бетазон) для профилактики РДС. 2. Бета2-адреностимуляторы селективные. 3. Дигидропиридиновые производные (нифедипин). 4. Производные фенилалкиламина</p> | <p>1. Досрочное родоразрешение: ухудшение состояния плода (нарушение маточно-плацентарного кровотока II, III). 2. Родоразрешение в срок.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|
| <p>медицинской помощи матери P20.0 Внутриутробная гипоксия, впервые отмеченная до начала родов P20.9 Внутриутробная гипоксия неуточненная</p> | | | | этапе. | (верапамил). При отрицательном диастолическом фето-плацентарном 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 O36.5 Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери O43.1 Аномалия плаценты O43.8 Другие плацентарные нарушения O43.9 Плацентарное нарушение неуточненное P02 Поражения</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. Обследование в соответствии с рубрикой B (по показаниям). 3. УЗИ контроль динамики развития плода и его жизнеспособности. 4. В III триместре УЗИ + доплерометрия, КТГ плода с 33 недель в динамике. 5. Консультация врача-генетика по показаниям (исследование кариотипа) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Глюкокортикостероиды слабоактивные (Группа I) при гиперандрогении. 2. Глюкокортикостероиды активные (Группа III). 3. Бета2-адреностимуляторы селективные. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Для проведения инвазивной пренатальной диагностики. 2. Ухудшение состояния беременной / плода (нарушение маточно-плацентарного кровотока Ib, II, III). 3. Присоединение преэклампсии. 4. Перенашивание беременности. 5. Родоразрешение. | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном этапе. 3. Дополнительно: 1) доплерометрия в динамике 1 раз в неделю (по показаниям - чаще); 2) пренатальная диагностика (по назначению врача-генетика); 3) амниоцентез; 4) кордоцентез; 5) консультация врача-генетика (по | <ol style="list-style-type: none"> 1. Медикаментозные методы лечения, направленные на сохранения беременности, лечение синдрома задержки роста плода, плацентарных нарушений. 2. Глюкокортикостероиды активные (Группа III). 3. Бета2-адреностимуляторы селективные. 4. Проведение инвазивной пренатальной диагностики (биопсия хориона, плаценты, амниоцентез, кордоцентез). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Досрочное родоразрешение: ухудшение состояния беременной / плода (нарушение маточно-плацентарного кровотока II, III). 2. Родоразрешение в срок. При отрицательном диастолическом фето-плацентарном кровотоке и индексе состояния плода равном 2,5 или более кесарево сечение |

| | | | | | | |
|---|-------------------|--|--|---|--|--|
| <p>плода и новорожденного, обусловленные осложнениями со стороны плаценты, пуповины и плодных оболочек P05 Замедленный рост и недостаточность питания плода</p> | <p>супругов).</p> | | | <p>показаниям) Иммунологические причины невынашивания и иные аллоиммунные процессы: 1. Исследование уровня бета-тромбоглобулина 2. Исследование антител к тироглобулину. 3. HLA-антигены. 4. Исследование антител к хорионическому гонадотропину. Антифосфолипидный синдром: 1. Гемостазиограмма развернутая (Д-димер, ТЭГ, растворимые комплексы мономеров фибрина, время свертывания с использованием яда гадюки Рассела). 2. Исследование на наличие антител класса Ig M, G к кардиолипину, группе фосфолипидов и кофакторам</p> | | <p>под эпидуральной анестезией в интересах плода. При тазовом предлежании и весе менее 2500 и более 3600 кесарево сечение</p> |
|---|-------------------|--|--|---|--|--|

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

| | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|--|
| <p>О41.8 Другие уточненные нарушения амниотической жидкости и плодных оболочек</p> <p>О41.9 Нарушение амниотической жидкости и плодных оболочек</p> <p>неуточненное</p> <p>Р01.2 Поражения плода и новорожденного обусловленные олигогидрамнионом</p> <p>Р01.3 Поражения плода и новорожденного обусловленные полигидрамнионом</p> | <p>помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода».</p> <p>5. Обследование в соответствии с рубрикой «инфекции».</p> <p>6. Обследование в соответствии с рубрикой «беременность с резус-иммунизацией».</p> <p>7. УЗИ для определения объема околоплодных вод (определение индекса амниотической жидкости).</p> <p>8. Дополнительно: консультация врача-генетика, врача-эндокринолога.</p> | | | <p>плаценты амниоцентез, кордоцентез).</p> | | |
| <p>Предлежание плаценты без кровотечения</p> <p>О44.0 предлежание</p> | <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. При постановке диагноза</p> | <p>См. «Ведение беременности при физиологическом течении».</p> | <p>1. О44.1 Предлежание плаценты с кровотечением.</p> <p>2. Р02.0</p> | <p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных</p> | <p>1. При остановившемся кровотечении перевод в акушерский стационар третьей</p> | <p>Родоразрешение в зависимости от клинической ситуации.</p> |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| <p>плаценты, уточненное как без кровотечения P02.0 Поражения плода и новорожденного, обусловленные предлежанием плаценты</p> | <p>консультация в акушерском стационаре третьей группы для составления дальнейшего плана ведения и наблюдения.</p> | | <p>Поражения плода и новорожденного, обусловленные предлежанием плаценты.</p> <p>3. P02.1 Поражения плода и 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</p> | <p>условиях).</p> <p>2. Осмотр врача-акушера-гинеколога при развернутой операционной.</p> <p>3. Пульс, АД, частота дыхания, 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>группы (при сроке менее 34 недель).</p> <p>2. Наложение профилактического шва на шейку матки.</p> <p>3. Медикаментозная терапия и сроки родоразрешения в зависимости от осложнений.</p> <p>4. Если плод живой и гестационный срок менее 34 недель — консервативная тактика (профилактика РДС).</p> <p>5. Глюкокортикостероиды (профилактика РДС) в сроке до 34 недель (при O44.1).</p> <p>6. Если плод живой и гестационный срок 34—37 недель консервативная тактика.</p> <p>7. Токолиз Токолитические препараты назначают в режиме монотерапии. Дигидропиридиновые производные (нифедипин).</p> <p>8. Если плод живой и</p> | |
|---|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|
| | | | <p>начала родов.</p> <p>6. P20.9 Внутритрубная гипоксия неуточненная.</p> <p>7. Плановая госпитализация для родоразрешения в 34-35 недель.</p> | | <p>доношенный — подготовка к плановому оперативному родоразрешению (рассмотреть вопрос об эмболизации сосудов матки).</p> <p>9. Если плод мертвый или с явными аномалиями развития при любом сроке гестации — подготовка к родоразрешению (при полном предлежании - оперативным путем). См. выше пункт 4 «при живом плоде».</p> <p>10. Способ родоразрешения – кесарево сечение.</p> | |
| Инфекции мочеполовых путей при беременности | | | | | | |
| Бессимптомная бактериурия O23.0 Инфекция почек при беременности O23.1 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой В. 2. Диагностика бессимптомной бактериурии | <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная терапия. 2. Спазмолитическая терапия. 3. Питьевой режим. 4. Фитотерапия. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация в урологический стационар: при необходимости уточне- | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных | <ol style="list-style-type: none"> 1. Позиционная терапия. 2. Инфузионная терапия. 3. Антибактериальная терапия | <ol style="list-style-type: none"> 1. Досрочное родоразрешение (в интересах матери и (или) плода при |

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|--|--|--|---|
| <p>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 неуточненная инфекция мочеполовых путей при беременности P00.1 Поражения плода и новорожденного, обусловленные болезнью почек и мочевых путей у матери</p> | <p>более 10^5 КОЕ/мл. 3. Мазок на флору и степень чистоты (при выявлении бактериурии). 4. Посев средней порции мочи и отделяемого влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам. 5. Клинический анализ крови. 6. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому, проба Реберга. 7. Биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, мочево́я кислота, креатинин). 8. Контроль АД, диуреза. 9. УЗИ почек и мочевыводящих путей. 10. УЗИ почек плода в 20-24 недели. 11. Консультация врача-уролога.</p> | <p>5. Позиционная терапия.</p> | <p>ния диагноза и стадии процесса, отсутствии эффекта от проводимой терапии, ухудшении состояния (снижение функции почек). 2. Госпитализация в акушерский стационар: при присоединении преэклампсии, ухудшении состояния плода, в 38 недель - для решения вопроса о родоразрешении.</p> | <p>условиях). 2. При осложненных формах пиелонефрита биохимический анализ крови: триглицериды, электролиты, альбумин, печеночные ферменты, коагулограмма, гемостазиограмма, суточная протеинурия, ЭКГ. 3. При осложненных формах - лучевые методы диагностики во II-III триместре. Лучевая экспозиция менее чем в 5 РАД не вызывает увеличения аномалий плода и не является показанием к прерыванию беременности! Однако, у беременных предпочтительнее УЗИ и МРТ.</p> | <p>(деэскалационный подход). 4. Спазмолитическая терапия. 5. Фитотерапия. 6. Стентирование почки / микростома. 7. Питьевой режим. При выписке: 1. Культуральное исследование мочи 1 раз в 2 недели до родоразрешения. При двух отрицательных результатах – 1 раз в месяц. При осложненных формах пиелонефрита: 1. Комбинированная внутривенная антибактериальная терапия. 2. Оперативное лечение: нефрэктомия, или санация гнойно-некротических очагов с их удалением, декапсуляцией почки и проведением нефростомии, дренированием</p> | <p>отсутствии эффекта от лечения). 2. Родоразрешение в срок.</p> |
|--|---|--------------------------------|--|--|--|---|

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|-----------------------|
| | | | | | 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"> 1. Мазок на флору и степень чистоты. 2. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы. 3. Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на хламидии. 4. Микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на микоплазму. 5. Бактериологическое исследование отделяемого | <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная терапия местного и системного применения 2. Противогрибковые препараты для местного применения. 3. Средства, нормализующие микрофлору кишечника. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие эффекта от проводимой терапии. 2. Осложненное течение. 3. Ухудшение состояния беременной женщины или плода. 4. Родоразрешение. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Мазок на флору и степень чистоты. 2. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы. 3. Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на гонококк (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>). 4. Проба с КОН. 5. Кольпоскопия по показаниям. 6. Консультации специалистов: <ol style="list-style-type: none"> а) врача-дерматовенеролога; б) врача-инфекциониста. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальные препараты для лечения гинекологических заболеваний системного применения. 2. Противогрибковые препараты для системного применения. 3. Иммунные сыворотки и иммуноглобулины. | Родоразрешение в срок |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | <p>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,</p> <p>б) врач-дермато-</p> | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|---|
| | венеролог. | | | | | |
| Переносенная беременность O48 Переносенная беременность | 1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. Определение зрелости шейки матки. 3. УЗИ с определением индекса амниотической жидкости. 4. КТГ, доплерометрия после предполагаемого срока родов. | | Госпитализация для родоразрешения (при сроке беременности 41 неделя и более в акушерский стационар второй (третьей) группы. | См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). УЗИ с определением ИАЖ, КТГ, доплерометрия после предполагаемого срока родов. | 1. Индукция родов после уточнения сроков беременности (предпочтительно не ранее 41 недели). 2. Медикаментозные методы подготовки недостаточно зрелой шейки матки (простагландины, антипрогестины). 3. Механические методы (ламинарии, катетер Фоллея). 4. При готовности родовых путей – родовозбуждение амниотомией. 5. При отказе от индукции родов предлагается влагалищное исследование с целью отслаивания нижнего полюса плодного пузыря. | Родоразрешение. |
| Герпес беременных O26.4 Герпес беременных | 1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. Мазок ПЦР из | 1. Противовирусные средства с 36 недель (ацикловир). 2. Местно – противовирусные герпетические | 1. Генерализация инфекции и развитие осложнений. 2. Ухудшение | 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в | Во время беременности (после 30 недель) и активных клинических проявлениях: | 1. Родоразрешение в «холодный» период по акушерской |

| | | | | | | |
|---|---|--------------|---|--|---|---|
| <p>А60 Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция [herpes simplex] А60.0 Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта А60.1 Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки А60.9 Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная</p> | <p>цервикального канала на вирус простого герпеса.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Мазок ПЦР с эрозивно-язвенных поверхностей на вирус простого герпеса. 4. Серологическая диагностика: IgG, М, индекс авидности IgG. 5. Консультация врача-дерматовенеролога. 6. Обследование в соответствии с рубрикой «Медицинская помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода». | <p>мази.</p> | <p>состояния матери и плода.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Родоразрешение. | <p>стационарных условиях).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. УЗИ + доплерометрия после 30 недель, КТГ в динамике. 3. Мазок ПЦР из цервикального канала на вирус простого герпеса. 4. При развитии осложнений консультации врачей-специалистов: <ol style="list-style-type: none"> а) врача-терапевта, б) врача-офтальмолога, в) врача-невролога, г) врача-оториноларинголога | <ol style="list-style-type: none"> 1. Противовирусные средства (ацикловир). 2. Иммуноглобулин. 3. Местно противогерпетические мази. 4. Антибиотики широкого спектра действия при развитии вторичных осложнений и генерализованной манифестации. | <p>ситуации. При наличии клинических проявлений активизации заболевания плодный пузырь не должен вскрываться ранее чем за 4-6 часов до родоразрешения.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Родоразрешение при клинически активной, манифестной форме (первичная, рецидивная): в сроке родов - кесарево сечение в плановом порядке и при излитии околоплодных вод не более 6 часов. При безводном промежутке более 6 часов - через естественные |
|---|---|--------------|---|--|---|---|

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | | <p>родовые пути. Далее – по акушерской ситуации + противовирусная терапия.</p> <p>3. Обследование новорожденного и определение показаний для превентивного лечения.</p> |
| <p>Папиллома-вирусная инфекция</p> <p>А63 Другие болезни, передающиеся преимущественно половым путем, не классифицированные в других рубриках</p> <p>А63.8 Другие уточненные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем</p> <p>В97.7 Папилломавирусы как</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3. 2. Осмотр вульвы, влагалища, шейки матки. 3. Цитологическое исследование шейки матки. 4. При обнаружении экзофитных образований, эрозии шейки матки кольпоскопия. 5. При дисплазии шейки матки II-III биопсия шейки матки с гистологическим исследованием. 6. По показаниям - | <ol style="list-style-type: none"> 1. Криотерапия при небольших перианальных и генитальных бородавках. 2. Электроэксцизия. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация для хирургического лечения (удаления обширных кондилом). 2. Родоразрешение. | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Дополнительно: при выявлении высокоонкогенных штаммов цитология. | <p>При обширных кондиломах – хирургическое удаление или электроэксцизия.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Родоразрешение в срок. 2. При обширных генитальных кондиломах оперативное родоразрешение (для профилактики кондиломатоза гортани новорожденного). |

| | | | | | | |
|--|--|--|----------------|--|------------------------------|---|
| возбудители болезней, классифицированных в других рубриках | консультация врача-онколога. | | | | | |
| Цитомегаловирусная инфекция B25. Цитомегаловирусная болезнь. B25.0. Цитомегаловирусная пневмония. B25.1. Цитомегаловирусный гепатит. B25.2. Цитомегаловирусный панкреатит. B25.8. Другие цитомегаловирусные болезни. B25.9. Неуточненная цитомегаловирусная болезнь. O35.3. Поражение | 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 цитомегаловирусу (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 | | 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 родоразрешению. | Родоразрешение через естественные родовые пути. Новорожденному при подтвержденном диагнозе специфический иммуноглобулин. |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|--|
| <p>плода (предполагаемое) в результате вирусного заболевания матери, требующее предоставления медицинской помощи матери.</p> | <p>помощь матери при установленных или предполагаемых аномалиях и повреждениях плода».</p> | | | | | |
| <p>Урогенитальный кандидоз B37.3+ Кандидоз вульвы и вагины (N77.1*) B37.4+ Кандидоз других урогенитальных локализаций</p> | <p>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 +</p> | <p>Топические азолы местного применения</p> | | | <p>Перед родами – профилактика неонатального кандидоза.</p> | <p>Родоразрешение через естественные родовые пути.</p> |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|---|
| | чувствительность к антибиотикам; в) консультация врача-уролога. | | | | | |
| Микоплазмоз | | | | | | |
| А64 Болезни, передаваемые половым путем, неуточненные | <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. ПЦР + чувствительность к антибиотикам.</p> <p>Показания к обследованию на <i>M. genitalium</i>:</p> <p>1) воспалительные процессы в нижних отделах мочеполового тракта;</p> <p>2) наличие осложнений (воспалительные заболевания органов малого таза (далее – ВЗОМТ), бесплодие и др.);</p> <p>3) обследование полового партнера пациента с обнаруженной <i>M. genitalium</i>;</p> <p>4) обследование женщин при</p> | <p>1. Азалиды (азитромицин).</p> <p>2. Полусинтетические пенициллины (амоксцилин).</p> | <p>1. Отсутствие эффекта от проводимой терапии.</p> <p>2. Ухудшение состояния беременной женщины или плода.</p> | См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). | <p>1. Антибактериальная терапия.</p> <p>2. Терапия, направленная на пролонгирование беременности.</p> | Родоразрешение через естественные родовые пути. |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | <p>планировании и во время беременности.</p> <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">1) наличие клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса органов уrogenитального тракта при отсутствии патогенных микроорганизмов;2) отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (невынашивание беременности, бесплодие, перинатальные потери и др.);3) осложнённое течение настоящей беременности, предполагающее возможное инфицирование плода. | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------|---|---|---|
| | <p>При наличии клинических проявлений со стороны урологического тракта:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. общий анализ мочи (анализ мочи по Нечипоренко); 2. бактериологический анализ мочи + чувствительность к антибиотикам; 3. консультация врача-уролога. | | | | | |
| <p>A55 Хламидийная 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</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. Обследование в соответствии с рубрикой B. 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибиотикотерапия после 12 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>Плановое родоразрешение</p> | <p>В сроке 36-37 недель и при подготовке к родам дополнительно обследование на выявление:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Метод амплификации нуклеиновых кислот. 2. ПЦР метод, лигазная цепная реакция (далее – ЛЦР), метод ДНК-гибридизации. 3. ПЦР в реальном времени. | <ol style="list-style-type: none"> 1. В 36-37 недель антибактериальная терапия с лечебной целью для профилактики интранатального инфицирования плода. 2. Кормящим (не пролеченным) макролиды. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Родоразрешение в срок. 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 |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|
| <p>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 локализации.</p> | <p>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>недели. 4. При выявлении хламидий у новорожденных назначение антибактериальной терапии (эритромицин)</p> |
| <p>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).</p> | | | | | | |
| <p>O98.0 Туберкулез, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период</p> | <p>Критерии, по которым беременным необходимо проводить консультации врача-фтизиатра и профилактическое противотуберкулёзное лечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Величина туберкулиновой пробы. 2. ВИЧ статус. 3. Иммунный статус. 4. Контакт с больным активной формой туберкулёза. <p>Профилактическое противотуберкулёзное лечение во время беременности показано:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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%). | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|--|
| <p>4. Беременные с результатом туберкулиновой пробы более 10 мм, но при положительных результатах рентгенографии легких. При отрицательных результатах лечение откладывается до послеродового периода (по прошествии 3-6 месяцев после родов - изониазид в течение года).</p> <p>Беременным, у которых туберкулиновая проба стала положительной в последние два года: риск активной формы туберкулеза в течение года 3%.</p> <p>Препараты для противотуберкулёзной профилактики: изониазид. Рекомендуется дополнительный прием пиридоксина.</p> | | | | | |
| <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. Ведение совместно с врачом-фтизиатром и смежными врачами-специалистами.</p> <p>3. Туберкулиновая проба.</p> <p>4. Рентгенография лёгких после I триместра (назначение врача-фтизиатра).</p> <p>5. Анализ крови на ВИЧ.</p> <p>6. УЗИ печени у плода (новорожденного).</p> | <p>Направление в противотуберкулезный диспансер для постановки на учет и лечения.</p> | <p>1. Госпитализация в профильный стационар (противотуберкулезный диспансер) определяется врачом-фтизиатром.</p> <p>2. Госпитализация в акушерский стационар: осложнения течения беременности; ухудшение состояние плода, ухудшение состояния матери, активная форма туберкулеза.</p> | <p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <p>2. Дополнительно: а) УЗИ + доплерометрия; б) КТГ плода / плодов после 33 недель в динамике.</p> <p>Беременным с положительным результатом пробы, с симптоматикой (кашель, продолжающийся не менее 3 недель, наличие крови в мокроте, ночная потливость, потеря веса и лихорадка) вне зависимости от результата пробы: 1) при выявлении микобактерий туберкулеза -</p> | <p>Профилактическое лечение (изониазид, пиридоксин)</p> | <p>1. Срок и способ родоразрешения определяется акушерской ситуацией.</p> <p>2. Ношение матерью маски.</p> <p>3. При активной форме туберкулеза раздельное пребывание матери и новорожденного</p> <p>4. На 3-4 дни жизни введение вакцины БЦЖ новорожденному.</p> <p>5. Новорожденным от матерей, получающих</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|
| | | | | <p>проба на чувствительность к химиотерапевтическим препаратам и начало лечения;</p> <p>2) общий анализ крови, мочи;</p> <p>3) АСТ, АЛТ, билирубин, щелочная фосфатаза, креатинин и количество тромбоцитов;</p> <p>4) ежемесячно микроскопическое и культуральное исследование мокроты (в условиях противотуберкулезного диспансера).</p> | | <p>лечение, следует провести туберкулиновую пробу после рождения и три месяца спустя.</p> <p>6. Грудное вскармливание не противопоказано при терапии изониазидом, пирозинамидом, этамбутолом и рифампицином.</p> <p>7. Новорожденному от матери с активной формой туберкулёза следует назначать изониазид для профилактики инфицирования и вводить</p> |
|--|--|--|--|---|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|---|
| | | | | | | <p>изониазид-резистентную форму БЦЖ.</p> <p>Медицинскому персоналу, участвовавшему в ведении и родоразрешении беременной с активной формой туберкулёза, необходимо проведение кожной пробы Манту сразу и через 12 недель после контакта. УЗИ печени новорожденного.</p> |
| <p>О98.1 Сифилис, осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период</p> | <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. При положительной качественной пробе (реакция Вассермана):</p> <p>а) трепонемные тесты;</p> <p>б) консультация и наблюдение врача-дерматовенеролога в</p> | <p>1. Направление в кожно-венерологический диспансер для постановки на учет и лечения препаратами пенициллинов (основного или профилактического курсов).</p> <p>2. Лечение полового партнера.</p> | <p>1. Осложнения течения беременности.</p> <p>2. Ухудшение состояния плода.</p> | <p>См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> | <p>Лечение совместно с врачом-дерматовенерологом</p> | <p>1. Срок и способ родоразрешения определяется акушерской ситуацией.</p> <p>2. Забор крови новорожденного на серологический статус производится в</p> |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|--|
| | <p>течение всей беременности и послеродовом периоде.</p> <p>3. Первичное специфическое и профилактическое лечение по назначению врача-дерматовенеролога.</p> <p>4. Профилактика врожденного сифилиса с 16 недель.</p> <p>5. Консультации врачей-специалистов:</p> <p>а) врача-невролога;</p> <p>б) врача-терапевта;</p> <p>в) врача-офтальмолога;</p> <p>г) врача-оториноларинголога.</p> | | | | | <p>родовом зале.</p> <p>3. Профилактическое лечение новорожденного (положительные серологические реакции у матери после лечения).</p> <p>4. Лечение врожденного сифилиса (если мать не получала специфического лечения).</p> |
| <p>О98.2 Гонорея, осложняющая беременность, деторождение или послеродовой период</p> | <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. Скрининговая микроскопия влагалищного мазка.</p> <p>3. При положительном результате</p> | <p>Лечение совместно с врачом-дерматовенерологом. Антибактериальная терапия беременной и полового партнера (цефалоспорины II и III поколения).</p> | <p>1. Осложнения течения беременности.</p> <p>2. Ухудшение состояние плода.</p> | <p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <p>2. При наличии жалоб со стороны</p> | <p>Антибактериальная терапия не леченым (цефалоспорины 2, 3 поколения, макролиды, пенициллины)</p> | <p>1. Родоразрешение в срок.</p> <p>2. Лечение новорожденного (профилактика гонорейного конъюнктивита у</p> |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|---|
| | <p>микроскопическое исследование отделяемого влагалища, уретры, прямой кишки.</p> <p>4. При положительном результате – консультация врача-дерматовенеролога.</p> <p>5. Бактериологический посев на гонококк с определением чувствительности 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>мочевого тракта:</p> <p>а) консультация врача-уролога;</p> <p>б) общий анализ мочи / анализ мочи по Нечипоренко.</p> <p>3. При сепсисе, вызванном <i>Neisseria gonorrhoeae</i>:</p> <p>а) бактериологический анализ крови + посев на чувствительность к антибиотикам.</p> | | <p>родившихся от матерей с гонореей): мазь эритромициновая 0,5%, тетрациклиновая 1% однократно.</p> |
| <p>О98.3 Другие инфекции, передаваемые преимущественно половым путем,</p> | <p>Микоплазмоз (<i>M. Genitalium</i>, на <i>U. urealyticum</i>, <i>U. parvum</i>, <i>M. hominis</i>): Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> | <p>1. Антибактериальная терапия беременной и полового партнера при наличии клинических проявлений инфекции и при</p> | <p>1. Осложнения течения беременности.</p> <p>2. Ухудшение состояние плода.</p> | <p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных</p> | <p>1. Этиотропная терапия (макролиды).</p> <p>2. Полусинтетические пенициллины.</p> <p>3. Терапия, направленная на</p> | <p>Родоразрешение в срок.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------|---|------------------------------------|--------------------|
| осложняющие беременность, деторождение или послеродовой период | <p>Показания к обследованию:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Воспалительные процессы в нижних отделах мочеполового тракта. 2. Отягощённый акушерско-гинекологический анамнез (невынашивание беременности, бесплодие, ВЗОМТ, перинатальные потери и др.). 3. Исследование мазка из цервикального канала на микоплазму методом амплификации нуклеиновых кислот (далее – МАНК). 4. Обследование и лечение полового партнера в условиях кожно-венерологического диспансера (МАНК). | <p>обнаружении M. genitalium:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) макролиды; б) полусинтетические пенициллины. | | <p>условиях).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> а) мазок из цервикального канала на микоплазму методом МАНК или (ПЦР, ЛЦР); б) через 3 недели после лечения повторить МАНК <p>При наличии жалоб со стоны мочевого тракта:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) консультация врача-уролога; 2) общий анализ мочи /анализ мочи по Нечипоренко. | <p>продолгование беременности.</p> | |
| О98.4 Вирусный гепатит, | 1. Обследование в соответствии с | <ol style="list-style-type: none"> 1. Диета. 2. Гепатопротекторы. | 1. Острый гепатит, обострение | 1. См. рубрику «Базовый | Совместно с врачом-инфекционистом, | Сроки родоразреше- |

| | | | | | | |
|---|---|---------------------|--|--|--|---|
| <p>осложняющий беременность, деторождение или послеродовой период</p> | <p>рубрикой А1, А2, А3.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. При положительном НВsAg анализ крови на НВеAg и ДНК НВV. 3. При положительном анти-НСV анализ ПЦР крови на РНК НCV. 4. Биохимический анализ крови (билирубин, АСТ, АЛТ, гамма-глутамилтранс-пептидаза, холестерин, щелочная фосфатаза, фракции белка). 5. Гемостазиограмма, коагулограмма. 6. Консультация врача-инфекциониста, врача-гастроэнтеролога. 7. УЗИ + доплерометрия после 30 недель, КТГ в динамике. 8. УЗИ печени и желчного пузыря. | <p>3. Витамины.</p> | <p>хронического гепатита госпитализация в инфекционный стационар.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Тяжелое состояние беременной, обусловленное нарушением функции печени госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии многопрофильного стационара. 3. Сочетанная акушерская патология, ухудшение состояния плода госпитализация в акушерский стационар третьей группы. | <p>спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> а) Ig M, G; б) УЗИ печени, желчного пузыря по назначению врачей-специалистов. | <p>врачом-гастроэнтерологом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Кристаллоиды. 2. Трансфузия свежезамороженной плазмы. 3. Криопреципитат. 4. Препараты для парентерального питания. 5. Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота). 6. Факторы свертывания крови. 7. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты. 8. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз. 9. Цефалоспорины. 10. Растворы электролитов. 11. Алкалоиды белладонны. 12. Нестероидные противовоспалительные. 13. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные). 14. Ингибиторы | <p>ния сроки и методы родоразрешения определяются функцией печени и активностью вирусного гепатита. При активном процессе - плановое кесарево сечение при целом плодном пузыре.</p> |
|---|---|---------------------|--|--|--|---|

| | | | | | | |
|--------------------------------|---|---|--|--------------------------------|--|------------------------|
| | | | | | протеолиза. 15. Гепатопротекторы / мембранопротекторы. 16. Специфический иммуноглобулин. 17. Витамины. 18. Вакцина генноинженерная. 19. Интерфероны. 20. При гепатите В (активный) - специфический иммуноглобулин. 21. При носительстве HBsAg вакцинация. 22. При активном вирусном гепатите В в первые два часа после родов - специфический иммуноглобулин. Далее – вакцинация по схеме. 23. При осложненном течении: а) лечение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (далее – ДВС-синдром); б) лечение печеночной недостаточности. | |
| О98.5 Другие вирусные болезни, | 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, | 1. Введение иммуноглобулина после 12 недель | 1. Ухудшение состояние матери / плода. | 1. См. рубрику «Базовый спектр | 1. Ведение иммуноглобулина после 12 недель. | Родоразрешение в срок. |

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

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--|---|-------------------------------|
| | <p>перинатальные 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>контакте с землей и 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>диагностика (анализ крови плода на токсоплазму).</p> | <p>«привычное невынашивание беременности».</p> <p>3. Дополнительно: консультация врача-невролога, врача-инфекциониста.</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 А1, А2, А3 Листерия:</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</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</p> | <p>1. Симптоматическая терапия.</p> <p>2. Антибактериальная терапия на любом сроке беременности (пенициллины).</p> | <p>Родоразрешение в срок.</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|
| | <p>ПЦР на листериоз.</p> <p>4. УЗИ + доплерометрия после 30 недель, КТГ в динамике.</p> <p>5. УЗИ на выявление 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>диагноза листериоза – консилиум врачей, пренатальная диагностика.</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</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>Химиопрофилактика в родах и новорожденному согласно рекомендациям по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку.</p> | <p>Родоразрешение путем кесарева сечения в наблюдении в отделении при отсутствии специализированного родильного дома.</p> <p>После родов не прикладывать к груди и не проводить</p> |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|
| | отрицательного результата обследования на антитела к ВИЧ и наличия данных о половом или парентеральном контакте с больным ВИЧ-инфекцией в течение последних 6 месяцев). | | | | | грудного вскармливания. |
| | 4. Консультация врача-инфекциониста. | | | | | |
| Положительный результат лабораторного обследования на ВИЧ R75 Лабораторное обнаружение вируса иммунодефицита человека [ВИЧ] | 1. Обследование и ведение беременности в соответствии с рубрикой А1, А2, А3. 2. Консультация врача-инфекциониста и направление в специализированный центр. | Лечебные мероприятия согласно имеющимся акушерским и гинекологическим показаниям. | Ухудшение состояние матери и плода в связи с течением беременности. Родоразрешение. | См. объем обследования на амбулаторном этапе Консультация врача-инфекциониста и направление в специализированный центр. | В соответствии с причиной госпитализации. Химиопрофилактика в родах и новорожденному согласно рекомендациям по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку. | Родоразрешение путем кесарева сечения в наблюдательном отделении при отсутствии специализированного родильного дома. После родов не прикладывать к груди и не проводить грудного вскармливания. |
| ВИЧ-инфекция Z21 | 1. Обследование и ведение беременности в | 1. Лечебные мероприятия согласно имеющимся | 1. Ухудшение состояние матери и плода в связи с | 1. См. объем обследования на | 1. В соответствии с причиной госпитализации. | Решение вопроса о способе |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|---|
| <p>Бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]</p> <p>(B20-B24): Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]</p> | <p>соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Консультация врача-инфекциониста и направление в специализированный центр. 3. Ведение пациентки совместно с врачом-инфекционистом. 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 СД4, анализ уровня | <p>акушерским и гинекологическим показаниям.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности согласно существующим рекомендациям. 3. Если беременность наступила на фоне антиретровирусной терапии ее коррекция с учетом беременности, в случае необходимости. 4. При осложненном течении гестационного процесса тактика ведения беременности и терапия не отличается от лечения и ведения неинфицированных женщин. 5. При наличии вторичных заболеваний их лечение в соответствии с существующими рекомендациями. | <p>течением беременности.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Клиническое прогрессирование ВИЧ-инфекции. 3. Родоразрешение. | <p>амбулаторном этапе.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. При наличии вторичных заболеваний их диагностика и лечение совместно с врачом-инфекционистом, терапия. 3. Диагностика антенатального состояния плода см. «Ведение беременности при физиологическом течении». 4. При осложненном течении гестационного процесса тактика ведения беременности и терапия не отличается от лечения и ведения неинфицированных женщин. | <ol style="list-style-type: none"> 2. Лечебные мероприятия согласно имеющимся акушерским и гинекологическим показаниям. 3. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному согласно существующим рекомендациям. 4. При наличии вторичных заболеваний их лечение в соответствии с существующими рекомендациями. 5. При осложненном течении гестационного процесса тактика ведения беременности и терапия не отличается от лечения и ведения неинфицированных женщин. | <p>родоразрешения в зависимости от вирусной нагрузки. Родоразрешение в наблюдационном отделении при отсутствии специализированного родильного дома.</p> <p>После родов не прикладывать к груди и не проводить грудного вскармливания.</p> |
|--|--|---|---|---|--|---|

| | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|
| | РНК ВИЧ (вирусной нагрузки) согласно протоколам и рекомендациям по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. | | | | | |
| III. Беременность и экстрагенитальные заболевания | | | | | | |
| О99 Другие болезни матери, классифицированные в других рубриках, но осложняющие беременность, роды и послеродовой период | | | | | | |
| Венозные осложнения во время беременности О22.0 Варикозное расширение вен нижних конечностей во время беременности О22.1 Варикозное расширение вен половых органов во время беременности О22.2 Поверхностный тромбоз венозной системы во время беременности О22.3 Глубокий | 1. Анализ крови клинический. 2. Гемостазиограмма + Д-димер. 3. УЗИ + доплерография вовлеченного участка вен, ангиосканирование (по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга). 4. Эхография вен ног (по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга). 5. УЗИ органов и сосудов малого таза. 6. Консультация | 1. Компрессионное белье (I-II класс компрессии). 2. Медикаментозная терапия по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга. 3. Мазевые / гелевые нестероидные противовоспалительные и антикоагулянтные препараты. 4. Прямые антикоагулянты (низкомолекулярные гепарины). 5. Антипротекторы во II-III триместрах беременности. | 1. О22.3 Глубокий флеботромбоз во время беременности 2. О22.4 Геморрой во время беременности 3. О22.5 Тромбоз церебральных вен во время беременности 4. О22.8 Другие венозные осложнения во | 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном этапе 3. Дополнительно: а) Клиническая оценка состояния беременной. б) Оценка состояния плода. в) В процессе ведения: 1) общий анализ мочи; 2) агрегатограмма; 3) коагулограмма, 4) УЗИ + доплерография вовлеченного участка вен, ангиосканирование (по назначению врача- | Медикаментозная терапия в условиях специализированного стационара по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга. 1. Компрессионное белье (I-II класс компрессии). 2. Мазевые / гелевые нестероидные противовоспалительные и антикоагулянтные препараты. 3. Прямые антикоагулянты (низкомолекулярные гепарины). 4. Дезагреганты. 5. Антипротекторы во II-III триместрах беременности. | 1. Прерывание беременности / родоразрешение по акушерским показаниям по решению консилиума врачей. 2. Родоразрешение: через естественные родовые пути - если тромбоз не представляет опасности с точки зрения возможного возникновения тромбоэмболии легочной артерии (далее – |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|--|
| <p>флеботромбоз во время беременности O22.4 Геморрой во время беременности O22.5 Тромбоз церебральных вен во время беременности O22.8 Другие венозные осложнения во время беременности O22.9 Венозное осложнение во время беременности неуточненное</p> | <p>врача-сердечно-сосудистого хирурга.</p> | | <p>время беременности 5. O22.9 Венозное осложнение во время беременности неуточненное 6. O87.1 Глубокий флеботромбоз в послеродовом периоде.</p> | <p>сердечно-сосудистого хирурга); г) УЗИ органов брюшной полости по показаниям O87.1.; д) биохимия крови (в том числе - мочевины, креатинин); е) ЭКГ (если не проводилось в III триместре беременности).</p> | <p>6. Физиотерапия. 7. Антибиотики широкого спектра действия. 8. Инфузионная терапия. 9. Оперативное лечение. а) В I триместре беременность может быть пролонгирована. б) Во II и III триместрах тактика ведения беременности определяется сопутствующими акушерскими осложнениями. в) При развитии тромбоэмболических осложнений (тромбоз глубоких вен, тромбофлебит проксимальнее верхней трети бедра) перевод в стационар по профилю. г) При выявлении флотирующего тромба установка кава-фильтра (по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга).</p> | <p>ТЭЛА), а показания к кесареву сечению определяются акушерской 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 флотирующий тромб, представляющий опасность возникновения ТЭЛА, то родоразрешение через естественные родовые пути возможно только после имплантации кава-фильтра. Если кава-фильтр не установлен, то</p> |
|---|--|--|--|---|---|--|

| | | | | | | |
|--|---|--|--|---|---|--|
| | | | | | | родоразрешение выполняются путём кесарева сечения в 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 | 1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 3. Консультация врача-кардиолога (врача-терапевта) и в дальнейшем динамическое наблюдение. 4. Уточнение диагноза и решение вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 недель. | 1. Специальная физическая подготовка к родам. 2. Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки. 3. Медикаментозная терапия по назначению врача-кардиолога (врача-терапевта). | 1. С целью уточнения диагноза и решения вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 недель. 2. В 28-32 недели с целью обследования и коррекции проводимой терапии. 3. В 38 недель для подготовки к родоразрешению, выбору тактики и | 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном этапе. 3. Дополнительно: а) клиническая оценка состояния беременной; б) оценка состояния плода; в) консультация врача-терапевта / врача-ревматолога; г) в процессе ведения лабораторный спектр по назначению врача-ревматолога / врача- | 1. Медикаментозная терапия по назначению врача-кардиолога (врача-терапевта): а) сердечной недостаточности; б) легочной гипертензии; в) нарушений ритма сердца; г) пароксизмальных нарушений ритма сердца; д) профилактика тромбозов и тромбоэмболий; е) профилактика инфекционного эндокардита. При признаках сердечной недостаточности III, IV функционального класса | По решению консилиума врачей прерывание беременности по медицинским показаниям / досрочное родоразрешение / родоразрешение: 1) Ухудшение состояния беременной. 2) Появление признаков декомпенсации. 3). Осложненное течение беременности. Родоразрешение через естественные |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|---|
| <p>болезни сердца</p> <p>Другие болезни сердца</p> <p>I34</p> <p>Неревматические поражения митрального клапана</p> <p>I35</p> <p>Неревматические поражения аортального клапана</p> <p>I36</p> <p>Неревматические поражения трехстворчатого клапана</p> <p>I37 Поражения клапана легочной артерии.</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. ЭХОКГ в динамике при появлении клинических признаков декомпенсации.</p> <p>9. Ревматические пробы (определение титра антигигалуронидазы, анти-О-стрептолизина, дифениламинная проба, С-реактивный белок, серомукоид и др.).</p> <p>10. КТГ, доплерометрия в динамике.</p> <p>11. Плановая госпитализация</p> | | <p>способа родоразрешения.</p> <p>4. Обследование и лечение в условиях стационара.</p> <p>5. Ухудшение состояния беременной.</p> <p>6. Появление признаков декомпенсации.</p> <p>7. Осложненное течение беременности</p> <p>8. Р00.3 Поражения плода и новорожденного, обусловленные хроническими болезнями системы кровообращения и дыхания у матери.</p> <p>9. Прерывание беременности по медицинским показаниям.</p> <p>10. Досрочное</p> | <p>терапевта.</p> <p>При появлении клинических признаков декомпенсации:</p> <p>а) ЭХОКГ в динамике;</p> <p>б) ревматические пробы (определение титра антигигалуро-нидазы, анти-О-стрептолизина, дифениламинная проба, С-реактивный белок, серомукоид и др.);</p> <p>в) КТГ, доплерометрия в динамике.</p> | <p>– постельный режим, диуретики, сердечные гликозиды, кортикостероиды.</p> <p>Препараты и группы:</p> <p>Бета-адреноблокаторы</p> <p>Сердечные гликозиды</p> <p>Диуретики</p> <p>Неселективный антагонист эндотелиновых рецепторов типа ETA и ETB</p> <p>Антагонисты кальция</p> <p>Селективный ингибитор цГМФ-специфической ФДЭ5</p> <p>Непрямые антикоагулянты</p> <p>Низкомолекулярные гепарины</p> <p>Нефракционированный гепарин</p> <p>Дезагреганты</p> <p>Антиаритмические препараты</p> <p>Антибактериальные препараты</p> <p>При тахиаритмиях, рефрактерных к медикаментозной терапии – радиочастотная абляция атрио-вентрикулярного узла и дополнительных проводящих путей,</p> | <p>родовые пути с решением вопроса о выключении потужного периода (управляемая эпидуральная анестезия / акушерские щипцы), кесарево сечение (акушерские показания).</p> <p>При родоразрешении решение вопроса об инвазивном мониторинге давления в легочной артерии (консилиум врачей).</p> |
|---|--|--|--|---|--|---|

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| | <p>для родоразрешения в сроке 38 недель.</p> <p>12. При необходимости консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга, динамическое наблюдение, хирургическое лечение.</p> | | <p>родоразрешение.</p> <p>11. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</p> | | <p>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> | <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</p> <p>2. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении».</p> <p>3. Консультация врача-кардиолога (врача-терапевта) и в дальнейшем</p> | <p>1. Специальная физическая подготовка к родам.</p> <p>2. Соблюдение режима труда и отдыха с ограничением физической нагрузки.</p> <p>3. Медикаментозная терапия по назначению врача-кардиолога (врача-терапевта), включая антикоагулянтную терапию.</p> | <p>1. С целью уточнения диагноза и решения вопроса о возможности продолжения беременности при сроке до 10 недель.</p> <p>2. В 28-32 недели с целью обследования</p> | <p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях).</p> <p>2. См. рубрику хронические ревматические болезни.</p> <p>3. В динамике по назначению врача-кардиолога</p> | <p>1. Медикаментозная терапия по назначению врача-кардиолога (врача-терапевта).</p> <p>1) Бета-адреноблокаторы.</p> <p>2) При дилатационной кардиомиопатии: сердечные гликозиды.</p> <p>3) Диуретики.</p> <p>4) Вазодилататоры.</p> <p>5) Непрямые антикоагулянты.</p> | <p>Досрочное родоразрешение при:</p> <p>1. ухудшении состояния беременной;</p> <p>2. появлении признаков декомпенсации;</p> <p>3. осложненном течении беременности P00.3.</p> |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|--|
| | <p>динамическое наблюдение (1-2 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</p> | | <p>и коррекции проводимой терапии</p> <p>3. В 38 недель для подготовки к родоразрешению, выбору тактики и способа родоразрешения.</p> <p>4. Ухудшение состояния беременной. Появление признаков декомпенсации 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</p> | <p>(врача-терапевта): исследование тиреоидных гормонов (ТТГ, свободный Т4, АТ к ТПО) в динамике при тиреотоксической кардиомиопатии.</p> | <p>б) 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> <ol style="list-style-type: none"> 1) постельный режим, 2) кислородотерапия, 3) коррекция метаболических нарушений гипонатриемии, гипокалиемии, ограничение потребления воды, 4) препараты калия, 5) препараты магния, 6) ограничение инфузионной терапии <p>При гипертрофической кардиомиопатии избегать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) инотропных средств, 2) вазодилататоры, 3) адреномиметики, 4) гиповолемии. <p>Консилиум врачей для решения вопроса о</p> | |
|--|---|--|---|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|
| | <p>поражении клапанного аппарата сердца - ревматические пробы (определение титра антигиалуронидазы, анти-О-стрептолизина, дифениламиновая 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</p> | | <p>госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</p> | | <p>прерывании беременности по медицинским показаниям. При угрозе преждевременных родов не использовать адреномиметики, использовать сульфат магния.</p> <p>В послеродовом периоде дополнительно при дилатационной кардиомиопатии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Нитропруссид натрия 2) Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента 3) Добутамин <p>Внутриаортальная баллонная контрпульсация, в самых тяжелых случаях трансплантация сердца</p> <p>2. Медикаментозная терапия для пролонгирования беременности (см. О36.3 О26.2 О60) (кроме верапамила и нифедипина).</p> | |
|--|---|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|---|
| | лечение. | | | | 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 Существовавший ранее сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания O24.3 Существовав- | <ol style="list-style-type: none"> УЗИ контроль за динамикой развития плода и его жизнеспособностью. В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и 30 недель и КТГ плода в динамике. УЗИ для определения объема околоплодных вод. Клинический анализ крови, мочи. Гемостазиограмма. Гликемический профиль. Гликированный гемоглобин 1 раз в триместр. Самоконтроль гликемии | <ol style="list-style-type: none"> Диета (стол №9). Медикаментозное лечение под контролем врача-эндокринолога и врача-терапевта. | <ol style="list-style-type: none"> 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. Вторая госпитализация в 21-24 недели для компенсации углеводного обмена. В сроке 32 | <ol style="list-style-type: none"> См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> УЗИ контроль динамики развития плода и его жизнеспособности. Клинический спектр в процессе наблюдения. ЭКГ при каждой госпитализации. При отсутствии протеинурии - контроль суточной микроальбуминурии 1 раз в триместр. Консультации смежных врачей-специалистов: <ol style="list-style-type: none"> врача-офтальмолога, врача-невролога (для оценки степени | <ol style="list-style-type: none"> Диетотерапия. Медикаментозное лечение - под контролем врача-эндокринолога и врача-терапевта. <ol style="list-style-type: none"> При сахарном диабете, существовавшем ранее, и по показаниям при гестационном сахарном диабете проводится интенсифицированная инсулинотерапия многократными инъекциями инсулина или постоянная подкожная инфузия инсулина при помощи инсулиновой помпы в базисно-болюсном режиме. Применяются | Досрочное родоразрешение при декомпенсации сахарного диабета независимо от срока беременности и неэффективности медикаментозного лечения, присоединении преэклампсии и других осложнений течения беременности, ухудшении состояния плода и новорожденного, обусловленного другими состояниями матери. |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|
| <p>ший ранее сахарный диабет неуточненный O24.4 Сахарный диабет, возникший во время беременности O24.9 Сахарный диабет при беременности неуточненный</p> | <p>натошак, перед основными приемами пищи и через 1 час после них.</p> <p>9. Контроль кетонов в моче (крови) ежедневно натошак.</p> <p>10. При отсутствии протеинурии - контроль суточной микроальбуминурии 1 раз в триместр.</p> <p>11. Проба Реберга при первой явке и по показаниям.</p> <p>12. Суточная протеинурия и глюкозурия по назначению врача-эндокринолога.</p> <p>13. Бактериологический посев мочи в 16 недель и по показаниям.</p> <p>14. Консультация врачей-специалистов:</p> <p>а) врача-эндокринолога (врача-терапевта);</p> <p>б) врача-офтальмолога 3 раза</p> | | <p>недели для дальнейшего мониторинга течения беременности и сахарного диабета.</p> <p>4. Декомпенсация сахарного диабета при любом сроке беременности.</p> <p>5. Ухудшение состояния плода.</p> <p>6. Присоединение преэклампсии</p> <p>7. Угроза прерывания беременности.</p> <p>8. В 36-37 недель для решения вопроса о родоразрешении.</p> | <p>тяжести диабетической нейропатии),</p> <p>3) врача-эндокринолога (врача-терапевта).</p> <p>По назначению врача-эндокринолога (врача-терапевта):</p> <p>1) гликемический профиль в динамике,</p> <p>2) трехсуточное мониторирование глюкозы (CGMS) или мониторинг гликемии в on-line режиме,</p> <p>3) гликированный гемоглобин 1 раз в триместр;</p> <p>4) креатинин сыворотки (проба Реберга) при сахарном диабете 1 типа при каждой госпитализации для оценки возможности пролонгирования беременности по скорости клубочковой фильтрации;</p> <p>5) контроль ТТГ в каждом триместре,</p> | <p>препараты инсулина средней продолжительности действия и ультракороткого действия.</p> <p>3) При гестационном сахарном диабете при неэффективности диетотерапии, проводимой в течение недели (глюкоза капиллярной плазмы по дневнику самоконтроля: натошак и перед основными приемами пищи более 5,1 ммоль/л и (или) через 1 час после основных приемов пищи более 7,5 ммоль/л), показана инсулинотерапия. Режим инсулинотерапии в зависимости от показателей гликемии (только препараты инсулина средней продолжительности действия или только</p> | |
|--|---|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|
| | <p>за беременность; в) врача-невролога. 15. Ведение дневника самоконтроля. 16. ЭКГ в каждом триместре.</p> | | | <p>по показаниям чаще (сахарный диабет 1 типа часто сочетается аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом).</p> | <p>препараты инсулина ультракороткого действия или интенсифицированная базисно-болюсная инсулинотерапия).</p> <p>4) Инсулинотерапия также показана при нарастании признаков диабетической фетопатии по данным УЗИ.</p> <p>5) По показаниям назначаются препараты для 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> | |
|--|--|--|--|---|--|--|

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|
| | | | | | Подготовка к родоразрешению. | |
| <p>Недостаточное увеличение массы тела во время беременности</p> <p>025 Недостаточность питания матери при беременности</p> <p>O26.1 Недостаточное увеличение массы тела во время беременности</p> | <ol style="list-style-type: none"> См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». Контроль массы тела, диуреза, АД. Глюкоза венозной плазмы натощак. ЭКГ. Консультации врачей-специалистов: <ol style="list-style-type: none"> врача-диетолога, врача-эндокринолога, врача-гастроэнтеролога, врача-психиатра. | 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"> УЗИ контроль динамики развития плода и его жизнеспособности. В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и с 30 недель и КТГ плода в динамике. УЗИ для определения объема околоплодных вод. Кал на яйца гельминтов, скрытую кровь. УЗИ внутренних органов. | <ol style="list-style-type: none"> При отсутствии заболевания стационарное лечение не показано. Диетотерапия. Лечение основного заболевания: синдром мальабсорбции, эндокринная патология (декомпенсированный сахарный диабет 1 типа, тиреотоксикоз, хроническая надпочечниковая недостаточность), психические заболевания, сопровождающиеся анорексией. Препараты, способствующие пищеварению (включая ферменты). Стимуляторы аппетита. | <p>Показания для прерывания беременности / досрочного родоразрешения:</p> <ol style="list-style-type: none"> ухудшение состояния матери; ухудшение состояния плода P00.4 Поражения плода и новорожденного, обусловленные расстройствами питания у матери. <p>Тактика и сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов.</p> |
| <p>Чрезмерное увеличение массы тела во время</p> | <ol style="list-style-type: none"> См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом | <ol style="list-style-type: none"> Диета с ограничением животных жиров и простых углеводов. Дробное 5-6-разовое | <ol style="list-style-type: none"> Необходимость обследования в | <ol style="list-style-type: none"> См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных | <ol style="list-style-type: none"> Диета с ограничением легкоусвояемых углеводов и | <ol style="list-style-type: none"> Ухудшение состояния матери. Ухудшение |

| | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|--|
| <p>беременности</p> <p>O26.0</p> <p>Чрезмерное увеличение массы тела во время беременности</p> | <p>течении».</p> <p>2. Контроль массы тела, диуреза, АД.</p> <p>3. Глюкоза венозной плазмы натощак.</p> <p>4. Контроль гликемии в процессе наблюдения.</p> <p>5. ЭКГ в каждом триместре.</p> <p>6. Проведение ОГТТ до 32 недель.</p> <p>7. Исследование липидного спектра крови (холестерин, триглицериды, 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</p> | <p>питание.</p> <p>3. При выявлении гестационного сахарного диабета – стол № 9 и контроль гликемии.</p> <p>4. Минимизация лекарственной нагрузки.</p> | <p>условиях стационара.</p> <p>2. Различные состояния, связанные с Р00.4 Поражения плода и новорожденного, обусловленные расстройствами питания у матери.</p> <p>3. Госпитализация на родоразрешение в сроке 39 недель.</p> | <p>женщин» (в стационарных условиях).</p> <p>2. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</p> <p>3. Дополнительно:</p> <p>1) В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и с 30 недель КТГ плода в динамике.</p> <p>2) УЗИ для 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</p> | <p>животных жиров.</p> <p>Показания для инсулинотерапии см. гестационный сахарный диабет.</p> <p>2. Минимизация лекарственной нагрузки</p> <p>1) Диетические средства для лечения ожирения.</p> <p>2) Препараты для лечения функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ).</p> | <p>состояния плода.</p> <p>3) Поражения плода и новорожденного, обусловленные расстройствами питания у матери.</p> <p>4) Осложненное течение беременности.</p> <p>Тактика и сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов.</p> |
|--|--|---|---|---|--|--|

| | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|------------------------|
| | необходимости чаще. | | | <p>профиль (определение глюкозы венозной плазмы глюкозооксидазным методом) или самоконтроль гликемии натощак, перед основными приемами пищи 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"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. См. «Ведение беременности при физиологическом течении». 3. Суточное мониторирование АД (по назначению | <ol style="list-style-type: none"> 1. Адаптогены. 2. Общеукрепляющее лечение (физические упражнения, массаж, плавание). 3. Ношение компрессионного белья. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ухудшение состояния матери и плода. 2. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель. | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном этапе. 3. Дополнительно: | <ol style="list-style-type: none"> 1. Адаптогены 2. Вазопрессоры 3. При остро развившейся гипотензии препараты инотропного действия | Родоразрешение в срок. |

| | | | | | | |
|---|---|---|--|---|---|--|
| | <p>врача-терапевта / врача-кардиолога).</p> <p>4. Эхокардиография (по назначению врача-терапевта / врача-кардиолога).</p> <p>5. УЗИ почек и надпочечников.</p> | | | <p>1) В III триместре УЗИ + доплерометрия в 25 недель и с 30 недель КТГ плода в динамике.</p> <p>2) Контроль массы тела, диуреза, АД.</p> <p>3) Консультация врача-терапевта / врача-кардиолога.</p> | | |
| <p>Поражение печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде O26.6</p> <p>Поражение печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде T65.8</p> <p>Токсическое действие других и неуточненных веществ</p> | <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой A1, A2, A3.</p> <p>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, HBcorAg, HCV.</p> <p>3. Гемостазиограмма.</p> <p>4. Расширенная</p> | <p>1. Соблюдение режима труда и отдыха.</p> <p>2. Диетотерапия.</p> <p>3. Минимизация лекарственной нагрузки.</p> <p>4. Медикаментозная терапия по назначению врача-терапевта или врача-гастроэнтеролога.</p> | <p>1. Ухудшение состояния беременной.</p> <p>2. Осложненное течение беременности.</p> <p>3. Досрочное родоразрешение.</p> <p>4. 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. Дополнительно:</p> <p>1) Контроль состояния плода.</p> <p>2) Дополнительные обследования - по назначению врача-терапевта или врача-гастроэнтеролога.</p> | <p>1. Дезинтоксикационная терапия.</p> <p>2. Препараты урсодезоксихолевой кислоты.</p> <p>3. Противорвотные препараты.</p> <p>4. Препараты для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей.</p> <p>5. Препараты, способствующие пищеварению (включая ферменты).</p> <p>6. Прочие препараты для лечения заболеваний ЖКТ и нарушений обмена веществ.</p> <p>7. Эфферентные методы лечения</p> | <p>Показания для прерывания беременности / досрочного родоразрешения:</p> <p>1) ухудшение состояния матери;</p> <p>2) ухудшение состояния плода, а также P00.2</p> <p>Поражения плода и новорожденного, обусловленные инфекционными и паразитарными болезнями у матери; P00.8</p> <p>Поражения плода и</p> |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|--|
| | <p>коагулограмма.</p> <p>5. УЗИ печени, желчного пузыря.</p> <p>6. Консультации: врачей-специалистов:</p> <p>а) врача-гастроэнтеролога,</p> <p>б) врача-терапевта,</p> <p>в) врача-инфекциониста</p> | | | | <p>(плазмаферез, гемосорбция, гемодиализ).</p> <p>8. Лечение ДВС-синдрома.</p> <p>9. Лечение печеночной недостаточности</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>новорожденно-го, обусловленные другими состояниями матери;</p> <p>3) осложненное течение беременности;</p> <p>4) поражение печени в рамках тяжелой преэклампсии;</p> <p>5) острый жировой гепатоз 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>О26.7 Подвывих</p> | <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</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-травматолога-ортопеда.</p> | <p>1. Нестероидные противовоспалительные средства (мази, гели).</p> <p>2. Хондопротекторы (мазь, гель).</p> <p>3. Физиолечение, массаж, ЛФК.</p> <p>4. Тугое бинтование, «Гамак».</p> | <p>Показания для досрочного родоразрешения: ухудшение состояния матери.</p> <p>Тактика и сроки родоразрешения решаются</p> |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|--|
| лонного сочленения во время беременности, родов и в послеродовом периоде | | | | <ol style="list-style-type: none"> 3. УЗИ лонного сочленения. 4. Ионизированный кальций крови. 5. Консилиумом врачей, решение вопроса о тактике родоразрешения. 6. Рентгенография таза (по назначению врача-травматолога-ортопеда). | | 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> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3. 2. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 3. ЭКГ в каждом триместре. 4. Клинический анализ крови - 1 раз в 1 месяц с лейкоцитарной формулой, подсчетом ретикулоцитов и тромбоцитов. 5. Биохимический анализ крови (общий белок, сывороточное железо, ферритин, | <ol style="list-style-type: none"> 1. Диета, богатая белками, железом, витаминами и фоллатами. 2. Препараты, содержащие железо. 3. Лечение основного и сопутствующих заболеваний (дифиллоботриоз, гиповитаминоз С). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ухудшение состояния беременной женщины, отсутствие эффекта от амбулаторного лечения осложненной беременности. 2. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель. | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном этапе. 3. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> 1) Клинический анализ мочи, гемостазиограмма, коагулограмма. 2) Спектр для постановки диагноза железодефицитной анемии. 3) Комплекс исследований для трансфузии | <ol style="list-style-type: none"> 1. Препараты железа. 2. Стимуляторы гемопоэза (эритропоэтин). 3. Лечение основного и сопутствующих заболеваний (дифиллоботриоз, гиповитаминоз витамина С). 4. Глюкокортикостероиды. 5. Иммунодепрессанты. 6. При анемиях и гемоглобине ниже 70 г/л трансфузия эритроцитарной массы. 7. Группа препаратов дефероксамина. 8. Алкилирующие средства | <p>Показания для досрочного родоразрешения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ухудшение состояния матери; 2) ухудшение состояния плода. <p>Поражения плода и новорожденного, обусловленные другими состояниями матери</p> <p>Тактика и сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением</p> |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|---------------|
| | <p>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>(назначения врача-трансфузиолога).</p> <p>4) Консультации специалистов: врача-трансфузиолога (при снижении гемоглобина до 70 г/л и ниже).</p> | <p>(цитостатики) (циклофосфамид).</p> <p>9. Иммуноглобулины (Иммуноглобулин G).</p> <p>10. Интерфероны.</p> | специалистов. |
| Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена | <p>1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3.</p> <p>2. См. рубрику «Ведение беременности при</p> | Медикаментозная терапия по назначению врача-терапевта (врача-эндокринолога). | Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38. | 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). | Медикаментозная терапия основного заболевания по назначению врача-терапевта (врача-эндокринолога). | |

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

| | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------------|--|---------------------|--------------------------------|--|-------------------------|
| | | | | | пролактина. Препараты для питания (АТХ): 1) Диетические средства для лечения ожирения. 2) Другие препараты для питания. 3) Препараты для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей. 4) Препараты для лечения ожирения (исключая диетические продукты). 5) Препараты, способствующие пищеварению (включая ферменты). 6) Препараты для лечения сахарного диабета. 7) Прочие препараты для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта и нарушений обмена веществ. | |
| Психические расстройства и | 1. Обследование в соответствии с | | Плановая госпитали- | 1. См. рубрику «Базовый спектр | Медикаментозная терапия основного | Прерывание беременности |

| | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|
| <p>болезни нервной системы, осложняющие беременность, роды и послеродовой период O99.3</p> | <p>рубрикой A1, A2, A3. 2. См. рубрику «Ведение беременности при физиологическом течении». 3. Консультация врача-психиатра в сроке до 11-12 недель с целью решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.</p> | | <p>зация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</p> | <p>обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. См. объем обследования на амбулаторном этапе.</p> | <p>заболевания по назначению врача-психиатра: Нервная система (АТХ): 1) Противосудорожные препараты. 2) Протипаркинсонические препараты. 3) Психолептики. 4) Психоаналептики. 5) Другие препараты для лечения заболеваний нервной системы.</p> | <p>по медицинским показаниям (O35, P0.08, P0.09).</p> |
| <p>Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, роды и послеродовой период O99.4</p> | <p>1. ЭКГ, ЭХОКГ. 2. Суточное мониторирование АД. 3. Холтер ЭКГ-мониторирование (по показаниям). 4. Ультразвуковая доплерография экстракраниальных сосудов в каждом триместре. 5. Энцефалограмма (по назначению врача-невролога). 6. Консультации врачей-специалистов по показаниям: а) врача-кардиолога</p> | | <p>P00.3 Поражения плода и новорожденного, обусловленные хроническими болезнями системы кровообращения и дыхания у матери. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</p> | <p>1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Дополнительно: 1) ЭКГ, ЭХОКГ. 2) Суточное мониторирование АД. 3) Холтер ЭКГ-мониторирование (по показаниям). 4) Ультразвуковая доплерография экстракраниальных сосудов в каждом триместре. 5) Энцефалограмма</p> | <p>Сердечно-сосудистая система (АТХ): 1) Препараты для лечения заболеваний сердца. 2) Антигипертензивные препараты. 3) Диуретики. 4) Периферические вазодилататоры. 5) Ангиопротекторы. 6) Бета-адреноблокаторы. 7) Блокаторы кальциевых каналов. 8) Препараты, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему.</p> | <p>По решению консилиума врачей досрочное родоразрешение при: 1) ухудшении состояния беременной; 2) появлении признаков декомпенсации; 3) осложненном течении беременности; 4) поражениях плода и новорожденного, обусловленных хроническими</p> |

| | | | | | | |
|-----------------|--|----------------------|--------------|---|--|--|
| | (врача-сердечно-сосудистого хирурга); б) врача-невролога. | | | (по назначению врача-невролога). б) Консультация врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга), врача-невролога (по показаниям). | 9) Гиполипидемические препараты. а) Препараты магния б) Антиаритмические препараты в) Непрямые антикоагулянты г) Низкомолекулярный гепарин д) Нефракционированный гепарин е) Бозентам ж) Силденафил | болезнями системы кровообращения и дыхания у матери. Родоразрешение через естественные родовые пути с решением вопроса о выключении потужного периода (управляемая эпидуральная анестезия / акушерские щипцы), кесарево сечение при наличии акушерских показаний. При родоразрешении - обеспечение инвазивного мониторинга давления в легочной артерии (консилиум врачей). |
| Болезни органов | 1. Обследование в | 1. Соблюдение режима | 1. Ухудшение | 1. См. рубрику | 1. Антибактериальная | Показания для |

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|---|
| <p>дыхания, осложняющие беременность, роды и послеродовой период J40 Бронхит, не уточненный как острый или хронический J41 Простой и слизисто- гнойный 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 астма J45.9 Астма</p> | <p>соответствии с рубрикой A1, A2, A3. 2. Анамнез, физикальные обследования. 3. Общий анализ крови. 4. Консультация врача-терапевта (врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-аллерголога-иммунолога, врача-онколога, врача-кардиолога). 5. ЭКГ в каждом триместре. 6. Исследование функции внешнего дыхания (по назначению врачей-специалистов). 7. Бактериологический анализ мокроты и микроскопия мокроты по показаниям + чувствительность к антибиотикам. 8. Рентгенография</p> | <p>труда и отдыха. 2. Медикаментозное лечение по назначению врача-терапевта (врача-пульмонолога). 3. Бронхолитики. 4. Антибактериальная терапия. 5. Глюкокортикоиды. 6. Интерфероны. 7. Иммуноглобулины. 8. Отхаркивающие препараты. 9. Профилактика простудных заболеваний. 10. Рекомендуются вакцинация противогриппозной вакциной со II триместра беременным с бронхиальной астмой, у которых грипп вызывает тяжелые обострения бронхиальной астмы. 11. Беременным с хроническими заболеваниями органов дыхания, серповидноклеточной анемией, сахарным диабетом, асплениями, иммунодефицитом рекомендуется вакцинация для</p> | <p>состояния беременной. 2. Осложненное течение беременности. 3. P00.3 Поражения плода и новорожденного, обусловленные хроническими болезнями системы кровообращения и дыхания у матери. 4. Прерывание беременности по медицинским показаниям. 5. Досрочное родоразрешение. 6. Родоразрешение.</p> | <p>«Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Рентгенография (по назначению врачей-специалистов) при подозрении на острую пневмонию.</p> | <p>терапия: а) при нетяжелых бактериальных пневмониях пенициллины, цефалоспорины; б) при атипичных пневмониях или непереносимости бета-лактамовных антибиотиков макролиды; в) при пневмониях тяжелого течения или при наличии факторов риска (алкоголизм, муковисцидоз, бронхоэктазы) защищенные пенициллины, цефалоспорины 3, 4 поколения, гликопептиды (ванкомицин), карбапенемы; г) применение аминогликозидов возможно только по жизненным показаниям. 2. Муколитическая терапия. 3. Противовоспалительная терапия: ацетаминофен. У пациенток с «аспириновой»</p> | <p>досрочного родоразрешения: 1) тяжелая форма заболевания, ухудшение состояния матери (появление / нарастание сердечной и дыхательной недостаточности и отсутствие эффекта от лечения); 2) ухудшение состояния плода (отсутствие эффекта от лечения) P00.3, P00.8, P00.9; 3) осложненное течение беременности. Тактика и сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов. При</p> |
|--|--|--|---|--|---|---|

| | | | | | | |
|--------------|--|---|--|--|--|---|
| неуточненная | <p>(по назначению врачей-специалистов).</p> <p>9. Фибробронхоскопия (по назначению врачей-специалистов).</p> <p>10. Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38-39 недель.</p> | <p>профилактики пневмококковых инфекций со II триместра.</p> <p>12. Лечение сопутствующего аллергического ринита у беременных с бронхиальной астмой (топические стероиды, антигистаминные).</p> <p>13. Лечение сопутствующей гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у беременных с бронхиальной астмой (антациды, антисекреторные препараты).</p> | | | <p>бронхиальной астмой, исключить нестероидные противовоспалительные средства.</p> <p>4. Медикаментозная терапия, направленная на пролонгирование беременности.</p> <p>5. Бронхолитики:</p> <p>1) для купирования приступов – селективные бета2-адреномиметики; длительнодействующие бета2-агонисты назначают в качестве дополнительной терапии к ингаляционным глюкокортикоидам;</p> <p>2) ингаляционные глюкокортикоиды;</p> <p>3) при неэффективности ингаляций бета-адреномиметиков – внутривенное (далее – в/в) введение аминофиллина.</p> <p>6. Ингаляционные м-холинолитики.</p> <p>7. Глюкокортикоиды.</p> <p>8. Интерфероны</p> | <p>бронхиальной астме в связи с риском обострения в родах не применять:</p> <p>а) простагландины F2α</p> <p>б) метилэргометрин.</p> |
|--------------|--|---|--|--|--|---|

| | | | | | | |
|--|--|--|---|--|--|---|
| <p>Болезни органов пищеварения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период К21 Гастроэзофагеальный рефлюкс К22 Другие болезни пищевода К25 Язва желудка К26 Язва двенадцатиперстной кишки К29 Гастрит и дуоденит К27 Пептическая язва неуточненной локализации К28 Гастроэюнальная язва К29.8 Дуоденит К30 Диспепсия К31 Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Обследование в соответствии с рубрикой А1, А2, А3. 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-кишечного тракта. 6. Эзофагогастро-дуоденоскопия и рН метрия. 7. Исследование секреторной и моторной функции желудка (по назначению врачей-специалистов). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Соблюдение режима труда и отдыха. 2. Диета. 3. Медикаментозная терапия по назначению врача-терапевта, врача-гастроэнтеролога. | <ol style="list-style-type: none"> 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. | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Базовый спектр обследования беременных женщин» (в стационарных условиях). 2. Дополнительно: консультация врача-хирурга. | <p>9. Иммуноглобулины</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Соблюдение режима труда и отдыха; диета. 2. Медикаментозная терапия по назначению врача-терапевта, врача-гастроэнтеролога: <ol style="list-style-type: none"> 1) Препараты для лечения заболеваний, связанных с нарушением кислотности. 2) Препараты для лечения функциональных расстройств ЖКТ. 3) Противорвотные препараты. 4) Препараты для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей. 5) Слабительные препараты. 6) Противодиарейные, кишечные противовоспалительные и противомикробные препараты. 7) Препараты, способствующие | <p>Показания для досрочного родоразрешения:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ухудшение состояния матери; 2) ухудшение состояния плода Р00.4, Р00.8, Р00.9 3) осложненное течение беременности <p>Тактика и сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов.</p> |
|--|--|--|---|--|--|---|

| | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|---------------------------------------|--|--|
| | | | | | <p>пищеварению (включая ферменты).</p> <p>8) Анаболические средства для системного применения.</p> <p>9) Стимуляторы аппетита.</p> <p>3. Алюминий- и магнийсодержащие препараты.</p> <p>4. Магния трисиликаты и натрия бикарбонат использовать не следует.</p> <p>5. Сукральфат, H₂-блокаторы и большинство ингибиторов протонной помпы в терапевтических дозах не повышают риск побочных эффектов даже в I триместре беременности.</p> <p>6. Хирургическое лечение</p> | |
| Болезни кожи и подкожной клетчатки, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период | Консультация врача-дерматовенеролога. | | Плановая госпитализация для родоразрешения в сроке 38 недель. | Консультация врача-дерматовенеролога. | <p>Дерматотропные препараты (АТХ):</p> <p>1) Противогрибковые препараты для лечения заболеваний кожи.</p> <p>2) Дерматопротекторы.</p> <p>3) Препараты для</p> | <p>Показания досрочного родоразрешения:</p> <p>1) ухудшение состояния матери</p> <p>2) ухудшение</p> |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|---|
| O99.7 | | | | | <p>лечения ран и язв.</p> <p>4) Препараты для лечения зуда (включая антигистаминные препараты и анестетики).</p> <p>5) Препараты для лечения псориаза.</p> <p>6) Противомикробные препараты для лечения заболеваний кожи.</p> <p>7) Кортикостероиды для местного лечения заболеваний кожи.</p> <p>8) Антисептики и дезинфицирующие препараты.</p> <p>9) Препараты для лечения угревой сыпи.</p> <p>10) Прочие препараты для лечения заболеваний кожи.</p> | <p>состояния плода P00.8 Поражения плода и новорожденно-го, обусловленные другими состояниями матери P00.9 Поражения плода и новорожденно-го, обусловленные неуточненными состояниями матери</p> <p>3) осложненное течение беременности</p> <p>Тактика и сроки родоразрешения решаются консилиумом врачей с привлечением врачей-специалистов.</p> |
| Послеродовой период | | | | | | |
| O85 Послеродовой сепсис Исключено: акушерская | | | | 1. Консультации врачей-специалистов: а) врача-анестезиолога-реаниматолога; | 1. Немедленная госпитализация в отделение анестезиологии- | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| <p>пиемическая и септическая эмболия (O88.3); септицемия во время родов (O75.3) При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (B95-B97): B95 Стрептококки и стафилококки как возбудители болезней, классифицированных в других рубриках B96 Другие бактериальные агенты как возбудители болезней, классифицированных в других рубриках B96.0 <i>Mycoplasma pneumoniae</i> [M.pneumoniae] B96.1 <i>Klebsiella pneumoniae</i> [K.pneumoniae] B96.2 <i>Escherichia coli</i> [E.coli] B96.3 <i>Haemophilus influenzae</i></p> | | | | <p>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) + чувствительность к антибиотикам.</p> | <p>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 антимицитарная терапия. Хирургическая тактика: 1. Лапароскопия диагностическая. 2. Оперативные вмешательства</p> | |
|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|--|
| <p>[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 Энтеновирусы B97.2 Коронавирусы B97.3 Ретровирусы B97.4 Респираторно-синцитиальный вирус B97.5 Реовирусы B97.6 Парвовирусы B97.7 Папилломавирусы</p> | | | | | <p>лапароскопическим и лапаротомным доступом:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>Эфферентные методы лечения (плазмаферез).</p> <p>Показаниями к лапаротомии и экстирпации матки с маточными трубами</p> | |
|---|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| <p>В97.8 Другие вирусные агенты</p> | | | | | <p>являются:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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>После стабилизации состояния пациентки возможно применение методов экстракорпоральной детоксикации (плазмафереза, плазмосорбции, квантовой аутогемотерапии) в первые сутки септического шока.</p> | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|--|
| <p>Другие послеродовые инфекции</p> <p>О86.0 Инфекция хирургической акушерской раны</p> <p>О86.1 Другие инфекции половых путей после родов</p> <p>О86.2 Инфекция мочевых путей после родов</p> <p>О86.3 Другие инфекции мочеполювых путей после родов</p> <p>О86.4 Гипертермия неясного происхождения, возникшая после родов</p> <p>Исключено: гипертермия во время родов (О75.2), послеродовая лихорадка (О85)</p> <p>О86.8 Другие уточненные послеродовые инфекции</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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 + 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. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная системная и местная терапия 2. Уросептики 3. Санация раны 4. Физиотерапия | <ol style="list-style-type: none"> 1. Необходимость в обследовании и лечении в условиях стационара. 2. Необходимость в хирургическом лечении в условиях стационара. | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. объем обследования на амбулаторном этапе. 2. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> 1) Бактериологический анализ отделяемого из раны + чувствительность к антибиотикам. 2) Бактериологический анализ отделяемого из влагалища + чувствительность к антибиотикам. 3) Консультация врача-физиотерапевта. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная системная и местная терапия. 2. Уросептики. 3. Инфузионная терапия. 4. Санация раны. 5. Физиотерапия. 6. Оперативное лечение. | |
| <p>Венозные осложнения в послеродовом</p> | | | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Клиническая оценка состояния родильницы, | <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная системная терапия с учетом | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|--|
| <p>периоде Включено: во время родов, родоразрешения и в послеродовом периоде Исключено: акушерская эмболия (O88.-), венозные осложнения при беременности (O22.-) O87.0 Поверхностный тромбоз в послеродовом периоде O87.1 Глубокий 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</p> | | | | <p>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 вовлеченного участка вен, ангиосканирование (по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга). 8. Эхография вен ног (по назначению врача-сердечно-сосудистого хирурга). 9. УЗИ органов малого таза. 10. УЗИ органов брюшной полости по показаниям O87.1 11. Биохимия крови (в том числе - мочевины, креатинин). 12. ЭКГ (если не проводилось в III триместре</p> | <p>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. 9. Оперативное лечение.</p> | |
|--|--|--|--|--|---|--|

| | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------|--------------|--|--|--|
| послеродовом периоде неуточненные | | | | беременности). | | |
| Акушерская эмболия Включено: легочная эмболия во время беременности, родов или в послеродовом периоде Исключено: эмболия, осложняющая аборт, внутриматочную или молярную 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 | | | | 1. АЧТВ. 2. Коагулограмма. 3. Протромбиновый индекс. 4. Фибриноген. 5. Агрегация тромбоцитов. 6. Растворимые комплексы мономеров фибрина. 7. D-димер. 8. Рентгенография органов грудной клетки. 9. ЭКГ, ЭХОКГ. | 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. 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. | |
| Осложнения в | 1. Клинический анализ | 1. Антибактери- | 1. Необходи- | 1. См. объем | 1. Вскрытие | |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|
| <p>послеродовом периоде, не классифицированные в других рубриках</p> <p>О90.0 Расхождение швов после кесарева сечения</p> <p>О90.1 Расхождение швов промежности</p> <p>О90.2 Гематома акушерской хирургической раны</p> <p>О90.8 Другие осложнения послеродового периода, не классифицированные в других рубриках</p> <p>О90.9 Осложнение послеродового периода неуточненное</p> | <p>крови, общий анализ мочи.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Бактериологический анализ мочи + чувствительность к антибиотикам. 3. Бактериологическое исследование молока. 4. Биохимия крови. 5. Посев крови. 6. ЭКГ. 7. УЗИ малого таза, брюшной полости, передней брюшной стенки в динамике. 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>альная системная и местная терапия.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Санация раны. 3. Физиотерапия. 4. Вскрытие гематомы, дренирование. 5. Повторное наложение швов. | <p>мость в обследовании и лечении в условиях стационара</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Необходимость в хирургическом лечении в условиях стационара | <p>обследования на амбулаторном этапе.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Дополнительно: <ol style="list-style-type: none"> 1) Клиническая оценка состояния родильницы, молочных желез, органов малого таза. 2) Коагулограмма. 3) Оценка диуреза. 4) Бактериологический анализ отделяемого из влагалища + чувствительность к антибиотикам. 5) ЭХОКГ (по назначению врача-терапевта / врача-кардиолога). | <p>гематомы, дренирование.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Санация раны. 3. Физиотерапия. 4. Наложение вторичных швов. 5. Медикаментозное лечение: <ol style="list-style-type: none"> а) антибиотики широкого спектра действия с учетом чувствительности; б) антисептики для обработки послеоперационной раны; в) инфузионные среды; г) гепарин и его производные (низкомолекулярные гепарины); д) дезагреганты. | |
| <p>О90.3 Кардиомиопатия в послеродовом периоде</p> <p>О90.4 Послеродовая острая почечная</p> | | | | <ol style="list-style-type: none"> 1. Консультация врача-терапевта / врача-кардиолога, врача-эндокринолога. 2. Клинический анализ крови, общий анализ | <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная системная и местная терапия (антибиотики широкого спектра действия, пенициллины). | |

| | | | | | | |
|--|---|--|--|--|---|--|
| <p>недостаточность О90.5 Послеродовой тиреоидит</p> | | | | <p>мочи. 3. Биохимия крови (в том числе - мочевины, креатинин), ревматоидные маркеры. 4. Гемостазиограмма, коагулограмма 5. Оценка диуреза 6. Бактериологический анализ мочи + чувствительность к антибиотикам (О90.4). 7. Посев крови О90.3 (по назначению врача-терапевта / врача-кардиолога). 8. ЭКГ, ЭХОКГ (по назначению врача-терапевта / врача-кардиолога). 9. УЗИ почек, щитовидной железы (по назначению врача-терапевта, врача-эндокринолога).</p> | <p>2. Гепарин и его производные (низкомолекулярные гепарины). 3. Дезагреганты. 4. Терапия по назначению врача-терапевта. 5. Перевод в стационар по профилю (по показаниям).</p> | |
| <p>Инфекции молочной железы, связанные с деторождением О91.0 Инфекции соска, связанные с деторождением О91.1 Абсцесс молочной железы,</p> | <p>1. Клинический анализ крови. 2. Бактериологический анализ отделяемого из соска, полости абсцесса + чувствительность к антибиотикам. 3. Бактериологическое исследование</p> | <p>1. Антибактериальная системная и местная терапия. 2. Пункция абсцесса. 3. Санация раны. 4. Физиотерапия. 5. Подавление лактации при</p> | <p>1. Необходимость в обследовании и лечении в условиях стационара 2. Необходимость в хирургии</p> | <p>1. См. объем обследования на амбулаторном этапе. 2. Дополнительно: клинический анализ мочи.</p> | <p>1. Использование специальных накладок. 2. Антибактериальная системная и местная терапия. 3. Дезинтоксикационная терапия. 4. Хирургическое лечение (по</p> | |

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|--|
| <p>связанный с деторождением O91.2 Негнойный мастит, связанный с деторождением</p> | <p>грудного молока. 4. УЗИ молочных желез. 5. УЗИ органов малого таза. 6. Консультация врача-физиотерапевта, врача-хирурга (по показаниям).</p> | <p>O91.0 и O91.01 (бромкриптин).</p> | <p>ческом лечении в условиях стационара.</p> | | <p>показаниям). 5. Санация раны. 6. Физиотерапия. 7. Терапия, направленная на улучшение процессов регенерации. 8. Подавление лактации (при O91.0 и O91.01). Перевод в стационар по профилю (по показаниям).</p> | |
| <p>Другие изменения молочной железы и нарушения лактации, связанные с деторождением O92.0 Втянутый сосок O92.1 Трещина соска, связанная с деторождением O92.2 Другие и неуточненные изменения молочной железы, связанные с деторождением O92.3 Агалактия O92.4 Гипоагалактия O92.5 Слабая [подавленная]</p> | <p>1. Визуальный осмотр молочных желез, пальпация. 2. УЗИ молочных желез (по показаниям).</p> | <p>1. Использование специальных накладок. 2. Терапия, направленная на улучшение процессов регенерации. 3. Обработка антисептиками. 4. Физические факторы. 5. Грудное вскармливание. 6. Полноценное питание. 7. Фитоточаи и пищевые добавки. 8. Торможение лактации.</p> | | <p>См. объем обследования на амбулаторном этапе</p> | <p>1. Использование специальных накладок. 2. Терапия, направленная на улучшение процессов регенерации. 3. Обработка антисептиками. 4. Физические факторы. 5. Грудное вскармливание. 6. Полноценное питание. 7. Торможение лактации.</p> | |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| лактация O92.6 Галакторея O92.7 Другие и неуточненные нарушения 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 | <ol style="list-style-type: none"> Для тазового предлежания – акушерский стационар второй (третьей) группы. Осмотр врача-акушера-гинеколога. Контроль АД, пульса, диуреза, оценка родовых путей (Bishop, Хечинашвили). УЗИ плода и доплерометрия. КТГ плода. Аускультация плода в родах (каждые 30 мин в 1 периоде, после каждой потуги во втором периоде). Лабораторный спектр при поступлении на роды (если | <p>Родоразрешение. Пособие при родоразрешении.</p> <ol style="list-style-type: none"> Анальгетики (нестероидные противовоспалительные средства). Производные дифенгидрамина гидрохлорида. Алкалоиды белладонны (Атропина сульфат). <p>При утомлении – акушерский сон, премедикация.</p> <ol style="list-style-type: none"> Амниотомия. Пособие в родах при | <ol style="list-style-type: none"> Раствор NaCl Растворы для в/в и внутримышечного (далее – в/м) введения Прокаин, лидокаин Метилэргометрин Окситоцин Кеторолак Тримеперидин Фентанил Мидазолам Дифенгидрамина гидрохлорид Атропина сульфат Кетамин Пропофол эмульсия для в/в введения Бупивакаин Ропивакаин Бензодиазепина производные Наркотические анальгетики |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | | <p>не обследована на амбулаторном этапе)¹.</p> <p>8. Продолжительная или непрерывная КТГ во время родов (индуцированные роды, переношенная 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>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>18. Этанол</p> <p>19. Анестетики общие другие</p> <p>20. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D]</p> |
| <p>О81 Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум-экстрактора</p> | <p>О81.0 Наложение низких [выходных] щипцов</p> <p>О81.1 Наложение средних [полостных] щипцов</p> <p>О81.2 Наложение средних [полостных] щипцов с поворотом</p> <p>О81.3 Наложение других</p> | <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>4. УЗИ органов малого таза в</p> | <p>1. См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</p> <p>2. Наложение акушерских щипцов.</p> <p>3. Наложение вакуум-экстрактора.</p> | <p>См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</p> |

¹ Определение группы крови и резус-фактора, ВИЧ- экспресс-анализ. Анализ крови клинический. Биохимический анализ крови: общий белок, мочеви́на, 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 (*Treponema pallidum*) в крови, HBsAg, HCV.

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

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| Исключено: неудачная попытка применения вакуум-экстрактора или щипцов (О66.5) | и неуточненных щипцов О81.4 Применение вакуум - экстрактора О81.5 Родоразрешение с комбинированным применением щипцов и вакуум - экстрактора | послеродовой период. 5. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога. | 4. Контрольное ручное обследование стенок полости матки после наложения полостных щипцов. | |
| 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 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 Джоэлу-Коэну). 2. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. 3. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте с последующей тотальной / субтотальной гистерэктомией (миома матки больших размеров, невозможность проведения миомэктомии из-за шейечного / 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 бромида) 4. Галогенизированные гидрокарбонаты (севофлуран жидкость для ингаляций) 5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 6. Опиоиды (трамадол) |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | | | | 7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат) |
| 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. Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом. 2. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога. 3. УЗИ плода + доплерометрия. 4. Оценка состояния плода. КТГ, непрерывная КТГ. 5. Комплекс исследований при проведении трансфузии. 6. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический, коагулограмма. 7. УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде. | 1. Ручное пособие по Цовьянову. 2. Прием Морисо-Левре-Лашапелль. 3. Классическое ручное пособие. 4. Извлечение плода за ножку. 5. Экстракция плода за тазовый конец. 6. Извлечение плода за тазовый конец. 7. Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот плода на ножку. 8. Лапаротомия. 9. Плодоразрушающие операции. 10. Клейдотомия (при дистоции плечиков). Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение). | 1. Метилэргометрин (0,2 мг в/в) 2. Окситоцин и его аналоги 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 бромида) 4. Галогенизированные гидрокарбонаты (севофлуран жидкость для ингаляций) 5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 6. Опиоиды (трамадол) 7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат) |
| О84 Роды многоплодные При необходимости | О84.0 Роды многоплодные, полностью самопроизвольные. | 1. Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом, ведение партограммы. | См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». | 1. Раствор NaCl 2. Препараты кальция 3. Уксусной кислоты производные 4. Пенициллины в комбинации с |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| идентифицировать способ родоразрешения каждым плодом или ребенком используют дополнительный код (O80-O83). | | <ol style="list-style-type: none"> 2. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога. 3. УЗИ плода + доплерометрия. 4. Оценка состояния плода. КТГ, непрерывная КТГ. 5. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический, коагулограмма. 6. УЗИ второго плода после рождения первого. 7. УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде. | | <p>ингибиторами бета-лактамаз</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Цефалоспорины 2 или 3 поколения <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Атропина гидрохлорид 2. Дифенгидрамина гидрохлорид 3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол) 5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин) 6. Мидозолам |
| | O84.1 Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум экстрактора | См. Рубрику «Роды многоплодные, полностью самопроизвольные». | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Роды многоплодные, полностью самопроизвольные». 2. Наложение акушерских щипцов. 3. Наложение вакуум-экстрактора. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Раствор NaCl 2. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D] 3. Препараты кальция 4. Уксусной кислоты производные 5. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз 6. Цефалоспорины 2 или 3 поколения <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Атропина гидрохлорид 2. Дифенгидрамина гидрохлорид 3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол) 5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин) 6. Мидозолам |
| | O84.2 Роды многоплодные, полностью путем | 1. Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом. | 1. Лапаротомия (нижне-срединная / поперечно надлобковым разрезом | <ol style="list-style-type: none"> 1. Метилэргометрин 2. Энзапрост 3. Окситоцин и его аналоги |

| | | | | |
|--|---------------------------------|---|--|---|
| | кесарева сечения | <ol style="list-style-type: none"> 2. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога. 3. УЗИ плодов, доплерометрия. 4. Оценка состояния плода. КТГ. 5. Комплекс исследований при проведении трансфузии. 6. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический, коагулограмма. 7. УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде. | <p>/ по Джоэлу-Козну).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. 3. Интраоперационно: Извлечение плода за ножку / Извлечение плода за тазовый конец. <p>Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение).</p> | <ol style="list-style-type: none"> 4. Простагландины 5. Препараты кальция 6. Уксусной кислоты производные 7. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз 8. Цефалоспорины 2 или 3 поколения 9. Препараты кальция 10. Уксусной кислоты производные 11. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз 12. Цефалоспорины 2 или 3 поколения <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Атропина гидрохлорид 2. Дифенгидрамина гидрохлорид 3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол) 5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин) 6. Мидозолам <p>При кесаревом сечении / лапаротомии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Барбитураты (тиопентал натрия) 2. Холина производные (суксаметония хлорид и 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) |
| | О84.8 Другое родоразрешение при | 1. Ведение патологических родов врачом-акушером- | 1. См. рубрику «Роды многоплодные, | <ol style="list-style-type: none"> 1. Метилэргометрин 2. Окситоцин и его аналоги |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | <p>многоплодных родах О84.9 Роды многоплодные неуточненные</p> | <p>гинекологом. 2. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога. 3. УЗИ плодов, доплерометрия. 4. Оценка состояния плодов. КТГ, непрерывная КТГ (при живом плоде). 5. Комплекс исследований при проведении трансфузии. 6. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический, коагулограмма. 7. УЗИ органов малого таза в послеродовом периоде.</p> | <p>полностью самопроизвольные». 2. Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот плода на ножку. 3. Извлечение плода за тазовый конец. 4. Извлечение плода за ножку. 5. Ручное пособие по Цовьянову. 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).</p> | <p>3. Антигистаминные препараты 4. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз 5. Цефалоспорины 2 или 3 поколения 6. Препараты кальция 7. Уксусной кислоты производные 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 бромида) 4. Галогенизированные гидрокарбонаты (севофлуран жидкость для ингаляций) 5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 6. Опиоиды (трамадол) 7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат)</p> |
|--|--|--|---|--|

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) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Осмотр врача-акушера-гинеколога при развернутой операционной. 2. Пульс, АД, частота дыхания, температура тела / аппаратный мониторинг. 3. УЗИ органов малого таза + цветное доплеровское картирование (далее – ЦДК) + доплерометрия. 4. УЗИ органов брюшной полости. 5. Оценка состояния плода. КТГ, непрерывная КТГ. 6. Комплекс исследований при проведении трансфузии. 7. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови биохимический. 8. Гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической | <ol style="list-style-type: none"> 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 эмболизации сосудов матки). 4. Если плод мертвый или с явными аномалиями развития при любом сроке гестации — подготовка к родоразрешению (при полном предлежании - оперативным путем). 5. При сильном кровотечении родоразрешение. Рассмотреть вопрос об эмболизации сосудов матки. 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 врастании | <p>При консервативном ведении:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота). 2) Профилактика РДС <ul style="list-style-type: none"> – Глюкокортикостероиды активные (Группа III) – Глюкокортикостероиды (дексаметазон). 4) Свежезамороженная плазма (далее – СЗП) в зависимости от степени кровопотери. <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"> 1. Окситоцин и его аналоги 2. Метилэргометрин 3. Кристаллоиды 4. Трансфузия СЗП и эритроцитарной массы, криопреципитата 5. Препараты кальция 6. Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота) 7. Факторы свертывания крови 8. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | <p>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 исследования удаленного препарата.</p> <p>15. Консультации врачей-специалистов: а) врача-трансфузиолога, б) врача-сосудистого хирурга, в) врача-анестезиолога-реаниматолога.</p> | <p>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>препараты</p> <p>9. Адрено- и допамин-стимуляторы</p> <p>10. Альфа2-адреномиметики центральные</p> <p>11. Производные имидазолина</p> <p>12. Сульфаниламидные диуретики</p> <p>13. Антигистаминные препараты для местного применения</p> <p>14. Глюкокортикостероиды слабоактивные (Группа I)</p> <p>15. Холинэстеразы ингибиторы</p> <p>16. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз</p> <p>17. Цефалоспорины 2, 3 поколения</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> <p>1. Атропина гидрохлорид</p> <p>2. Дифенгидрамина гидрохлорид</p> <p>3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил)</p> <p>4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол)</p> <p>5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин)</p> <p>6. Мидозолам</p> |
|--|--|--|---|---|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | | | | 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 бромида) 4. Галогенизированные гидрокарбонаты (севофлуран жидкость для ингаляций) 5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 6. Опиоиды (трамадол) 7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат). |
| О69 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | О69.4 Роды, осложнившиеся предлежанием сосуда [vasa praevia] | 1. См. «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». 2. Осмотр в зеркалах при развернутой операционной. 3. Пульс, АД, частота дыхания, температура тела. 4. УЗИ органов малого таза + ЦДК + доплерометрия. 5. УЗИ органов брюшной полости. 6. Оценка состояния | 1. В зависимости от клинической ситуации, срока беременности, акушерской ситуации. 2. Способ родоразрешения при массивном кровотечении и отсутствии условий для быстрого родоразрешения кесарево сечение. 3. При мертвом плоде и отсутствии массивного кровотечения возможно родоразрешение через естественные родовые пути. | См. раздел «Предлежание плаценты» |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| | | <p>плода. КТГ, непрерывная КТГ.</p> <p>7. Комплекс исследований при проведении трансфузии.</p> <p>8. Общий (клинический) анализ крови.</p> <p>9. Гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической активности, исследование первичного сосудистого-тромбоцитарного гемостаза, Д-димер.</p> <p>10. При подозрении на коагулопатию - прикроватный тест.</p> <p>11. Исследование плаценты послеродовое.</p> <p>12. Консультации врачей-специалистов: а) врача-трансфузиолога, б) врача-сердечно-сосудистого хирурга, в) врача-анестезиолога-реаниматолога.</p> | | |
| <p>О45 Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae]</p> | <p>О45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови О45.8 Другая</p> | <p>1. Пульс, АД, частота дыхания, температура тела.</p> <p>2. УЗИ органов малого таза + ЦДК + доплерометрия.</p> <p>3. УЗИ органов брюшной</p> | <p>1. Кесарево сечение (при живом плоде и отсутствии условий для быстрого родоразрешения, а также при мертвом плоде и массивной кровопотере).</p> <p>2. При преждевременной отслойке плаценты не более 1/3 и отсутствии</p> | <p>При родоразрешении через естественные родовые пути: см. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</p> <p>При оперативных родах путем кесарева сечения:</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | <p>преждевременная отслойка плаценты О45.9</p> <p>Преждевременная отслойка плаценты неуточненная</p> | <p>полости.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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-специалистов: <ol style="list-style-type: none"> а) врача-трансфузиолога, б) врача-сердечно-сосудистого хирурга, в) врача-анестезиолога- | <p>дистресс-синдрома плода, благоприятной акушерской ситуации для родоразрешения роды через естественные родовые пути.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. | <p>см «Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения».</p> <p>При родах, осложнившихся кровопотерей:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Окситоцин и его аналоги 2. Метилэргометрин 3. Диноппрост 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) 16. Холинэстеразы ингибиторы 17. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз 18. Цефалоспорины 2 и 3 |
|--|--|---|--|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | реаниматолога. | | поколения 19. Холина производные 20. Четвертичные аммониевые соединения 21. Барбитураты 22. Наркотические анальгетики 23. Анестетики общие другие 24. Опия алкалоиды природные 25. Опии 26. Бензодиазепина производные 27. Растворы электролитов 28. Алкалоиды белладонны 29. Третичные амины 30. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные) 31. Ингибиторы протеолиза |
| 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.-). | О46.0 Дородовое кровотечение с нарушением свертываемости О46.8 Другое дородовое кровотечение О46.9 Дородовое кровотечение неуточненное | О44 Предлежание плаценты О45 Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae] | | |
| О67 Роды и родоразрешение, осложнившиеся кровотечением во | О67.0 Кровотечение во время родов с нарушением свертываемости | О44 Предлежание плаценты О45 Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae] | | |

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| <p>время родов, не классифицированным в других рубриках Исключено: дородовое кровотечение НКДР (O46.-); послеродовое кровотечение (O72.-); предлежание плаценты (O44.-); преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae] (O45.-)</p> | <p>крови O67.8 Другие кровотечения во время родов O67.9 Кровотечение во время родов неуточненное</p> | <p>Роды, сопровождавшиеся материнским травматизмом</p> | | |
| <p>O72 Послеродовое кровотечение Включено: кровотечение после рождения плода или ребенка</p> | <p>O72.0 Кровотечение в третьем периоде родов O72.1 Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде O72.2 Позднее или вторичное послеродовое кровотечение O72.3 Послеродовая(ой) коагуляционный дефект, афибриногенемия, фибринолиз O73 Задержка плаценты и плодных оболочек без</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. УЗИ органов малого таза. 2. УЗИ органов брюшной полости. 3. Общий (клинический) анализ крови, общий анализ мочи. 4. Гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической активности, исследование первичного сосудистого-тромбоцитарного гемостаза, Д-димер. 5. Анализ крови биохимический. 6. Комплекс исследований для диагностики | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ручное отделение и выделение последа. 2. Ручное обследование стенок полости матки. 3. Зашивание разрывов мягких родовых путей. 4. Бимануальная компрессия матки. 5. Внутриматочная тампонада (баллонная). 6. Наложение клемм на шейку матки. 7. Сдавление брюшной аорты (компрессия к позвоночнику). <p>Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение). Трансфузия препаратов крови, кровезаменителей. Хирургический гемостаз:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Лапаротомия 2. Наложения швов по В-Линчу 3. Перевязка маточной и яичниковой артерий | <ol style="list-style-type: none"> 1. Окситоцин и его аналоги 2. Метилэргометрин 3. Кристаллоиды <p>См. «Беременность позднего срока, роды и родоразрешение, осложнившиеся кровотечением»</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Трансфузия СЗП и эритроцитарной массы, криопреципитата 5. Препараты кальция 6. Аминокислоты (в т.ч. транексамовая кислота) 7. Факторы свертывания крови 8. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты 9. Адрено- и допамин-стимуляторы 10. Альфа2-адреномиметики центральные 11. Производные имидазолина |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | <p>кровотечения O73.0 Задержка плаценты без кровотечения O73.1 Задержка частей плаценты или плодных оболочек без кровотечения</p> | <p>железодефицитной анемии.</p> <p>7. Комплекс исследований при проведении трансфузии.</p> <p>8. При подозрении на коагулопатию - прикроватный тест.</p> <p>9. Исследование плаценты послеродовое.</p> <p>10. Морфологическое исследования удаленного препарата.</p> <p>11. Консультации врачей-специалистов: а) врача-трансфузиолога, б) врача-сердечно-сосудистого хирурга, в) врача-анестезиолога-реаниматолога.</p> | <p>4. перевязка подвздошных артерий</p> <p>5. Экстирпация матки (при неэффективности хирургического гемостаза)</p> <p>6. Эндovasкулярные окклюдизирующие операции</p> <p>7. Гистероскопия</p> <p>8. Инструментальное исследование полости матки</p> <p>9. Гистерорезектоскопия</p> | <p>12. Сульфаниламидные диуретики</p> <p>13. Антигистаминные препараты для местного применения</p> <p>14. Глюкокортикостероиды слабоактивные (Группа I)</p> <p>15. Холинэстеразы ингибиторы</p> <p>16. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз</p> <p>17. Цефалоспорины 2 и 3 поколения</p> <p>18. Холина производные</p> <p>19. Четвертичные аммониевые соединения</p> <p>20. Барбитураты</p> <p>21. Наркотические анальгетики</p> <p>22. Анестетики общие другие</p> <p>23. Опия алкалоиды природные</p> <p>24. Опии</p> <p>25. Бензодиазепина производные</p> <p>26. Растворы электролитов</p> <p>27. Алкалоиды белладонны</p> <p>28. Третичные амины</p> <p>29. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные)</p> <p>30. Ингибиторы протеолиза</p> |
| <p>O60. Преждевременные роды</p> | <p>При сроке менее 34 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</p> | <p>1. Перевод в акушерский стационар третьей группы.</p> <p>2. Профилактика РДС.</p> <p>3. Токолиз.</p> <p>4. Полная информированность пациентки об акушерской ситуации и прогнозе для новорожденного.</p> | <p>1. Дигидропиридиновые производные (нифедипин).</p> <p>2. Ингибиторы циклооксигеназы индометацин (применяется до 32 недель беременности).</p> <p>3. Бета2-адреностимуляторы</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>фетального фибронектина во влагалищном содержимом после 22 недель.</p> <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 β2-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>Профилактика РДС:</p> <p>а) Глюкокортикостероиды активные (Группа III) (бетаметазон) в 24-34 недели;</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 β2-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 I поколения Антибактериальная терапия (при излитии околоплодных вод - см. раздел «Преждевременный разрыв плодных оболочек»).</p> | <p>селективные (при непереносимости нифедипина).</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 | 1. См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное | 1. Ведение преждевременных родов при головном предлежании плода осуществляется через естественные | 1. Раствор NaCl 2. Прокаин, лидокаин 3. Метилэргометрин |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | 3 см | <p>родоразрешение».</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. УЗИ плода, доплерометрия. 3. Контроль частоты сердечных сокращений, АД матери. 4. Мониторинг состояния плода и сократительной активности матки. | <p>родовые пути. Кесарево сечение проводится по акушерским показаниям.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. После 32 недель предпочтительны вагинальные роды. 3. При ножном предлежании - только кесарево сечение. 4. При преждевременных родах может быть использован любой вид обезболивания, немедикаментозного и медикаментозного. 5. В первом периоде родов при обезболивании следует избегать назначения лекарственных препаратов, угнетающих дыхательный центр плода. Методом выбора является эпидуральная анестезия. 6. Второй период родов ведется без защиты промежности. 7. После рождения недоношенного ребенка отсрочка пережатия пуповины на 30-120 секунд. | <ol style="list-style-type: none"> 4. Окситоцин 5. Кеторолак 6. Тримеперидин 7. Фентанил 8. Мидазолам 9. Дифенгидрамина гидрохлорид 10. Атропина сульфат 11. Кетамин 12. Пропофол эмульсия для в/в введения 13. Бупивакаин 14. Ропивакаин 15. Дротаверина гидрохлорид 16. Этанол 17. Анестетики общие другие (натрия оксибутират) 18. Цефалоспорины 1 и 2 поколения 19. Полусинтетические пенициллины 20. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D] <p>При кесаревом сечении «См. Родоразрешение посредством кесарева сечения»</p> |
| | При сроке 34-37 недель и открытии шейки матки менее 3 см | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». 2. УЗИ плода + цервикометрия 3. Определение фетального фибронектина во влагалищном содержимом после 22 недель. | <p>Токолитические препараты назначают в режиме монотерапии:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Дигидропиридиновые производные (нифедипин); б) При непереносимости нифедипина возможно использование бета 2 - адреностимуляторов селективных (токолиз гексопреналином). | <ol style="list-style-type: none"> 1. Дигидропиридиновые производные (нифедипин) 2. Бета2-адреностимуляторы селективные (при непереносимости нифедипина) |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <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 первого часа, затем ежечасно в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа.</p> <p>6. При использовании β2-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> | | |
| | <p>При сроке 34-37 недель и открытии шейки матки более 3</p> | <p>1. См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное</p> | <p>1. Токолиз не эффективен. 2. Антибиотики должны быть назначены с профилактической</p> | <p>1. Раствор NaCl 2. Прокаин, лидокаин 3. Метилэргометрин</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | см | <p>родоразрешение».</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. УЗИ плода, доплерометрия. 3. Контроль частоты сердечных сокращений, АД матери. 4. Мониторинг состояния плода и сократительной активности матки. | <p>целью. Первая доза должна быть введена как минимум за 4 часа до рождения ребенка (ампициллин, цефалоспорины 1 поколения).</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Ведение преждевременных родов при головном предлежании плода осуществляется через естественные родовые пути. Кесарево сечение проводится по акушерским показаниям. 4. После 32 недель предпочтительны вагинальные роды. 5. При ножном предлежании - только кесарево сечение. 6. При преждевременных родах может быть использован любой вид обезболивания, немедикаментозного и медикаментозного. 7. В первом периоде родов при обезболивании следует избегать назначения лекарственных препаратов, угнетающих дыхательный центр плода. Методом выбора является эпидуральная анестезия. 8. Второй период родов ведется без защиты промежности. 9. После рождения недоношенного ребенка отсрочка пережатия пуповины на 30-120 секунд. | <ol style="list-style-type: none"> 4. Окситоцин 5. Кеторолак 6. Тримеперидин 7. Фентанил 8. Мидазолам 9. Дифенгидрамина гидрохлорид 10. Атропина сульфат 11. Кетамин 12. Пропофол эмульсия для в/в введения 13. Бупивакаин 14. Ропивакаин 15. Этанол 16. Анестетики общие другие (натрия оксibuтират) 17. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D] <p>При кесаревом сечении «См. раздел Родоразрешение посредством кесарева сечения».</p> |
| О42 Преждевременный разрыв плодных оболочек | О42.0 Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 часа | <ol style="list-style-type: none"> 1. При подозрении на дородовое излитие вод влагалищное исследование противопоказано. 2. Осмотр в зеркалах + | <p>До 34 недель беременности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перевод в акушерский стационар третьей группы. 2. Токолитики при подготовке к переводу в перинатальный центр. 3. Антибактериальная терапия сразу и | <p>Пенициллины Цефалоспорины 1, 2 поколения Макролиды Бетаметазон Дексаметазон Окситоцин</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|---|
| | <p>O42.1 Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов после 24-часового безводного промежутка</p> <p>O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией</p> <p>O42.9 Преждевременный разрыв плодных оболочек неуточненный</p> | <p>одноразовые тест-системы + стерильная контрольная подкладная.</p> <p>3. Посев отделяемого из цервикального канала на β-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 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</p> | <p>до рождения ребенка (эритромицин, ампициллин, при положительном высеве β-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 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> <p>1. Без влагалищного исследования.</p> <p>2. При развитии спонтанной родовой деятельности токолиз нецелесообразен.</p> <p>3. Антибиотикопрофилактика при</p> | <p>Простагландин Е Метронидазол Окситоцин</p> |
|--|--|---|--|---|

| | | | | |
|--|---|--|---|---|
| | | каждые 4 часа. 10. Оценка эффективности родовозбуждения в течение 4 часов. | безводном промежутке более 18 часов (ампициллин). 4. При признаках инфекции родовозбуждение. Активная тактика (по желанию женщины): 1. При незрелой шейке динопрост интравагинально. 2. При зрелой шейке матки родовозбуждение простагландинами или окситоцином. 3. Оперативное родоразрешение по акушерским показаниям вне зависимости от продолжительности безводного промежутка и наличия признаков хориоамнионита. 4. Антибиотикотерапия только при наличии клинических признаков хориоамнионита (ампициллин + гентамицин; метронидазол). Терапия продолжается до 48 часов нормальной температуры. | |
| Об1 Неудачная попытка стимуляции родов | Об1.0 Неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными средствами Об1.1 Неудачная попытка стимуляции родов инструментальными методами Об1.8 Другие виды неудачной попытки стимуляции родов | 1. См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». 2. Оценка состояния плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ, нестрессовый тест). 3. Оценка зрелости шейки матки по шкале Bishop. 4. Контроль состояния плода во время индукции (20 мин/час) | 1. Индукция родов оправдана только тогда, когда риск от пролонгирования беременности для беременной и плода превышает риск самой индукции. 2. Проводится в акушерских стационарах второй (третьей) группы. 3. Медикаментозные методы: а) простагландин Е2 — гель (динопрост) интрацервикально или интавагинально (динопростон); б) антипрогестины (мифепристон). | Простагландин Е2 Антипрогестины Окситоцин и его аналоги |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | О61.9 Неудачная попытка стимуляции родов неуточненная | или непрерывная КТГ при родах высокого риска. | 4. Механические методы: а) ламинарии (увеличивают риск инфекции); б) катетер Фолея; Схемы подготовки шейки матки подбираются индивидуально 5. Методы индукции: а) отслойка нижнего полюса плодного пузыря; б) амниотомия; в) окситоцин (при отсутствии плодного пузыря); г) простагландин Е2 гель. Окситоцин не должен применяться ранее, чем через 6 часов после введения последней дозы простагландина Е2. 6. При неэффективности индукции родов, тазовом предлежании, крупном плоде кесарево сечение. | |
| О62 Нарушения родовой деятельности [родовых сил] | О62.0 Первичная слабость родовой деятельности О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности О62.2 Другие виды слабости родовой деятельности О62.8 Другие нарушения родовой деятельности О62.9 Нарушение родовой деятельности неуточненное | 1. См. рубрику «Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». 2. Оценка состояния плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ). 3. Непрерывная КТГ. 4. Ведение партограммы в родах. 5. Оценка родовой деятельности. 6. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога. | Патологический прелиминарный период: 1. Анальгетики (нестероидные противовоспалительные средства, спазмолитики). 2. Производные дифенгидрамина гидрохлорида 3. Алкалоиды белладонны (атропина сульфат). При утомлении: акушерский сон: премедикация (промедол, атропин, димедрол). После отдыха: мифепристон + простагландин Е гель эндоцервикально Амниотомия | См «О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения». См «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | | | 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). | |
| | О62.3 Стремительные роды О62.4 Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки | | 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). | |
| О63 Затяжные роды | О63.0 Затянувшийся первый период родов О63.1 Затянувшийся второй период родов О63.2 Задержка рождения второго плода из двойни, тройни и т. д. О63.9 Затяжные роды неуточненные | 1. См. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». 2. Оценка состояния плода (УЗИ + КТГ), непрерывная КТГ. 3. Ведение партограммы в родах. 4. Оценка родовой деятельности. | 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» | |
| О64 Затрудненные роды вследствие неправильного положения или | О64.0 Затрудненные роды вследствие неполного поворота головки плода | 1. См. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение». | См «О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения» См «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение» См «О83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого | |

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

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | <p>роды вследствие равномерно суженного таза O65.2 Затрудненные роды вследствие сужения входа таза O65.3 Затрудненные роды вследствие сужения выходного отверстия и среднего диаметра таза O65.4 Затрудненные роды вследствие несоответствия размеров таза и плода неуточненного Исключено: дистоция вследствие аномалии плода (O66.2-O66.3) O65.5 Затрудненные роды вследствие аномалии органов таза у матери O65.8 Затрудненные роды вследствие других аномалий таза у матери O65.9 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери неуточненной</p> | <ol style="list-style-type: none"> 2. Оценка состояния плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ), непрерывная КТГ. 3. Ведение партограммы в родах. 4. Оценка родовой деятельности. 5. Ведение родов с функциональной оценкой таза. | <p>См «O80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение» См «O83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия»</p> | |
| <p>O66 Другие виды затрудненных родов</p> | <p>O66.0 Затрудненные роды [дистоция] вследствие</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. См. «O80 Роды одноплодные, самопроизвольное | <p>Алгоритм: 1. Отметить время рождения головки (есть в запасе 5 мин).</p> | <p>См «O82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения»</p> |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | <p>предлежания плечика</p> | <p>родоразрешение».</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Оценка состояния плода (УЗИ + доплерометрия, КТГ), непрерывная КТГ. 3. Ведение партограммы в родах. 4. Оценка родовой деятельности. <p>Диагностика:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Головка плода родилась, но шея осталась плотно охваченной вульвой. 2. Подбородок втягивается и опускает промежность. 3. Потягивание за головку не сопровождается рождением плечика. | <ol style="list-style-type: none"> 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. 4. Не давить на дно матки (разрыв матки). 5. В положении литотомии с максимально согнутыми ногами и приведенными к груди попытаться надавить над лоном в направлении от симфиза. 6. Ручным пособием изнутри обеими руками попытаться осуществить «винт», потом обратный «винт». 7. Попытаться извлечь заднюю ручку. 8. Сломать ключицу (при необходимости). 9. Выполнить клейдотомию. 10. Ручное обследование стенок полости матки. <p>В истории родов необходимо отразить:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) Время рождения головки. б) Направление поворота головки после ее рождения. в) Последовательность приемов, их продолжительность. г) Время рождения туловища. | <p>См «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение»</p> |
| | <p>О66.1 Затрудненные роды вследствие сцепления [коллизии] близнецов О66.2 Затрудненные роды вследствие</p> | | <p>См «О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения» См «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение» См «О83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием</p> | |

| | | | | |
|---|---|--|---|--|
| | <p>необычно крупного плода О66.3 Затрудненные роды вследствие других аномалий плода О66.4 Неудачная попытка вызвать роды неуточненная О66.5 Неудачная попытка применения вакуум - экстрактора и наложения щипцов неуточненная О66.8 Другие уточненные виды затрудненных родов О66.9 Затрудненные роды неуточненные</p> | | <p>другого акушерского пособия»</p> | |
| <p>О68 Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода [дистресс] Включено: дистресс плода во время родов или родоразрешения, вызванные введением лекарственных препаратов</p> | <p>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</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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. | <p>Синдром мекониальной аспирации - обнаружение мекония ниже голосовой щели.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 | <p>См. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение» См «О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения»</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | 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 | | 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). | |
| О69 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины | 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] | 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. | 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. 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 | 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>О69.5 Роды, осложнившиеся повреждением сосудов пуповины</p> <p>О69.8 Роды, осложнившиеся другими патологическими состояниями пуповины</p> <p>О69.9 Роды, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины неуточненным</p> | | <p>пересечь между двумя зажимами.</p> <p>О69.4 - Предлежание плаценты</p> <p>О69.5 - О44 Предлежание плаценты, О45 Преждевременная отслойка плаценты [abruptio placentae]</p> | |
| <p>О70 Разрывы промежности при родоразрешении</p> <p>Включено: эпизиотомия, продолженная разрывом</p> | <p>О70.0 Разрыв промежности первой степени в процессе родоразрешения</p> <p>О70.1 Разрыв промежности второй степени в процессе родоразрешения</p> <p>О70.2 Разрыв промежности третьей степени в процессе родоразрешения</p> <p>О70.3 Разрыв промежности четвертой степени в процессе родоразрешения</p> | <p>1. Осмотр родовых путей в зеркалах.</p> <p>2. Общий анализ крови (при кровотечении).</p> | <p>1. Зашивание разрывов.</p> <p>2. В послеродовом периоде:</p> <p>а) сухая обработка швов;</p> <p>б) диета 1а;</p> <p>в) очистительная клизма перед снятием швов.</p> | <p>1. См. «О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение».</p> <p>2. Антибиотики широкого спектра действия.</p> |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | О70.9 Разрыв промежности в процессе родоразрешения неуточненный | | | |
| О71 Другие акушерские травмы Включено: повреждение инструментами | 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 | 1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ органов малого таза. 3. УЗИ органов брюшной полости. 4. УЗИ плода + КТГ (беременные, роженицы). 5. Осмотр родовых путей в зеркалах послеродовой. 6. Ручное обследование матки послеродовое. 7. Лабораторно: а) общий анализ крови, общий анализ мочи; б) гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической активности, исследование первичного сосудистого-тромбоцитарного гемостаза, Д-димер; в) биохимия крови; г) комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии; д) комплекс исследований при проведении трансфузии; | 1. Экстренное кесарево сечение. Ушивание разрыва матки. 2. Наложение акушерских щипцов / вакуум экстрактора. 3. Осмотр мягкий родовых путей. 4. Ручное обследование стенок полости матки. 5. Зашивание разрывов мягких родовых путей. 6. Вскрытие и опорожнение гематомы таза / дренирование. 7. Вправление матки. 8. Лапаротомия. Ушивание разрыва матки. 9. Перевязка маточной артерии / подвздошных артерий (при кровотечении). 10. Субтотальная брюшная гистерэктомия / экстирпация матки (при кровотечении и неэффективности хирургического гемостаза, наличии сопутствующей патологии матки). 11. При расхождении лобкового симфиза положение в кровати «гамачок», тугое бинтование. | 1. При разрыве матки, сопровождающемся кровотечением см. послеродовые кровотечения. 2. Окситоцин и его аналоги 3. Метилэргометрин 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 Глюкокортикостероиды слабоактивные (Группа I) 15. Холинэстеразы ингибиторы 16. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | <p>е) исследование плаценты послеродовое.</p> <p>8. Консультации врачей-специалистов:</p> <p>а) врача-трансфузиолога,</p> <p>б) врача-анестезиолога-реаниматолога.</p> | | <p>17. Цефалоспорины 2, 3 поколения</p> <p>18. Холина производные</p> <p>19. Четвертичные аммониевые соединения</p> <p>20. Барбитураты</p> <p>21. Наркотические анальгетики</p> <p>22. Анестетики общие другие</p> <p>23. Опия алкалоиды природные</p> <p>24. Опиииды</p> <p>25. Бензодиазепина производные</p> <p>26. Растворы электролитов</p> <p>27. Алкалоиды белладонны</p> <p>28. Третичные амины</p> <p>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 |
|--|--|--|---|--|
| <p>О80 Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение</p> <p>Включено: случаи с минимальной помощью или без нее, с проведением эпизиотомии или без нее; нормальные роды</p> | <p>О80.0 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании</p> <p>О80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании</p> <p>О80.8 Другие самопроизвольные одноплодные роды</p> <p>О80.9 Одноплодные самопроизвольные роды неуточненные</p> | <p>1. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при наличии показаний).</p> <p>2. УЗИ органов малого таза на 3 сутки после родов.</p> | <p>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно.</p> <p>2. Осмотр и пальпация молочных желез ежедневно.</p> <p>3. Рекомендации по грудному вскармливанию.</p> <p>4. Туалет наружных половых органов.</p> <p>5. Сухая обработка швов (при их наличии).</p> <p>6. Снятие наружных нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5 сутки.</p> | <p>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</p> |
| <p>О81 Роды одноплодные, родоразрешение с наложением щипцов или с применением вакуум - экстрактора</p> | <p>О81.0 Наложение низких [выходных] щипцов</p> <p>О81.1 Наложение средних [полостных] щипцов</p> <p>О81.2 Наложение средних [полостных] щипцов с поворотом</p> <p>О81.3 Наложение других и неуточненных щипцов</p> <p>О81.4 Применение вакуум - экстрактора</p> <p>О81.5 Родоразрешение с комбинированным применением щипцов и вакуум - экстрактора</p> | | | |
| <p>О82 Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева</p> | <p>О82.0 Проведение elective кесарева сечения</p> <p>О82.1 Проведение срочного кесарева сечения</p> <p>О82.2 Проведение кесарева</p> | <p>1. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при</p> | <p>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно.</p> <p>2. Осмотр и пальпация молочных желез</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</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| сечения | сечения с гистерэктомией О82.8 Другие одноплодные роды путем кесарева сечения О82.9 Роды путем кесарева сечения неуточненные | <ul style="list-style-type: none"> наличия показаний). 2. УЗИ органов малого таза на 3 сутки после родов. 3. Общий анализ крови, общий анализ мочи на 2-3 сутки после родоразрешения. 4. Биохимия крови (по показаниям). | <ul style="list-style-type: none"> 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. | <ul style="list-style-type: none"> 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. |
| О83 Роды одноплодные, родоразрешение с использованием другого акушерского пособия | <ul style="list-style-type: none"> 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 | <ul style="list-style-type: none"> 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. | <ul style="list-style-type: none"> 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. | <ul style="list-style-type: none"> 1. Анти-Д-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 | <ul style="list-style-type: none"> О84.0 Роды многоплодные, полностью самопроизвольные О84.1 Роды многоплодные, полностью с применением щипцов и вакуум экстрактора | <ul style="list-style-type: none"> 1. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при | <ul style="list-style-type: none"> 1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно. 2. Осмотр и пальпация молочных желез | <ul style="list-style-type: none"> Анти-Д-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 |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| родоразрешения каждым плодом или ребенком используют дополнительный код (O80-O83). | | <p>наличии показаний).</p> <ol style="list-style-type: none"> УЗИ органов малого таза на 3 сутки после родов. Общий анализ крови. Общий анализ мочи по показаниям. | <p>ежедневно.</p> <ol style="list-style-type: none"> Рекомендации по грудному вскармливанию. Туалет наружных половых органов. Сухая обработка швов (при их наличии). Снятие наружных нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5 сутки. | <p>положительной Rh-принадлежностью либо ребенка, чью Rh-принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе АВ0</p> |
| | O84.2 Роды многоплодные, полностью путем кесарева сечения | <ol style="list-style-type: none"> Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при наличии показаний). УЗИ органов малого таза на 3 сутки после родов. Общий анализ крови, общий анализ мочи. Биохимия крови по показаниям. | | <ol style="list-style-type: none"> 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. 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 | | | <ol style="list-style-type: none"> Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно. Осмотр и пальпация молочных желез ежедневно. Рекомендации по грудному вскармливанию. Туалет наружных половых органов. Сухая обработка швов (при их наличии). |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| | | | 6. Снятие наружных 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"> 1. Пульс, АД, частота дыхания, температура тела. 2. УЗИ органов малого таза. 3. УЗИ органов брюшной полости (по показаниям). 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 железодефицитной анемии. 8. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при наличии показаний). | <ol style="list-style-type: none"> 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. | <ol style="list-style-type: none"> 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. Препараты железа (таблетированная и пероральная формы). 3. Препараты крови и кровезаменителей (при гемоглобине менее 70 г/л). 4. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные / низкомолекулярные гепарины). 5. Производные ацетилсалициловой кислоты. 6. Антибиотики широкого спектра действия. 7. Ненаркотические анальгетики. |
| Роды, сопровождавшиеся материнским травматизмом | O70 Разрывы промежности при родоразрешении | <ol style="list-style-type: none"> 1. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 2. Гемостазиограмма. 3. УЗИ органов малого таза на 3 сутки. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно. 2. Осмотр и пальпация молочных желез | <ol style="list-style-type: none"> 1. Анти-D-иммуноглобулин в дозе 300 мкг (1500 ЕД) - в течение 72 часов после родов всем женщинам с Rh отрицательной группой крови, родившим |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| | | 4. Консультация врачей-специалистов по сопутствующему экстрагенитальному заболеванию (при наличии показаний). | <p>ежедневно.</p> <p>3. Рекомендации по грудному вскармливанию.</p> <p>4. Туалет наружных половых органов.</p> <p>5. Сухая обработка швов (при их наличии).</p> <p>6. Снятие наружных нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5 сутки.</p> | <p>ребенка с положительной Rh-принадлежностью либо ребенка, чью Rh-принадлежность определить не представляется возможным, независимо от их совместимости по системе АВ0.</p> <p>2. Антибактериальная терапия.</p> <p>3. Слабительные средства.</p> <p>4. Ненаркотические анальгетики.</p> |
| <p>О71 Другие акушерские травмы</p> <p>О71.0 Разрыв матки до начала родов</p> <p>О71.1 Разрыв матки во время родов</p> <p>О71.2 Послеродовой выворот матки</p> <p>О71.3 Акушерский разрыв шейки матки</p> <p>О71.4 Акушерский разрыв только верхнего отдела влагалища</p> <p>О71.5 Другие акушерские травмы тазовых органов</p> <p>О71.6 Акушерские травмы тазовых суставов и связок</p> <p>О71.7 Акушерская гематома таза</p> <p>О71.8 Другие уточненные акушерские травмы</p> <p>О71.9 Акушерская травма неуточненная</p> | <p>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога.</p> <p>2. УЗИ органов малого таза.</p> <p>3. УЗИ органов брюшной полости.</p> <p>4. Общий анализ крови, общий анализ мочи.</p> <p>5. Гемостазиограмма, коагуляционный гемостаз, исследование фибринолитической активности, исследование первичного сосудистого тромбоцитарного гемостаза, Д-димер.</p> <p>6. Биохимия крови.</p> <p>7. Комплекс исследований для диагностики железодефицитной анемии (при наличии железодефицитной анемии).</p> | <p>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога ежедневно.</p> <p>2. Осмотр и пальпация молочных желез ежедневно.</p> <p>3. Рекомендации по грудному вскармливанию.</p> <p>4. Туалет наружных половых органов.</p> <p>5. Сухая обработка швов (при их наличии).</p> <p>6. Снятие наружных нерассасывающихся швов (при их наличии) на 5-7 сутки.</p> <p>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.</p> <p>2. Антибактериальная терапия.</p> <p>3. Окситоцин и его аналоги.</p> <p>4. Нестероидные противовоспалительные средства.</p> <p>5. Ненаркотические анальгетики.</p> <p>6. Антикоагулянты прямые (гепарин и его производные / низкомолекулярные гепарины).</p> <p>7. Производные ацетилсалициловой кислоты.</p> | |

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"> 1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ гениталий (при отсутствии массивного кровотечения). 3. При шеечной беременности УЗИ + ЦДК. 4. Общий анализ крови, общий анализ мочи 5. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. 6. Биохимия крови, коагулограмма, гемостазиограмма. 7. Группа крови и резус-фактор. 8. Кровь на бета-ХГ. 9. ЭКГ (при отсутствии массивного кровотечения). 10. УЗИ гениталий перед выпиской. 11. Морфологическое исследование удаленного препарата. 12. Консультации врачей- | <p>Оперативные методы лечения: Лапаротомия / лапароскопия:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. диагностическая лапароскопия; 2. тубэктомия; 3. туботомия, удаление плодного яйца; 4. пластика трубы; 5. аднексэктомия / резекция яичника (О00.2); 6. ревизия органов брюшной полости; 7. санация и дренирование брюшной полости и органов малого таза; 8. резекция кишки (О00.0, О008); 9. удаление плодного яйца + тампонирование ложа (коагуляция) при О00.0, О008. <p>При прогрессирующей шеечной беременности:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Метронидазол 2. Доксциклин 3. Цефалоспорины 2 поколения 4. Ципрофлоксацин 5. Фторхинолоны 6. Макролиды 7. Аминогликозиды (Амикацин) 8. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз амоксициллин + клавулановая кислота 9. Триазола производные 10. Антисептики для местного применения 11. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D] 12. Этанол раствор для наружного применения 13. Окситоцин 14. Дротаверина гидрохлорид 15. Бензодиазепина производные (диазепам). 16. Метотрексат (по решению этического комитета) <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Атропина гидрохлорид 2. Дифенгидрамина гидрохлорид 3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол) 5. Амиды (бупивакаин, |

| | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|
| | | <p>специалистов: а) врача-анестезиолога-реаниматолога, б) врача-сердечно-сосудистого хирурга.</p> | <p>последующим ушиванием. При развитии кровотечения см. Аборт самопроизвольный, искусственный, осложнившийся кровотечением; 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>ропивакаин) мидозолам При лапаротомии / лапароскопии: 1. Барбитураты (тиопентал натрия) 2. Холина производные (суксаметония хлорид и 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).</p> |
| 001 Пузырный занос | 001.0 Пузырный занос классический; 001.1 Пузырный занос неполный и частичный; 001.9 Пузырный занос неуточненный | <ol style="list-style-type: none"> 1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ гениталий (трансвагинально). 3. МРТ (компьютерная томография) по показаниям. 4. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 5. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. 6. Группа крови и резус-фактор. 7. Бета-ХГ в динамике. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Симптоматическая медикаментозная терапия (лечение постгеморрагической анемии при ее наличии). 2. Аспирационный кюретаж под в/в инфузией окситоцина и одновременной готовностью к лапаротомии. 3. При кровотечении: гистеротомия, гистерэктомия, перевязка внутренних подвздошных артерий. <p>Показания к гистерэктомии: а) деструктивная форма пузырного заноса; б) профузное кровотечение и при</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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. Папаверина гидрохлорид 11. Антисептики для местного применения 12. Дротаверина гидрохлорид 13. Иммуноглобулин человека |

| | | | | |
|-----------------------|------------------------|--|---|---|
| | | <p>8. Биохимия крови, коагулограмма, гемостазиограмма.</p> <p>9. Спектр исследований для постановки железодефицитной анемии.</p> <p>10. ЭКГ.</p> <p>11. Рентгенография органов грудной клетки.</p> <p>12. УЗИ гениталий перед выпиской.</p> <p>13. Морфологическое исследование удаленного препарата.</p> <p>14. Консультации врачей-специалистов: а) врача-анестезиолога-реаниматолога, б) врача-онколога и направление в специализированный стационар, в) врача-сердечно-сосудистого хирурга.</p> | <p>неэффективности консервативных и хирургических методов остановки кровотечения;</p> <p>в) профилактическая химиопрофилактика (метотрексат, дактиномицин) по схеме.</p> <p>4. Гормональная контрацепция.</p> | <p>антирезус RHO[D]</p> <p>14. Этанол раствор для наружного применения</p> <p>15. Препараты для коррекции водно-электролитного баланса при массивном кровотечении.</p> <p>Анестезиологическое обеспечение:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Атропина гидрохлорид 2. Дифенгидрамина гидрохлорид 3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол) 5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин) мидозолам <p>При лапаротомии / лапароскопии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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). |
| 002 Другие аномальные | 002.0 Погибшее плодное | 1. Осмотр врача- | 1. Выскабливание стенок | 1. Метронидазол |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <p>продукты зачатия Исключено: бумажный плод (O31.0)</p> | <p>яйцо и непустой занос O02.1 Несостоявшийся выкидыш O02.8 Другие уточненные аномальные продукты зачатия O02.9 Аномальный продукт зачатия неуточненный</p> | <p>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.</p> | <p>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.</p> | <p>2. Доксициклин 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.</p> |
| <p>Самопроизвольный, артифициальный, иной аборт O03 Самопроизвольный аборт O04 Медицинский аборт O05 Другие виды аборта O06 Аборт неуточненный O07 Неудачная попытка</p> | <p>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</p> | <p>1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ гениталий (при отсутствии массивного кровотечения). 3. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 4. Определение антител</p> | <p>1. Выскабливание стенок полости матки. 2. При O07 в сочетании с гистероскопией физиотерапия. 3. При развитии осложнений см. соответствующие рубрики аборт самопроизвольный</p> | <p>1. Метронидазол 2. Доксициклин 3. Цефалоспорины 2 поколения 4. Ципрофлоксацин 5. Аминогликозиды (Амикацин) 6. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз амоксициллин + клавулановая кислота</p> |

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| аборта | <p>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</p> | <p>к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV.</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 | <p>артифициальный, иной, осложнившийся кровотечением.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Физиотерапия на этапе реабилитации. | <ol style="list-style-type: none"> 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. Пропрофол эмульсия для в/в введения 15. Мидозолам |
| Самопроизвольный, артифициальный, иной аборт вне больничного учреждения | <p>O03 Самопроизвольный аборт O05 Другие виды аборта O06 Аборт неуточненный O07 Неудачная попытка аборта</p> | <ol style="list-style-type: none"> 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. 5. Группа крови и резус-фактор. 6. УЗИ гениталий перед выпиской. 7. Морфологическое исследование удаленного препарата. | <p>При подтверждении остатков плодного яйца при УЗИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 полости матки + окситоцин в/в капельно. <p>При отсутствии остатков плодного яйца при УЗИ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Антибактериальная и утеротоническая терапия. 2. Динамическое наблюдение. <p>При самопроизвольном,</p> | |

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | | 8. Консультации врачей-специалистов: а) врача-анестезиолога-реаниматолога, б) врача-физиотерапевта. | артифициальном, ином аборте вне больничного учреждения, осложнившимся кровотечением, инфекцией, повреждением половых путей и тазовых органов, эмболией и иными осложнениями см. соответствующие рубрики. | |
| Аборт (самопроизвольный, искусственный, иной), осложнившийся кровотечением O03 Самопроизвольный аборт O04 Медицинский аборт O05 Другие виды аборта O06 Аборт неуточненный O07 Неудачная попытка аборта O08 Осложнения, вызванные абортом, внематочной и молярной беременностью | O03.1 Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением O03.6 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением O04.1 Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением O04.6 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением O05.1 Неполный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением O05.6 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся длительным или чрезмерным кровотечением O06.1 Неполный | 1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ гениталий (для исключения внутрибрюшной патологии и перед выпиской из стационара). 3. Общий анализ крови, общий анализ мочи. 4. Гемостазиограмма, коагулограмма, продукты деградации фибрина. 5. Биохимия крови. 6. Определение антител к бледной трепонеме (<i>Treponema pallidum</i>) в крови, ВИЧ, HBsAg, HCV. 7. Группа крови и резус-фактор. 8. Время свертываемости, время кровотечения. 9. Анализ крови на совместимость (перед переливанием крови и | 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. 3. Инфузионная / трансфузионная терапия. 4. Балонная тампонада (маточный аборт на поздних сроках). 5. При внематочной беременности оперативные методы лечения лапароскопическим или лапаротомическим доступом с / без перевязки (эмболизации) маточных артерий (внутренних подвздошных). При шеечной беременности, осложнившейся | 1. Метронидазол 2. Доксициклин 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. Антисептики для местного применения 10. Цефалоспорины 3 поколения (цефтриаксон, цефоперазон + сульбактам) 11. Окситоцин 12. Дротаверина гидрохлорид 13. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D] 14. Растворы для коррекции водно-электролитного баланса (раствор Рингера, стерофундин изотонический). 15. При тяжелой гиповолемии: препараты крови и кровезаменители препараты плазмы крови и |

| | | | | |
|--|--|---|---|---|
| | <p>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>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>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>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 наружного применения 27. Препараты железа Анестезиологическое обеспечение: 1. Атропина гидрохлорид 2. Дифенгидрамина гидрохлорид 3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол) 5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин)</p> |
|--|--|---|---|---|

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | | | 6. Мидозолам При лапаротомии / лапароскопии: 1. Барбитураты (тиопентал натрия) 2. Холина производные (суксаметония хлорид и йодид) 3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромида) 4. Галогенизированные гидрокарбоны (севофлуран жидкость для ингаляций) 5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 6. Опиоиды (трамадол) 7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат) |
| Аборт (самопроизвольный, артифициальный, иной) 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, внемагной и молярной | O03.0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых 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 | 1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ гeниталий. 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- | 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 полости матки с / без гистероскопии / гистерорезектоскопии + окситоцин в/в капельно. 3. Инфузионная / трансфузионная терапия. Объемы оперативного лечения: 1. лапаротомия / лапароскопия; 2. ревизия органов брюшной | 1. Метронидазол 2. Доксициклин 3. Цефалоспорины 2 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 |

| | | | | |
|---------------|--|--|--|---|
| беременностью | <p>О05.0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов</p> <p>О05.5 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов</p> <p>О06.0 Неполный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов</p> <p>О06.5 Полный или неуточненный аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов</p> <p>О07.0 Неудачный медицинский аборт, осложнившийся инфекцией половых путей и тазовых органов</p> <p>О07.5 Другие и неуточненные неудачные попытки аборта, осложнившиеся инфекцией половых путей и тазовых органов</p> <p>О08.0 Инфекция половых путей и тазовых органов, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью</p> <p>О08.3 Шок, вызванный абортom, внематочной и</p> | <p>фактор.</p> <p>9. ЭКГ (при подготовке к оперативному лечению в плановом порядке).</p> <p>10. Бактериоскопическое исследование отделяемого женских половых органов.</p> <p>11. Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на флору и чувствительность к антибиотикам.</p> <p>12. Бактериологическое исследование перитонеальной жидкости на флору и чувствительность к антибиотикам (при О08.0).</p> <p>13. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.</p> <p>14. Посев крови (при признаках генерализованной бактериемии).</p> <p>15. Диагностика постгеморрагической железодефицитной анемии (при наличии</p> | <p>полости;</p> <p>3. тубэктомия / аднексэктомия;</p> <p>4. тотальная гистерэктомия;</p> <p>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;</p> <p>6. при абсцессе органов малого таза и вовлечении толстой кишки - опорожнение абсцесса с последующей санацией и дренированием брюшной полости. При полной деструкции всех слоев кишки - резекция кишки с наложением анастомоза, в тяжелых случаях с формированием anus praeter naturalis;</p> <p>7. санация и дренирование брюшной полости и органов малого таза.</p> <p>Плазмаферез. Гемодиализ (при О08.4) или перевод в специализированное учреждение. Физиотерапия на этапе реабилитации.</p> | <p>производные (диклофенак, кеторолак)</p> <p>13. Ксантины (аминофиллин)</p> <p>14. Ферменты (ингибиторы протеолиза)</p> <p>15. Иммуноглобулин человека антирезус RHO[D]</p> <p>16. Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (раствор Рингера, Стерофундин изотонический)</p> <p>17. При тяжелой гиповолемии: - препараты крови и кровезаменители; - препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (гидроксиэтиленкрахмал, альбумин, желатин)</p> <p>18. Препараты для парентерального питания, жировые эмульсии для парентерального питания</p> <p>19. Препараты железа (при постгеморрагической железодефицитной анемии)</p> <p>20. Адрено- и допамин-стимуляторы (норэпинефрин, эпинефрин, допамин)</p> <p>21. Альфа2-адреномиметики центральные, производные имидазолина (клонидин)</p> <p>22. Сульфаниламидные диуретики (фуросемид)</p> <p>23. Глюкокортикостероиды слабоактивные (преднизолон)</p> <p>24. Этанол раствор для наружного</p> |
|---------------|--|--|--|---|

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| | молярной беременностью O08.4 Почечная недостаточность вызванная абортom, внематочной, молярной беременностью | 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). | | 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 йодид) 3. Четвертичные аммониевые соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромида) 4. Галогенизированные гидрокарбоны (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 | 1. Осмотр врача-акушера-гинеколога. 2. УЗИ гениталий (для исключения внутрибрюшной патологии и перед выпиской из | 1. Инфузионная терапия в объеме 400 мл болюсно с антибиотиками широкого спектра действия (цефалоспорины в/в) за 1 час до выскабливания стенок полости матки. | 1. Метронидазол 2. Доксциклин 3. Цефалоспорины 2 поколения 4. Ципрофлоксацин 5. Аминогликозиды (Амикацин) 6. Пенициллины в комбинации с ингибиторами бета-лактамаз |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | <p>вызванные абортom, молярной внематочной, беременностью</p> | <p>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 половых органов. 10. Бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на флору и чувствительность к антибиотикам. 11. Бактериологическое исследование перитонеальной жидкости на флору и чувствительность к антибиотикам (при О08.0). 12. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам.</p> | <p>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 3) Тубэктомия 4) Аднексэктомия 5) Субтотальная гистерэктомия 6) Тотальная гистерэктомия 7) Ушивание / резекция мочевого пузыря, кишки (при перфорации мочевого пузыря / кишки). При перфорации кишки и развитии перитонита резекция кишки anus preter naturalis 8) Санация и дренирование брюшной полости и органов малого таза 9) Тампонирование ложа (брюшная беременность). Плазмаферез. Гемодиализ или перевод в специализированное учреждение (при О08.4). Физиотерапия в</p> | <p>амоксциллин + 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 производные (диклофенак, кеторолак) 13. Ксантины (аминофиллин) 14. Ферменты (ингибиторы протеолиза) 15. Окситоцин 16. Дротаверина гидрохлорид 17. Антирезус RHO[D] раствор для в/м введения 18. Атропина гидрохлорид 19. Дифенгидрамин гидрохлорид 20. Растворы, влияющие на водно-электролитный баланс (раствор Рингера, Стерофундин изотонический) 21. При тяжелой гиповолемии: - препараты крови и кровезаменители; - препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (гидроксиэтиленкрахмал, альбумин, желатин) 22. Препараты для парентерального питания</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 анемии.</p> <p>19. Цистоскопия, колоноскопия (при назначении смежными врачами-специалистами).</p> <p>20. Морфологическое исследование удаленного препарата.</p> <p>21. Консультации врачей-специалистов: а) врача-анестезиолога-реаниматолога, б) врача-терапевта (по</p> | <p>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>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 (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"> 1. Атропина гидрохлорид 2. Дифенгидрамина гидрохлорид 3. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 4. Анестетики общие другие (кетамин, пропофол) 5. Амиды (бупивакаин, ропивакаин) 6. Мидозолам <p>При лапаротомии / лапароскопии:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Барбитураты (тиопентал натрия) 2. Холина производные (суксаметония хлорид и йодид) 3. Четвертичные аммониевые |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|---|---|--|---|
| | | показаниям), в) врача-хирурга, г) врача-уролога, д) врача-физиотерапевта (в реабилитационный период). | | соединения (пипекурония бромид, рокурония бромид взамен векурония бромида) 4. Галогенизированные гидрокарбоны (севофлуран жидкость для ингаляций) 5. Наркотические анальгетики (тримеперидин, фентанил) 6. Опиоиды (трамадол) 7. Холинэстеразы ингибиторы (неостигмина метилсульфат). |
| Аборт (самопроизвольный, артифициальный, 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 | 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 + | 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>O06.2 Аборт неуточненный - неполный аборт, осложнившийся эмболией</p> <p>O06.7 Аборт неуточненный - полный или неуточненный аборт, осложнившийся эмболией</p> <p>O07.2 Неудачный медицинский аборт, осложнившийся эмболией</p> <p>O07.7 Другие и неуточненные попытки аборта, осложнившиеся эмболией</p> <p>O08.2 Эмболия, вызванная абортom, внематочной и молярной беременностью</p> <p>O08.7 Другие венозные осложнения, вызванные абортom, внематочной или молярной беременностью</p> | <p>доплерография вен голени, магистральных сосудов.</p> <p>13. Ангиосканирование (по назначению сосудистого врача- сердечно-сосудистого хирурга).</p> <p>14. Консультации врачей- специалистов: а) врача-анестезиолога- реаниматолога, б) врача-терапевта, в) врача-сердечно- сосудистого хирурга / врача-хирурга (по показаниям), г) врача-физиотерапевта (в реабилитационный период).</p> | | |
|--|--|---|--|--|