

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

19 февраля 2018 г. № 17

**Об утверждении клинического протокола
«Медицинское наблюдение и оказание медицинской
помощи женщинам в акушерстве и гинекологии»**

Изменения и дополнения:

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 апреля 2022 г. № 25 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/38239 от 13.06.2022 г.) <W22238239p>;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 марта 2023 г. № 43 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/39762 от 30.03.2023 г.) <W22339762p>;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 февраля 2024 г. № 30 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/41176 от 20.02.2024 г.) <W22441176p>;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 августа 2024 г. № 131 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/42051 от 28.08.2024 г.) <W22442051p>;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 ноября 2024 г. № 161 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/42475 от 05.12.2024 г.) <W22442475p>;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 декабря 2024 г. № 176 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/42926 от 19.02.2025 г.) <W22542926p>

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить клинический протокол «Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу через пятнадцать дней после его подписания.

Министр

В.А.Малашко

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
19.02.2018 № 17

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам
в акушерстве и гинекологии»**

1. Настоящий Клинический протокол устанавливает общие требования к медицинскому наблюдению и оказанию медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовом периоде, женщинам с гинекологическими заболеваниями в амбулаторных и стационарных условиях.

2. Требования настоящего Клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством.

3. Для целей настоящего Клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении».

4. Для каждой нозологической формы заболевания или патологического состояния согласно приложениям 3 и 4 приведены типовые диагностические и лечебные схемы, а также определены показания, сроки и длительность госпитализации, в некоторых случаях уровень оказания медицинской помощи; объем необходимых диагностических и лечебных мероприятий, а в ряде случаев – с указанием последовательности и особенностей их назначения, показания для оперативного вмешательства.

5. Приложение 1 представляет собой перечень медицинских услуг для диагностики заболевания (физикальные, клиничко-лабораторные, функциональные, рентгенологические, радиоизотопные, бактериологические, вирусологические, иммунологические и другие методы исследования), которые позволяют установить и подтвердить предполагаемый диагноз. В интересах пациента решением врачебного консилиума объем исследований может быть расширен другими методами, не включенными в настоящий Клинический протокол, но которыми располагает данная организация здравоохранения.

6. Настоящий Клинический протокол для базовой фармакотерапии нозологических форм заболеваний в акушерстве и гинекологии включает основные фармакотерапевтические группы лекарственных средств согласно приложению 2. Лекарственные средства (далее – ЛС) представлены по международным непатентованным наименованиям, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием лекарственной формы и дозировки. В каждой конкретной ситуации решением врачебного консилиума терапия может быть расширена за счет других ЛС, не включенных в настоящий Клинический протокол.

7. Во время первого триместра беременности следует избегать применения любых ЛС. В акушерской практике ЛС применяются при наличии медицинских показаний и отсутствии противопоказаний к их использованию во время беременности, родов и лактации согласно инструкциям по медицинскому применению ЛС.

8. Во время беременности применение ЛС «с осторожностью» или «возможно только после тщательной оценки ожидаемой пользы терапии для матери и потенциального риска для плода» означает, что ЛС должны назначаться:

по строгим показаниям с учетом потенциального риска для плода;

в адекватной дозе с учетом индивидуальных особенностей пациентки, течения заболевания, наличия осложнений и прочего.

9. В настоящем Клиническом протоколе в разделе «Лечение» приложений 3 и 4 приводятся указания на применение физиотерапевтического лечения, гипербарической оксигенации, иглорефлексотерапии, назначение которых либо отказ от них определяется лечащим врачом с учетом противопоказаний и лечебно-диагностическими возможностями организации здравоохранения.

10. Госпитализация в организации здравоохранения осуществляется в соответствии с Положением о разноуровневой системе оказания перинатальной помощи и порядке ее функционирования в Республике Беларусь.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Медицинское наблюдение
и оказание медицинской помощи
женщинам в акушерстве
и гинекологии»

Диагностика во время беременности, родов, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях

1. Клиническое обследование беременной (далее – Блок А).

1.1. Обязательное:

анамнез: жизни, болезни, акушерский, гинекологический, семейный, аллергологический, фармакологический, трансфузионный;

общий осмотр;

измерение артериального давления (далее – АД) на обеих руках и частоты сердечных сокращений (далее – ЧСС);

измерение температуры тела;

контроль массы тела беременной;

специальное наружное акушерское исследование – при первом осмотре в женской консультации и (или) поступлении в организацию здравоохранения (родильное отделение, родильный дом) (далее – акушерский стационар) однократно: осмотр молочных желез и периферических лимфатических узлов, измерение размеров таза, индекса Соловьева, ромба Михаэлиса; окружности живота, высоты стояния дна матки; определение наружными приемами положения, позиции, предлежащей части плода и ее положения по отношению к плоскости входа в таз;

осмотр врача-терапевта;

дотестовое и послетестовое консультирование на вирус иммунодефицита человека (далее – ВИЧ);

консультации врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-стоматолога, врача-эндокринолога в установленные сроки.

1.2. Дополнительная диагностика и консультации врачей-специалистов по показаниям.

2. Клиническое обследование (далее – Блок Б) женщины с гинекологическими заболеваниями (далее – гинекологической пациентки).

2.1. Обязательное:

анамнез: жизни, болезни, акушерский, гинекологический, семейный, аллергологический, фармакологический, трансфузионный;

общий осмотр;

измерение АД на обеих руках;

подсчет пульса;

измерение температуры тела;

осмотр молочных желез и периферических лимфатических узлов;

пальпация органов брюшной полости.

2.2. Дополнительная диагностика и консультации врачей-специалистов по показаниям.

3. Специальное акушерское (гинекологическое) обследование (далее – Блок В):

осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах;

бимануальное влагалищное исследование;

ректовагинальное исследование (по показаниям).

4. Лабораторное исследование (кроме инфекций) акушерской/гинекологической пациентки (далее – Блок Г).

4.1. Обязательная диагностика:

анализ крови общий (далее – ОАК): эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, лейкоциты и лейкоцитарная формула, скорость оседания эритроцитов (далее – СОЭ);

определение групп крови по системам АВ0 и резус (далее – Rh). Скрининг антиэритроцитарных антител при первой явке, в 28–29 и 34–35 недель беременности, независимо от Rh (однократно). При выявлении слабого антигена D(u) уточнить Rh-принадлежность крови в специализированной лаборатории службы крови. При Rh-отрицательной крови матери: определение групп крови по системе АВ0 и Rh отца ребенка. Определение титра антител (далее – АТ) 1 раз в месяц до 38 недель беременности. После проведенной профилактики Rh-сенсibilизации определение титра АТ не проводится в течение 8 недель;

биохимическое исследование крови (билирубин, глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, аланинаминотрансфераза (далее – АЛАТ), аспартатаминотрансфераза (далее – АсАТ), электролиты (калий, натрий, кальций);

анализ крови на глюкозу (натошак);

коагулограмма – активированное частичное тромбиновое время (далее – АЧТВ), протромбиновый индекс (далее – ПТИ), протромбиновое время, международное нормализованное отношение (далее – МНО), фибриноген;

анализ мочи общий;

забор биологического материала из эндоцервикса и экзоцервикса, по показаниям из места поражения, для цитологического исследования (далее – цитологическое исследование) у беременных – при 1-й явке; у гинекологических пациенток – при первичном обращении, при отсутствии по результату исследования отклонений от нормы – 1 раз в год и по показаниям.

4.2. Дополнительное обследование по медицинским показаниям:

определение среднего объема эритроцитов (MCV);

определение среднего содержания гемоглобина в эритроците (MCH);

определение средней концентрации гемоглобина в эритроците (MCHC);

определение титра антиэритроцитарных антител;

определение параметров кислотно-основного состояния (далее – КОС);

электролиты крови;

сывороточный ферритин, трансферрин сыворотки;

железо сыворотки, определение общей железосвязывающей способности сыворотки (далее – ОЖСС);

коэффициент насыщения трансферрина железом (далее – КНТ), рассчитанный по формуле

$$\text{КНТ} = \frac{\text{железо сыворотки (мкмоль/л)} \times 100 \%}{\text{ОЖСС (мкмоль/л)}};$$

тромбоэластография;

С-реактивный белок (далее – СРБ);

D-димеры;

спонтанный фибринолиз;

антитромбин III;

обследование на антифосфолипидный синдром (далее – АФС), гомозиготная мутация MTHFR (C677 T), гипергомоцистеинемия;

исследование крови на глюкозу в 7⁰⁰ (натошак), 10⁰⁰, 13⁰⁰, 16⁰⁰;

пероральный тест толерантности глюкозы (далее – ПТТГ);

гликированный гемоглобин;

исследование гормона, регулирующего эритропоэз (эритропоэтин);

гормоны щитовидной железы – тиреотропный гормон (далее – ТТГ), свободный тироксин (далее – свТ4), антитела к тиреоидной пероксидазе (далее – АТ-ТПО);

исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, фолликулостимулирующий гормон (далее – ФСГ), лютеинизирующий гормон (далее – ЛГ), эстрадиол, прогестерон, дегидрэпиандростерон-сульфат (далее – ДГЭА-сульфат), 17-оксипрогестерон (далее – 17-ОП), тестостерон;

липидограмма (общий холестерин, триглицериды, липопротеины низкой и высокой плотности);

анализ мочи на суточную потерю белка;

анализ мочи по Нечипоренко;

анализ мочи по Зимницкому;

анализ мочи на желчные пигменты, уробилин;

гистологическое исследование интраоперационно удаленного биологического материала (далее – гистологическое исследование).

5. Функционально-инструментальное исследование беременной (далее – Блок Д).

5.1. Обязательная диагностика:

электрокардиография (далее – ЭКГ);

ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) матки и плода;

кардиотокография (далее – КТГ).

5.2. Дополнительное обследование по показаниям:
доплерометрия (далее – ДМ) сосудов матки и плода;
УЗИ молочных желез;
УЗИ органов брюшной полости;
УЗИ щитовидной железы;
эхокардиография (ЭхоКГ);
суточное мониторирование артериального давления (СМАД);
суточное мониторирование ЭКГ;
УЗИ вен нижних конечностей;
амниоцентез;
биопсия ворсин хориона;
кольпоскопия простая и расширенная (далее – кольпоскопия).

6. Функционально-инструментальное обследование гинекологической пациентки (далее – Блок Е).

6.1. Обязательная диагностика:

ЭКГ;
УЗИ органов малого таза.

6.2. Дополнительная диагностика по показаниям:

тесты функциональной диагностики;
кольпоскопия;
прицельная биопсия шейки матки (вульвы) с гистологическим исследованием забранного материала (далее – биопсия шейки матки, вульвы);
пункция брюшной полости через задний влагалищный свод (далее – кульдоцентез);
аспирационная биопсия эндометрия (Pipelle биопсия);
раздельное диагностическое выскабливание матки и цервикального канала (далее – РДВ);

гистероскопия;
маммография;
флюорография;
метросальпингография;
соногистероскопия;
магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) гипоталамо-гипофизарной области;
УЗИ молочных желез;
динамическая ультразвуковая фолликулометрия;
УЗИ щитовидной железы;
УЗИ органов брюшной полости;
остеоденситометрия;
компьютерная томография (далее – КТ) надпочечников.

7. Исследование на инфекции при беременности (далее – Блок Ж).

7.1. Обязательная диагностика:

микроскопическое исследование отделяемого половых путей на флору – при первой явке, в 34–36 недель беременности;

обследование на гонорею – методом амплификации нуклеиновых кислот (далее – МАНК) или культуральным методом – при 1-й явке;

обследование на сифилис – микрореакция преципитации (далее – МПР) или тест быстрых плазменных реагентов (RPR), определение АТ к бледной трепонеме (ИФА, РПГА, РИФ) – при 1-й явке, в 28–30 недель, а также при поступлении на роды при отсутствии данных серологического исследования;

определение АТ к ВИЧ дважды – при 1-й явке; в 28–30 недель в группе потребителей инъекционных наркотиков; при поступлении в роддом при отсутствии данных серологического исследования;

определение антител IgM, IgG к поверхностному антигену вируса гепатита В (далее – HBs), если не было вакцинации, или прививочный статус не известен; антител к вирусу гепатита С (далее – HCV) дважды – при 1-й явке, в 28–30 недель;

определение антител IgM, IgG к токсоплазме, цитомегаловирусу методом ИФА при 1-й явке; при наличии IgM и IgG определение авидности IgG к токсоплазме (после 16 недель

авидность определять нецелесообразно); при отсутствии АТ – повторно в 18–20 недель; если женщина тестировалась на токсоплазмоз ранее (по любому поводу, в том числе в предыдущие беременности) и имеется документальное подтверждение ее серопозитивности (IgM- и IgG+ или IgM+ и IgG+), исследование не проводить;

бактериологическое исследование из влагалища на флору и чувствительность к антибиотикам (далее – АБ), антимикотикам при 1-й явке и в 34–36 недель;

бактериологическое исследование из влагалища и прямой кишки на β -гемолитический стрептококк (*Str.agalactiae*) и чувствительность к АБ в 34–36 недель;

обследование на инфекции, передаваемые половым путем (далее – ИППП), путем полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР) на *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* при 1-й явке. Повторное исследование через 30–45 дней после проведенного лечения для контроля излеченности.

7.2. Дополнительная диагностика по показаниям:

рН-метрия влагалища;

бактериологическое исследование из слизистой носоглотки на флору и чувствительность к АБ, антимикотикам;

бактериологическое исследование средней порции мочи на флору и чувствительность к АБ;

бактериологическое исследование крови на флору и чувствительность к АБ;

бактериологическое исследование отделяемого молочной железы на флору и чувствительность к АБ;

исследование околоплодных вод (амниоцентез) – ПЦР на токсоплазму, цитомегаловирус (исследование вод проводить в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» Министерства здравоохранения Республики Беларусь (далее – РНПЦМД);

исследование пуповинной крови или околоплодных вод – ПЦР на парвовирус В-19;

консультация по показаниям врача-дерматовенеролога, врача-инфекциониста, врача-уролога, врача-оториноларинголога.

8. Исследование на инфекции и дисбиотические состояния гинекологических пациенток (далее – Блок 3).

8.1. Обязательное – микроскопическое исследование отделяемого половых путей на флору.

8.2. Дополнительная диагностика по показаниям:

рН-метрия влагалища;

бактериологическое исследование отделяемого половых путей на флору и чувствительность к АБ, антимикотикам;

обследование на гонорею – МАНК или культуральный метод;

обследование на сифилис – МПР или RPR, определение АТ к бледной трепонеме (ИФА, РПГА, РИФ);

определение АТ к ВИЧ;

определение АТ IgM, IgG к HBs, АТ к HCV;

обследование на урогенитальные инфекции – ПЦР на *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, ВПГ 1 и 2 типа, ВПЧ;

бактериологическое исследование средней порции мочи на флору и чувствительность к АБ;

бактериологическое исследование менструальной крови на микобактерии туберкулеза;

консультация врачей-специалистов по показаниям.

9. Кратность исследований условно обозначается:

однократно – 1 раз;

при поступлении – 1 раз при поступлении в стационар;

ежедневно – 1 раз в день;

по показаниям – выполняется необходимое количество раз в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Кратность выполняемых исследований в зависимости от временных промежутков между ними выражается дробью «X/Y»: где «X» – количество раз, а «Y» – интервал между

обследованиями, выраженный в днях (например, 1/3 – 1 раз в 3 дня, 1/3–5 – 1 раз в 3–5 дней, 1/7 – 1 раз в 7 дней и другое).

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Медицинское наблюдение
и оказание медицинской помощи
женщинам в акушерстве
и гинекологии»

Лекарственная терапия и немедикаментозное лечение при оказании медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии

Таблица 1

Клинико-фармакологические группы лекарственных средств (далее – ЛС)

№ п/п	ЛС	Доза, пути введения ЛС	Примечания
1	2	3	4
Группа № 1. Аналоги и антагонисты гонадотропин-релизинг гормона			
1	Бусерелин	Спрей назальный 0,2 % раствор 17,5 мл. По одному впрыскиванию в каждый носовой ход 3–4 раза в сутки с интервалом 6–8 часов.	В первый или второй день менструального цикла (далее – МЦ).
2	Гозерелин	Капсулы депо 3,6 мг подкожно в переднюю брюшную стенку каждые 28 дней.	Курс не более 6 месяцев.
3	Лейпрорелин	Лиофилизат для приготовления суспензии для внутримышечных инъекций 3,75 мг каждые 28 дней.	Курс не более 6 месяцев.
4	Трипторелин	Порошок для приготовления раствора для подкожных инъекций 0,1 мг. Порошок для приготовления суспензии пролонгированного высвобождения для внутримышечных инъекций 3,75 мг.	Курс не более 6 месяцев.
5	Ганиреликс	Раствор 0,25 мг в 0,5 мл водного раствора для подкожного введения.	Предотвращение преждевременного пикового повышения секреции лютеинизирующего гормона (далее – ЛГ) у женщин, которым проводится контролируемая индукция овуляции с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ).
6	Цетрореликс	Лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения 0,25 мг во флаконе в комплекте с растворителем (вода для инъекций 1 мл) в предварительно заполненном шприце.	Предотвращение преждевременной овуляции у пациенток при контролируемой индукции овуляции для получения яйцеклеток и проведения ВРТ.
Группа № 2. Гонадотропины и антиэстрогены			
1	Кломифена цитрат	Таблетки 50 мг внутрь. По 50–150 мг 1 раз в сутки.	С 5 по 9 день МЦ с увеличением дозы в течение 3 последовательных МЦ.

2	Менотропин (гонадотропин менопаузный)	Порошок для приготовления раствора для подкожных или внутримышечных инъекций 75 МЕ во флаконах с растворителем (0,9 % раствор натрия хлорида 1 мл в ампуле) 1 раз в сутки или через день.	Со 2–3–5 дня МЦ до достижения размера максимального фолликула 18 мм при ановуляторном бесплодии.
3	Гонадотропин хорионический	Лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечных инъекций 1500 МЕ, 5000 МЕ, во флаконах в комплекте с растворителем (раствор натрия хлорида 9 мг/мл) в ампулах 1 мл. Раствор (лиофилизат) для подкожного введения 250 мкг/мл 0,5 мл	По 5000–10 000 МЕ внутримышечно 1 раз в сутки для индукции овуляции: при достижении доминантным фолликулом 18–22 мм в диаметре. По 500–5000 МЕ внутримышечно на 3, 6 и 9 день после овуляции для стимуляции функции желтого тела.
4	Фоллитропин альфа	Лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения 5,5 мкг (75 МЕ) во флаконах в комплекте с растворителем (вода для инъекций) 1 мл в предварительно заполненных шприцах. Раствор для подкожного введения 22 мкг (300 МЕ) в 0,5 мл; 33 мкг (450 МЕ) в 0,75 мл; 66 мкг (900 МЕ) в 1,5 мл в шприц-ручке.	При отсутствии овуляции (включая поликистоз яичников) и в случае неэффективности терапии кломифеном; для стимуляции суперовуляции при использовании технологий ВРТ; вместе с ЛГ для стимуляции развития фолликулов у женщин с тяжелым дефицитом ЛГ и ФСГ.
5	Хориогонадотропин альфа	Раствор для подкожного введения 250 мкг (0,5 мл) в шприце с иглой для инъекций.	В протоколах индукции множественного созревания фолликулов для ВРТ, в том числе для экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) с целью индукции окончательного созревания фолликулов и лютеинизации после стимуляции гонадотропинами. При ановуляторном или олиговуляторном бесплодии для индукции овуляции и лютеинизации в конце стимуляции роста фолликулов.
Группа № 3. Гестагены			
Группа № 3.1. Аналоги эндогенного прогестерона.			
1	Микронизированный прогестерон	Капсулы 100 мг, 200 мг внутрь или интравагинально.	Пероральный прием: недостаточность лютеиновой фазы (предменструальный синдром, нарушения МЦ, пременопауза, мастопатия): лечение проводится в течение 10 дней МЦ с 17-го по 26-й день включительно, курс лечения до 3-6 и более месяцев; при угрозе преждевременных родов: в дозе 400 мг каждые 6–8 часов до купирования клинических симптомов с последующим переходом на поддерживающие дозы (например, 200 мг 3 раза в день) в срок беременности с 22-й по 28-ю недели включительно. Вагинальное применение:

			<p>недостаточность лютеиновой фазы: лечение проводится в течение 10 дней МЦ с 17-го по 26-й день включительно, курс лечения до 3–6 и более месяцев, дозировка составляет 200 мг в сутки.</p> <p>Предупреждение (медицинская профилактика) преждевременных родов у женщин из группы риска: с укорочением шейки матки, с наличием анамнестических данных преждевременных родов и (или) преждевременного разрыва плодных оболочек, при сочетании указанных факторов риска – в дозе 200 мг перед сном с 20-й по 34-ю недели беременности;</p> <p>угрожающий аборт или в целях медицинской профилактики привычного выкидыша вследствие недостаточности лютеиновой фазы: средняя доза прогестерона составляет 200–400 мг в сутки, разделенная на два приема, вплоть до 12-й недели беременности. Поддержка лютеиновой фазы во время проведения цикла экстракорпорального оплодотворения: 200–600 мг в сутки, начиная со дня инъекции хорионического гонадотропина в течение I и II триместра беременности.</p>
2	Дидрогестерон	Таблетки 10 мг внутрь.	<p>От 1 до 4 таблеток в сутки во вторую фазу МЦ для поддержки функции желтого тела в зависимости от патологии у гинекологических пациенток. Курс лечения до 3–6 и более месяцев.</p> <p>Угрожающий аборт вследствие дефицита прогестерона: начальная доза – 40 мг однократно, затем – по 10 мг каждые 8 часов до исчезновения симптомов. Дозы, кратные 10 мг/сут, следует распределить равномерно в течение дня.</p> <p>При возобновлении признаков угрожающего аборта, возможно снова увеличивать дозу на 10 мг каждые 8 часов.</p> <p>После исчезновения симптомов, эффективную дозу сохранить в течение 1 недели, затем постепенно снизить. Если симптомы возобновились, лечение должно быть немедленно восстановлено с дозировкой, которая оказалась эффективной.</p> <p>Привычный выкидыш вследствие дефицита прогестерона: 10 мг в сутки до 20-й недели беременности с последующим постепенным снижением дозы. В случае терапии</p>

			дидрогестероном до беременности – продолжать прием при ее наступлении.
Группа № 3.2. Синтетические гестагены			
1	Диеногест	Таблетки 2 мг внутрь.	В непрерывном режиме 6–9 месяцев.
2	Внутриматочная система с левоноргестрелом	52 мг на 5 лет.	Гиперпластические процессы эндометрия и молочных желез, дисменорея, предменструальный синдром, меноррагия, эндометриоз. Введение в полость матки на 4–6 день МЦ; после искусственного аборта – сразу или, предпочтительнее, после очередной менструации; после неосложненных самопроизвольных родов – не ранее, чем через 6 недель.
3	Ципротерона ацетат	Раствор для внутримышечного введения масляный (раствор для инъекций) 100 мг/мл 3 мл	Выраженные явления андрогенизации у женщин: внутрь, по 100 мг 1 раз в сутки с 1 по 10 день МЦ (одновременно показано назначение гестаген-эстрогенного ЛС с 1 по 21 день МЦ). Через 21 день от начала терапии перерыв в приеме на 7 дней, во время которого наступает менструальноподобное кровотечение. Детям при преждевременном половом развитии внутрь, по 25–50 мг 2 раза в сутки.
4	Норетистерон	Таблетки 5 мг внутрь.	Предменструальный синдром, мастодиния, дисменорея: в период с 16 по 25 день МЦ по 5–10 мг в сутки, можно принимать вместе с эстрогеном. Миома матки: по 5–10 мг, с 5 по 25 день МЦ, не более 6 месяцев. Ановуляторная метроррагия, гиперплазия эндометрия: по 5–10 мг в сутки в течение 6–12 дней. После достижения желаемого эффекта, с 16 по 25 день МЦ по 5–10 мг в сутки, обычно вместе с эстрогеном для предупреждения рецидива. Эндометриоз: в период с 5 по 25 день МЦ по 5 мг в сутки в течение 6 месяцев.
Группа № 3.3. Гормональные контрацептивы для системного применения			
1	Дезогестрел	Таблетки 0,075 мг в сутки внутрь.	С целью контрацепции в период грудного вскармливания с 6 недели после родов в течение 28 дней в порядке, указанном на упаковке. Курс – индивидуальный.
2	Левоноргестрел	Таблетки 0,75 мг, 1,5 мг внутрь.	Для экстренной контрацепции.
3	Внутриматочная система с левоноргестрелом	52 мг на 5 лет.	Вводить в полость матки на 4–6 день МЦ; после искусственного аборта – сразу, или, предпочтительнее, после очередной менструации; после неосложненных

			самопроизвольных родов – не ранее, чем через 6 недель.
Группа № 3.4. Прогестагены для менопаузальной гормональной терапии (далее – МГТ)			
1	Прогестерон	Капсулы 100 мг и 200 мг внутрь или вагинально. По 200 мг в сутки в течение 10–16 дней.	На фоне приема эстрогенов.
2	Дидрогестерон	Таблетки 10 мг внутрь. По 10 мг в сутки в течение последних 12–14 дней приема эстрогенов при МЦ продолжительностью 28 дней.	На фоне приема эстрогенов
3	Медроксипрогестерон	Таблетки 500 мг	
4	Внутриматочная система с левоноргестрелом	52 мг на 5 лет.	Для профилактики гиперплазии эндометрия при проведении заместительной терапии эстрогенами.
Группа № 4. Другие половые гормоны и модуляторы рецепторов половой системы			
1	Мифепристон	Таблетки 200 мг внутрь.	Доза и курс лечения подбирается в зависимости от клинической ситуации.
2	Улипристала ацетат	Таблетки 5 мг внутрь. По 1 таблетке ежедневно 3 месяца.	Допускается повторение 3 месячного курса терапии.
Группа № 5. Эстрогены, в том числе для МГТ			
1	Эстрадиол	Гель для наружного применения 0,1 % в саше 0,5 г.	МГТ. Профилактика постменопаузального остеопороза у женщин.
2	Эстрадиол	Таблетки 2 мг внутрь.	Эстрогенная недостаточность (постменопаузальный период, климакс, лучевая кастрация, овариоэктомия при доброкачественных заболеваниях), связанная с нарушением сна, вазомоторными симптомами (головная боль, приливы), депрессивными состояниями, нервозностью, раздражительностью, головокружением, повышенной потливостью; профилактика постменопаузального остеопороза; дегенеративные изменения слизистых оболочек и кожи; гипестезия мочевого пузыря.
3	Эстриол	Суппозитории вагинальные 0,5 мг.	Атрофия слизистой оболочки нижних отделов мочеполового тракта, обусловленная эстрогенной недостаточностью; пред- и послеоперационная терапия у женщин в постменопаузном периоде при оперативных вмешательствах влагалищным доступом; климактерический синдром (приливы и усиление потоотделения в ночное время и другое); бесплодие, вызванное цервикальным фактором; диспареуния, сухость влагалища, зуд, учащенное мочеиспускание, легкая степень недержания мочи.
Группа № 6. Гормональные контрацептивы для системного применения			
Группа № 6.1. Комбинированные оральные контрацептивы (далее – КОК)			
Микродозированные однофазные КОК			

1	Этинилэстрадиол/дроспиренон	Таблетки 20 мкг/3 мг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
2	Этинилэстрадиол/гестоден	Таблетки 20 мкг/75 мкг; 25 мкг/75 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
3	Этинилэстрадиол/дезогестрел	Таблетки 20 мкг/150 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
Низкодозированные однофазные КОК			
1	Этинилэстрадиол/хлормадинона ацетат	Таблетки 30 мкг/200 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
2	Этинилэстрадиол/дроспиренон	Таблетки 30 мкг/300 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
3	Этинилэстрадиол/диеногест	Таблетки 30 мкг/200 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
4	Этинилэстрадиол/дезогестрел	Таблетки 30 мкг/150 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
5	Этинилэстрадиол/левоноргестрел	Таблетки 30 мкг/150 мкг, 30 мкг/125 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
6	Этинилэстрадиол/гестоден	Таблетки 30 мкг/75 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
Среднедозированные однофазные КОК			
1	Этинилэстрадиол/ципротерона ацетат	Таблетки 35 мкг/200 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
2	Этинилэстрадиол/норгестимат	Таблетки 35 мкг/250 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
Высокодозированные однофазные КОК			
1	Этинилэстрадиол/левоноргестрел	Таблетки 50 мкг/250 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
2	Этинилэстрадиол/норэтистерон	Таблетки 50 мкг/1000 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
Двухфазные КОК			
1	Этинилэстрадиол/левоноргестрел	Таблетки 50 мкг/50 мкг, 50 мкг/125 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
2	Эстрадиола валерат/диеногест	Таблетки 3 мг, 2 мг/2 мг, 2 мг/3 мг, 1 мг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
Трехфазные КОК			
1	Этинилэстрадиол/левоноргестрел	Таблетки 30 мкг/50 мкг, 40 мкг/75 мкг, 30 мкг/125 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
2	Этинилэстрадиол/дезогестрел	Таблетки 35 мкг/50 мкг, 30 мкг/100 мкг, 30 мкг/150 мкг. Перорально ежедневно 1 раз в сутки.	С первого или второго дня МЦ по схеме.
Интравагинальные комбинированные контрацептивы			

1	Этинилэстрадиол/Этоногестрел	Кольцо вагинальное 2,7 мг и 11,7 мг на 3 недели (суточная доза – 0,015 мг и 0,12 мг).	Устанавливается в 1 день МЦ на 3 недели с последующим однонедельным перерывом.
Группа № 6.2. Комбинированные гормональные ЛС для МГТ			
1	Эстрадиола валерат/левоноргестрел	Таблетки 2 мг/0,15 мг внутрь.	В циклическом режиме.
2	Эстрадиол валерат/норгестрел	Таблетки 2 мг/0,5 мг внутрь.	В циклическом режиме.
3	Эстрадиола валерат/ципротерона ацетат	Таблетки 2 мг/1 мг внутрь.	В циклическом режиме.
4	Эстрадиол/дидрогестерон	Таблетки 1 мг/5 мг, 2 мг/10 мг, 1 мг/10 мг внутрь.	Монофазный непрерывный режим или в циклическом режиме.
5	Эстрадиол/норэтистерона ацетат	Таблетки 2 мг/1 мг, 1 мг/0,5 мг внутрь.	Монофазный непрерывный режим в постменопаузе женщинам с интактной маткой.
6	Эстрадиол/медроксипрогестерон	Таблетки 2 мг/2,5 мг, 2 мг/5 мг, 2 мг/10 мг, 2 мг/20 мг внутрь.	Монофазный непрерывный режим или в циклическом режиме.
7	Эстрадиол/дроспиренон	Таблетки 1 мг/2 мг внутрь.	Монофазный непрерывный режим.
8	Эстрадиол валерат/прогестерона ацетат	Таблетки 2 мг/20 мг внутрь.	Монофазный непрерывный режим.
Группа № 6.3. Другие гормональные ЛС для МГТ			
1	Тиболон	Таблетки 2,5 мг внутрь.	Непрерывный режим.
Группа № 7. Ингибиторы пролактина			
1	Бромкриптин	Таблетки 2,5 мг внутрь.	Максимальная суточная доза – 30 мг. Курс – 7–10 дней 14 дней. Для лечения синдрома гиперпролактинемии и подавления гиперпродукции пролактина при опухолях гипофиза – доза подбирается индивидуально.
2	Каберголин	Таблетки 500 мкг внутрь. Подавление установившейся лактации: по 1/2 таблетки каждые 12 часов в течение 2 суток. Ингибирование лактации: 2 таблетки однократно в первые сутки после родов.	Для лечения синдрома гиперпролактинемии и подавления гиперпродукции пролактина при опухолях гипофиза – доза подбирается индивидуально.
Группа № 8. Кортикостероиды для системного применения			
1	Метилпреднизолон	Таблетки 4 мг или 8 мг внутрь.	Суточная доза составляет от 4 до 48 мг. Коррекция дозы индивидуально по уровню 17-ОН-прогестерон в крови. Курс – индивидуальный.
2	Преднизолон	Таблетки 5 мг внутрь. Раствор для инъекций в ампулах 30 мг/мл – 1 мл.	
Группа № 8.1. Кортикостероиды для системного применения для профилактики респираторного дистресс-синдрома (далее – РДС) у плода			
1	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл в ампулах по 1 мл и 2 мл. Внутримышечно по 4 мг через 8 часов двое суток, курсовая доза – 24 мг (за двое суток).	Срок проведения профилактики РДС: 26-35 6/7 недель. Оптимальным является вариант, когда между последним введением ЛС и рождением плода проходит более 24 часов. Рождение плода на фоне введения глюкокортикоидов утяжеляет РДС. Повторный курс профилактики РДС возможен через 7 дней при сохранении риска преждевременных родов.

Группа № 9. Средства для индукции родов, прерывания беременности, профилактики и лечения маточного кровотечения

Группа № 9.1 Средства для индукции родов при целом плодном пузыре

1	Мифепристон	Таблетки 200 мг внутрь.	200 мг внутрь однократно или двукратно с перерывом в 24 часа. При недостаточной эффективности в течение 48 часов от первого приема можно продолжить индукцию с помощью простагландинсодержащего геля. Время достижения эффекта составляет в среднем 18 часов (максимально 24–30 часов).
2	Динопростон	Гель 0,5 мг интрацервикально.	Начальную дозу 0,5 мг ввести в цервикальный канал. При отсутствии эффекта (созревание шейки матки или развитие родовой деятельности) через 6 часов ввести повторную дозу. Максимальная суточная доза 1,5 мг. При отсутствии развития родовой деятельности в течение 24 часов от первого введения можно использовать индукцию динопростоном 1 мг интравагинально.
3	Динопростон	Гель 1 мг интравагинально.	Начальную дозу 1 мг следует ввести в задний свод влагалища, через 6 часов можно ввести вторую дозу: 1 мг для усиления уже достигнутого эффекта после первой дозы или 2 мг при полном отсутствии эффекта. Достижимый результат: зрелая шейка матки, начало родовой деятельности. При этих условиях производится амниотомия.
4	Динопростон	Раствор для инъекций 1 мг в 1 мл (0,75 мг в ампуле). Титрование инфузоматом: 0,75 мг на 19 мл 0,9 % раствора натрия хлорида внутривенно со скоростью от 0,3 до 2,4 мл/час. Или внутривенно капельно: 0,75 мг в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида со скоростью от 4 до 32 капель в минуту. Скорость увеличивается вдвое через 30 минут от начала инфузии, затем каждый час.	При раскрытии шейки матки 3–4 см показана амниотомия.
5	Мизопростол	Таблетки 25 мкг внутрь. По 1 таблетке внутрь каждые 2 часа до развития родовой деятельности.	Максимальная суточная доза – 200 мкг.

При отсутствии регулярной родовой деятельности после амниотомии (через 3 часа у первородящих, через 4 часа у повторнородящих) – родовозбуждение (по пунктам 9.2.1, 9.2.2).

Группа № 9.2. Средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции

1	Динопростон	Раствор для инъекций 1 мг в 1 мл (0,75 мг в ампуле). Титрование инфузоматом: 0,75 мг на 19 мл 0,9 % раствора натрия хлорида	Предпочтительно при раскрытии шейки матки менее 5 см. Для родостимуляции скорость введения должна обеспечивать родовую деятельность активной
---	-------------	--	--

		внутривенно со скоростью от 0,3 до 4 мл/час. Или внутривенно капельно: 0,75 мг в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида со скоростью от 4 до 40 капель в минуту. Скорость увеличивается вдвое через 30 минут от начала инфузии, затем каждый час.	фазы родов – 4–4,5 схватки за 10 минут.
2	Окситоцин	Раствор для инъекций 5 МЕ в 1 мл. Титрование инфузوماتом: 5 МЕ (1 мл) на 19 мл 0,9 % раствора натрия хлорида внутривенно со скоростью от 0,3–1 до 6,4 мл/час. Внутривенно капельно: 5 ЕД в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида со скоростью 6–8 капель в минуту (3–4 мМЕ/мин), увеличивая каждые 15 минут на 6–8 капель в минуту, но не более 40 капель в минуту (20 мМЕ/минуту).	Предпочтительно при раскрытии шейки матки более 5 см. Для родостимуляции скорость введения должна обеспечивать родовую деятельность активной фазы родов – 4–4,5 схватки за 10 минут.
3	Мифепристон	Таблетки 200 мг внутрь. 200 мг однократно при преждевременном разрыве плодных оболочек (далее – ПРПО).	При отсутствии эффекта через 6 часов – родовозбуждение (по пунктам 9.2.1, 9.2.2).
При отсутствии регулярной родовой деятельности после амниотомии – родовозбуждение через 3 часа у первородящих, через 4 часа – у повторнородящих (по пунктам 9.2.1, 9.2.2), при ПРПО – через 3 часа при незрелой шейке матки, через 6 часов – при зрелой (по пунктам 9.2.1, 9.2.2) или мифепристомом (по пункту 9.2.3) – сразу.			
Примечание: 1. Предпочтительно введение утеротоников по инфузوماتу для точного контроля скорости инфузии. Введение утеротоников внутривенно капельно может выполняться в исключительных случаях. 2. При возникновении гиперстимуляции в I периоде родов необходимо прекратить введение утеротоника, ввести гексопреналин 2 мл (10 мкг) + натрия хлорид 0,9 % раствор 8 мл внутривенно за 5–10 минут (болюсом – острый токолиз) на высоте схватки с последующим титрованием 4 мл гексопреналина + натрия хлорида 0,9 % 16 мл, начиная с 0,3 мкг/мин (7,2 мл/час), увеличивая каждые 10 минут до прекращения признаков гиперстимуляции.			
Группа № 9.3. Исключена			
Группа № 9.4. Средства для профилактики маточного кровотечения			
1	Окситоцин	Раствор для инъекций 5 МЕ/мл. Титрование по инфузوماتу: 5 МЕ/мл окситоцина на 19 мл 0,9 % раствора натрия хлорида внутривенно, скорость инфузии 6,0–12,0 мл/час. Или внутривенно капельно: 5 ЕД в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида 40 капель в минуту (20 мМЕ/мин). Или внутримышечно 5 ЕД сразу после рождения последа.	Если во время родов проводилась родостимуляция, то введение продолжается на протяжении 30–60 мин после рождения последа.
2	Метилэргометрин	Раствор 0,2 мг в 1 мл внутривенно медленно или внутримышечно.	Сразу после рождения последа в группе риска по кровотечению. Противопоказан при артериальной гипертензии, преэклампсии, заболеваниях сердца.

3	Карбетоцин	Раствор для внутривенных или внутримышечных инъекций 100 мг в 1 мл. 1 мл однократно внутривенно медленно или внутримышечно только после рождения ребенка.	Вводится только однократно в группе риска по кровотечению. Не следует применять ЛС повторно. Во время кесарева сечения вводится сразу после извлечения ребенка.
Группа № 9.5. Средства для лечения маточного кровотечения			
1	Окситоцин	Раствор для инъекций 5 МЕ в 1 мл. Титрование по инфузому 10 МЕ/2 мл на 18 мл 0,9 % раствора натрия хлорида внутривенно, скорость инфузии 12,0–18,0 мл/час. Внутривенно капельно: 10 ЕД в 500 мл 0,9 % раствора натрия хлорида со скоростью 40 капель в минуту (40 мМЕ/мин).	Максимальная суточная доза 40 МЕ.
2	Метилэргометрин	Раствор 0,2 мг в 1 мл внутривенно медленно.	При необходимости – возможно повторное введение 0,2 мг через 15 мин, и затем по 0,2 мг внутривенно или внутримышечно каждые 4 часа. Максимальная доза 1 мг в сутки (5 инъекций). Противопоказан при артериальной гипертензии, преэклампсии, заболеваниях сердца.
3	Карбетоцин	Раствор для внутривенных или внутримышечных инъекций 100 мг в 1 мл.	Вводится однократно внутривенно медленно или внутримышечно (если не использовался ранее).
4	Мизопроустол	Таблетки 200 мкг. Ректально 800–1000 мг однократно (4–5 таблеток).	
Группа № 9.6. Окситоцин и его производные			
1	Демокситоцин	Таблетки по 50 МЕ трансбуккально. Для стимуляции лактации по 25–50 МЕ за 5 мин до кормления ребенка, 2–4 раза в сутки. Для ускорения инволюции матки в послеродовом периоде – по 50 МЕ 2–3 раза в сутки.	Использование для родостимуляции запрещается.
Группа № 10. Гемостатики			
1	Этамзилат	Таблетки 0,25 г внутрь 4 раза в сутки. Раствор 12,5 % – 2–4 мл внутримышечно или внутривенно 2 раза в сутки.	Курс – 5–14 дней.
2	Коагуляционные факторы IX, II, VII и X в комбинации с протеином С и протеином S	Лиофилизированный порошок для приготовления раствора для внутривенного введения по 500 МЕ.	1000–1500 МЕ внутривенно (в зависимости от МНО), но не более 3000 МЕ.
3	Фибриноген в комбинации	Губка (5,5 мг + 2,0 МЕ)/кв. см. в контейнере из фольги (ПЭТФ/ПЭВП).	Местно в виде гемостатической губки на хирургические раневые поверхности.
4	Гемостатические средства для местного применения (железа хлорид гексагидрат/алюминия хлорид гексагидрат)	Раствор для местного применения во флаконах 10 мл. Апликация 10–15 сек. до достижения гемостатического эффекта (можно до 30 секунд).	Марлевую салфетку, увлажненную раствором, прикладывают к кровоточащей поверхности и слегка прижимают.

Группа № 11. Антибактериальные средства для системного применения.			
Группа № 11.1. Полусинтетические пенициллины			
1	Ампициллин	Таблетки 250 мг. Внутри 4 раза в сутки за 0,5–1 часа до еды с небольшим количеством воды. Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 500 мг, 1000 мг. Внутримышечно или внутривенно по 0,5–1 г через 4–6 часов.	Максимальная суточная доза – 3 г в сутки.
2	Амоксициллин	Таблетки 500 мг, 1000 мг. Внутри 3 раза в сутки.	
3	Оксациллин	Таблетки 250 мг, 500 мг внутри. Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 250 мг, 500 мг, 1000 мг во флаконах.	Разовая – 0,25–0,5 г, суточная – 3 г (до 6–8 г при тяжелых инфекциях).
4	Бензилпенициллин	Порошок для приготовления раствора 1 000 000 ЕД во флаконах для внутримышечных инъекций. Средняя суточная доза 1 000 000–5 000 000 ЕД в 4–6 введений.	При беременности применение возможно только в том случае, когда предполагаемая польза превышает риск развития побочных действий. При необходимости применения в период лактации, следует решить вопрос о прекращении грудного вскармливания.
5	Новокаиновая соль бензилпенициллина	Порошок для приготовления суспензии для внутримышечного введения 600 000 ЕД во флаконах.	Применение при беременности возможно только в том случае, когда предполагаемая польза терапии для матери превышает потенциальный риск для плода.
Группа № 11.2. Ингибитор-защищенные полусинтетические пенициллины			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	Таблетки 250 мг/125 мг, 500 мг/125 мг, 875 мг/125 мг внутри. По 500 мг 2 раза в сутки или по 250 мг 3 раза в сутки.	При тяжелом течении – 875 мг 2 раза в сутки или 500 мг 3 раза в сутки. При беременности следует использовать в случае крайней необходимости из-за высокого риска развития некротизирующего энтероколита у новорожденного.
		Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 1000 мг/200 мг и 500 мг/100 мг во флаконах. Внутривенно – 1 г (по амоксициллину) 3 раза в сутки, при необходимости – 4 раза в сутки.	При беременности следует использовать в случае крайней необходимости из-за высокого риска развития некротизирующего энтероколита у новорожденного.
2	Ампициллин/сульбактам	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг/500 мг, 500 мг/250 мг во флаконах. Суточная доза от 1,5 до 12 г в 2–4 введения.	Антибиотик резерва. Внутривенно вводят 5–7 дней, затем, при необходимости продолжения лечения, переходят на внутримышечное применение.
3	Пиперациллин/тазобактам	Порошок для приготовления раствора для внутривенного струйного или капельного введения 2 г/0,25 г, 4 г/0,5 г во флаконах. Средняя суточная доза –	Антибиотик резерва.

		12 г/1,5 г, разделенная на 3–4 приема.	
4	Тикарциллин/клавулановая кислота	Порошок для приготовления раствора для внутривенных инфузий 3,0 г/200 мг во флаконах. По 200–300 мг/кг массы тела 4–6 раз в сутки.	Антибиотик резерва.
Группа № 11.3. Цефалоспорины			
1	Цефуроксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 0,75 г, 1,5 г во флаконах. Средняя доза – по 0,75–1,5 г каждые 8 часов.	
2	Цефаклор	Порошок для приготовления суспензии 250 мг/5 мл для приема внутрь во флаконах 20 г. Средняя доза – по 0,25 г каждые 8 часов. Максимальная суточная доза – 4 г/сутки в 3 приема.	
3	Цефалексин	Капсулы 250 мг, 500 мг. Внутрь по 0,5–1,0 г каждые 6 часов.	
4	Цефоперазон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1 г во флаконах. Максимальная разовая доза для взрослых – 2 г. Максимальная суточная доза – 12 г, разделенная на 2 приема.	
5	Цефоперазон/Сульбактам	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1 г во флаконах. Максимальная суточная доза – 8 г, разделенная на 2 приема.	Антибиотик резерва.
6	Цефотаксим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг и 1 г во флаконах. Максимальная суточная доза 12 г, разделенная на 2 приема.	
7	Цефтазидим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг и 1 г во флаконах. По 1 г каждые 8–12 ч или по 2 г с интервалом 12 ч.	
8	Цефтриаксон	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг и 1 г во флаконах. По 1–2 г 1 раз в сутки или 0,5–1 г 2 раза в сутки.	Максимальная суточная доза – 4 г.
9	Цефиксим	Таблетки 400 мг внутрь. По 1 таблетке 1 раз в сутки.	
10	Цефепим	Порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1 г во флаконах. По 1 г с интервалом 12 часов.	

Группа № 11.4. Макролиды			
1	Азитромицин	Таблетки или капсулы 250 мг, 500 мг внутрь. По 1 г однократно; или 500 мг однократно в 1-е сутки, далее по 250 мг ежедневно 4 дня.	Курсовая доза 1,5–3 г.
		Порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг во флаконах. Внутривенно по 500 мг 1 раз в день в течение 2 и более дней с переходом на пероральный прием 500 мг в день.	
2	Кларитромицин	Таблетки по 250 мг и 500 мг внутрь. По 1 таблетке 2 раза в сутки.	Противопоказан при беременности.
		Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутривенного капельного введения 500 мг во флаконах. Внутривенно капельно по 500 мг 2 раза в сутки в течение 60 минут 2–5 дней с переходом на прием внутрь.	
3	Спирамицин	Таблетки 1,5 млн. МЕ и 3 млн. МЕ внутрь. Суточная доза – 9 млн. МЕ в 2–3 приема, длительность курса: интермиттирующий курс, 2 недели приема – 2 недели перерыв, до родов.	ЛС выбора для медицинской профилактики врожденного токсоплазмоза. Противопоказан при кормлении грудью.
4	Джозамицин	Таблетки 500 мг и 1 г внутрь. Суточная доза 1,5–2 г в 2–3 приема.	ЛС резерва при лечении беременных.
5	Эритромицин	Таблетки 200 мг, 250 мг, 500 мг внутрь. Внутрь по 1–2 г в сутки в 2–4 приема.	Противопоказан в I триместре беременности.
		Порошок для приготовления раствора 100 мг для внутривенного введения. Внутривенно капельно в течение 30–60 минут по 200 мг 3 раза в сутки.	
Группа № 11.5. Производные нитрофурана			
1	Нитрофурантоин	Таблетки 50 мг и 100 мг внутрь. Внутрь по 50–100 мг 4 раза в день.	Противопоказан при беременности и лактации.
Группа № 11.6. Производные имидазола			
1	Метронидазол	Раствор для внутривенных инфузий 5 мг/мл 100 мл или 200 мл. Внутривенно в начальной дозе 0,5–1 г, а затем каждые 8 ч по 500 мг.	Противопоказан в I триместре беременности.
		Таблетки 250 мг внутрь. Внутрь в суточной дозе 1 г, разделенной на 2–4 приема.	
2	Орнидазол	Таблетки 500 мг внутрь. По 500 мг 2 раза в сутки.	Противопоказан в I триместре беременности.
3	Тинидазол	Таблетки 500 мг внутрь. Инфекции, вызванные анаэробными бактериями – в первый день 2 г, а затем 1 г в сутки в 1 или 2 приема.	Противопоказан в I триместре беременности.

		Неспецифический вагинит и трихомониаз – 2 г однократно.	
Группа № 11.7. Аминогликозидные антибиотики			
1	Амикацин	Раствор для внутривенных и внутримышечных инъекций 250 мг/1 мл – 2 мл или 4 мл. Суточная доза – 15 мг/кг в 1 введение.	Противопоказан при беременности. Максимальная суточная доза – 1,5 г.
2	Гентамицин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 40 мг/мл – 2 мл. Суточная доза – 3 мг/кг, разделенная на 2 приема или однократно.	При беременности назначают по жизненным показаниям. Максимальная суточная доза – 5 мг/кг. Внутривенно инъекции проводят в течение 2–3 дней, затем переходят на внутримышечное введение.
3	Канамицин	Порошок для приготовления раствора для внутримышечного введения 0,5 г и 1,0 г. Суточная дозировка – 15 мг/кг, разделенная на 2 приема.	Противопоказан при беременности. Максимальная суточная доза – 1,5 г.
4	Спектиномицин	Порошок для приготовления раствора для внутримышечного введения 2 г. Вводят внутримышечно (глубоко) 2 г однократно, в отдельных случаях – 4 г в виде 2 инъекций (в разные места).	Противопоказан при беременности. При диссеминированной инфекции проводят курсовое лечение, при этом величину вводимой дозы и продолжительность лечения устанавливают индивидуально.
Группа № 11.8. Линкозамиды			
1	Клиндамицин	Капсулы 150 мг и 300 мг внутрь. Внутрь 150–450 мг каждые 6–8 часов.	Противопоказан в 1 триместре беременности и лактации. Во 2–3 триместрах применение возможно только в том случае, когда предполагаемая польза превышает риск развития побочных действий.
		Раствор для инъекций 150 мг/мл 2 мл. По 0,3–0,9 г каждые 8 часов.	
Группа № 11.9. Тетрациклины			
1	Доксициклин	Таблетки или капсулы по 100 мг внутрь. Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенных инфузий 100 мг во флаконах. В первый день 200 мг в 1 или 2 приема, со второго дня по 100 мг 1 раз в день внутрь или внутривенно медленно. Парентеральное введение только, когда прием внутрь затруднен или плохо переносится пациентом.	Противопоказан при беременности и в период кормления грудью. Курс 7–10 дней.
Группа № 11.10. Производные хинолона			
1	Норфлоксацин	Таблетки 200 мг и 400 мг внутрь. По 400 мг 2 раза в сутки.	Противопоказан при беременности и в период кормления грудью. При остром неосложненном цистите 3 дня.
2	Офлоксацин	Таблетки или капсулы 200 мг внутрь. Раствор для инфузий 2 мг/мл	Противопоказан при беременности.

		100 мл. По 200–400 мг 2 раза в сутки.	
3	Ципрофлоксацин	Таблетки 250 мг, 500 мг внутри. По 500–750 мг 2 раза в сутки.	Противопоказан при беременности. При остром неосложненном цистите – 3 дня.
		Раствор для внутривенных капельных инфузий 0,8 мг/мл – 250 мл. Раствор для внутривенных капельных инфузий 2,0 мг/мл – 100 мл. По 200–400 мг 2 раза в сутки.	Противопоказан при беременности. Продолжительность инфузии составляет 30–60 минут.
4	Левифлоксацин	Таблетки 250 мг, 500 мг, 750 мг внутри. По 250–500 мг внутри 1–2 раза в сутки.	Противопоказан при беременности.
		Раствор для внутривенных капельных инфузий 5 мг/мл – 100 мл. По 500 мг 1–2 раза в сутки.	
Группа № 11.11. Прочие β-лактамы антибиотики (антибиотики резерва)			
1	Эртапенем	Порошок для приготовления раствора для внутривенных инфузий или внутримышечного введения 1 г. Средняя суточная доза – 1 г, кратность введения – 1 раз в сутки.	При внутривенном введении длительность инфузии должна составлять 30 мин.
2	Меропенем	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 500 мг и 1000 мг. По 500–2000 мг 3 раза в сутки.	Режим дозирования индивидуальный
3	Дорипенем	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 500 мг. По 500 мг каждые 8 часов,	Время инфузии 1 или 4 часа.
4	Имипенем/Циластатин	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 250 мг/250 мг. Внутривенно по 500–1000 мг каждые 6–8 часов (не более 4 г в сутки). Внутримышечно по 500– 750 мг каждые 12 часов.	
Группа № 11.12. Прочие антибактериальные средства			
1	Фосфомицина трометамол	Гранулы для приготовления раствора для приема внутри 3 г. Внутри 3 г однократно, предварительно опорожнив мочевой пузырь.	ЛС выбора при бессимптомной бактериурии. В послеродовом периоде на период лечения – прекратить грудное вскармливание.
Группа № 12. Антибиотикопрофилактика при оперативном вмешательстве			
1	Амоксициллин/клавулановая кислота	1,2 г внутривенно.	С целью периперационной антибиотикопрофилактики ЛС вводится внутривенно за 30– 60 минут до разреза кожи. В исключительных случаях допустимо введение в начале операции, если она выполняется ургентно, и ввести ЛС до ее начала невозможно (острая гипоксия в родах, массивное кровотечение, эктопическая нарушенная беременность).

2	Ампициллин/сульбактам	3 г внутривенно.	
3	Цефазолин	2 г внутривенно – при массе тела менее 120 кг. 3 г внутривенно – при массе тела более 120 кг.	
4	Клиндамицин + гентамицин	900 мг внутривенно. 5 мг/кг внутривенно.	Противопоказаны при беременности. Используются при аллергии на β-лактамы антибиотики. С целью периперационной антибиотикопрофилактики ЛС вводится внутривенно за 30–60 минут до разреза кожи.
5	Клиндамицин + Ципрофлоксацин	900 мг внутривенно. 400 мг внутривенно.	
Группа № 13. Противогрибковые средства			
1	Натамицин	Таблетки 100 мг внутрь 4 раза в сутки. Курс 7–20 дней.	Разрешен во время беременности и в период лактации.
		Суппозитории вагинальные 100 мг по 1 суппозиторию на ночь 3–6 дней.	
2	Миконазол	Вагинальные суппозитории 100 мг. По 1 суппозиторию 1–2 раза в сутки, на курс 1400 мг. Гель 20 мг/г. Крем для наружного применения 20 мг/г	Противопоказан в I триместре беременности.
3	Клотримазол	Вагинальные таблетки 100 мг. По 1 таблетке 1 раз на ночь 6 дней. Крем для наружного применения 10 мг/г. Раствор для наружного применения 10 мг/мл 25 мл.	Противопоказан в I триместре беременности.
4	Бутоконазол	Вагинальный крем 2 % 5 г в шприц-аппликаторе однократно.	Противопоказан в I триместре беременности.
5	Сертаконазол	Суппозиторий вагинальный 300 мг однократно.	Противопоказан при беременности и лактации.
6	Фентиконазол	Капсулы вагинальные 200 мг. По 1 капсуле 1 раз в сутки.	Противопоказан в I триместре беременности. Курс 3 дня, может быть продлен до 6 дней.
7	Эконазол	Вагинальные суппозитории 150 мг. По 1 суппозитории 1 раз в сутки.	Противопоказан в I триместре беременности. Курс 3 дня.
8	Кетоконазол	Вагинальные суппозитории 200 мг. По 1 суппозитории на ночь.	Противопоказан в I триместре беременности. Курс 3–5 дней.
9	Флуконазол	Капсулы 50 мг и 150 мг внутрь. Раствор 2 мг/мл в бутылках 100 мл для внутривенных инфузий со скоростью не более 10 мл/мин.	Противопоказан при беременности и лактации. При неосложненном вульвовагинальном кандидозе однократно 150 мг. При рецидивирующем кандидозе по 150 мг 3 дня с интервалом 72 часа (1, 4 и 7 дни), далее по 150 мг 1 раз в неделю в виде поддерживающей дозы до 6 месяцев.
10	Итраконазол	Капсулы 100 мг внутрь. По 2 капсулы 1 раз в сутки 3 дня или по 2 капсулы 2 раза в сутки 1 день.	Противопоказан при беременности и лактации.

		Раствор для приема внутрь 10 мг/мл 150 мл	
11	Оксиконазол	Крем 1 % и 5 % 1–2 раза в сутки.	Не рекомендуется использовать при беременности и грудном вскармливании.
12	Тербинафин	Таблетка 125 мг, 250 мг внутри. Раствор для наружного применения 10 мг/мл 25 мл. Гель или крем для наружного применения 10 мг/г.	Противопоказан при лактации. По 1 таблетке в день 2–4 недели. Крем и спрей наружно на пораженные участки 1–2 раза в сутки в течение 1–2 недель.
Группа № 14. Антивирусные средства прямого действия			
1	Ацикловир	Порошок лиофилизированный (порошок) для приготовления раствора для инфузий 250 мг, 500 мг, 1000 мг. Таблетки и капсулы 200 мг и 400 мг внутри. По 200 мг 5 раз в сутки. Курс – 5–10 дней. Супрессивная терапия: по 400 мг внутрь 2 раза в сутки под контролем эффективности.	Возможно применение у беременных по показаниям после 32 недель курсами 5–10 дней или в варианте супрессивной терапии с 36 недель беременности до родов.
		Мазь для наружного применения 25 мг/г и 50 мг/г.	Для кожных поражений, возможно использование в любом сроке беременности.
2	Валацикловир	Таблетки 500 мг внутри. По 1 таблетке 2 раза в сутки. Курс – 5–10 дней. Супрессивная терапия по 500 мг внутрь 1 раз в сутки под контролем эффективности.	Возможно применение у беременных по показаниям после 32 недель курсами или в варианте супрессивной терапии с 36 недель беременности до родов.
3	Ганцикловир	Лиофилизированный порошок для приготовления раствора для внутривенного введения во флаконах по 500 мг. Внутривенно 2 раза в сутки медленно, на протяжении одного часа в дозе 5 мг/кг.	Продолжительность терапии – 2–3 недели.
4	Фамцикловир	Таблетки 125 мг, 250 мг. По 500 мг внутрь 3 раза в сутки.	Противопоказан во время беременности и лактации. Курс – 7 дней.
5	Осельтамивир	Капсулы 75 мг. Внутри по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение 5 дней.	При гриппе у беременных.
Группа № 15. Антисептические и противомикробные средства для применения в гинекологии			
1	Молочная кислота	100 мг по 1 вагинальному суппозиторию 1 раз на ночь.	Курс 10 дней. С осторожностью при беременности.
2	Повидон-йод	Мазь для наружного применения 10 мг/г. Суппозитории вагинальные 200 мг.	Противопоказан во втором и третьем триместрах беременности.
3	Хлоргексидина биглюконат	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл Суппозитории вагинальные 16 мг. По 1 суппозиторию 2 раза в день.	Курс 7–10 дней. Не рекомендуется применение с препаратами йода.
4	Бутоконазол	1 аппликатор (5 г) однократно вводят во влагалище в любое время суток.	Однократно.

5	Изоконазол	Суппозитории вагинальные 600 мг 1 раз в день.	Курс 1–3 дня.
6	Клотримазол	Таблетки вагинальные 100 мг. Ежедневно по 1 вагинальной таблетке 100 мг в течение 6 дней.	Противопоказан в первом триместре беременности и при вскрывшихся плодных оболочках.
		Крем для наружного применения 10 мг/г. Раствор для наружного применения 10 мг/мл 25 мл. Курс лечения – 6 дней.	
7	Фентиконазол	Крем 2 % (приблизительно 5 г) вводят глубоко во влагалище 1 раз в сутки, вечером или при необходимости – 2 раза в сутки (утром и вечером).	Лечение проводят до полного клинического выздоровления (обычно 3–6 дней). Повторный курс – через 10 дней.
8	Метронидазол + Миконазола нитрат	500 мг + 100 мг. По 1 вагинальному суппозиторию 2 раза в сутки.	Курс 7–14 дней. Противопоказан в первом триместре беременности.
9	Тернидазол + Неомицина сульфат + Нистатин + Преднизолона метасульфобензоат натрия	Тернидазол 200 мг + неомицина сульфат 100 мг (65 000 МЕ) + нистатин 100 000 МЕ + преднизолона метасульфобензоат натрия 4,7 мг. По 1 вагинальной таблетке 1 раз в сутки на ночь.	Курс 6–10 дней. Противопоказан в I триместре беременности.
10	Неомицина сульфат + Полимиксина сульфат + Нистатин	Неомицина сульфат 35 000 МЕ + полимиксина сульфат 35 000 МЕ + нистатин 100 000 МЕ. По 1 влагалищной капсуле 1 раз в сутки.	Курс 6–12 дней. Противопоказан в I триместре беременности.
Группа № 16. Антисептические и дезинфицирующие средства			
1	Гидроксиметилхиноксалиндиоксид	Раствор 10 мг/мл – 5 мл.	Местно.
2	Хлорамфеникол/метилурацил	Мазь для наружного применения (7,5 мг + 40 мг)/1 г.	Местно.
3	Биен/диоксидин	Мазь для наружного применения.	Местно.
4	Перекись водорода	Раствор для наружного применения 30 мг/мл (3 %).	Местно.
5	Перманганат калия	Порошок для приготовления раствора для местного и наружного применения 5 г.	Местно.
6	Повидон-йод	Раствор для наружного применения 5 мг/мл Мазь для наружного применения 10 мг/г	Местно.
7	Хлоргексидин	Раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл.	Местно.
8	Декспантенол/Хлоргексидин	Крем (50 мг + 5 мг)/г	Наносится на пораженные участки 3 раза в сутки.
Группа № 17. Инфузионная терапия			
Группа № 17.1 Растворы для внутривенного введения			
1	Рингер-Локка, 0,9 % раствор натрия хлорида		
Группа № 17.2. Растворы для внутривенного введения			
1	Сбалансированные кристаллоидные растворы: Ацесоль, Трисоль, Лактосоль, Рингер-Локка, 0,9 % раствор натрия хлорида		
2	Коллоидные растворы на основе желатина		
Группа № 17.3 Растворы для внутривенного введения			
1	Сбалансированные кристаллоидные растворы: Ацесоль, Трисоль, Лактосоль, Рингер-Локка, 0,9 % раствор натрия хлорида		
2	Коллоидные растворы на основе желатина		

3	Альбумин 10 %, 20 % растворы		
Группа № 18. Препараты крови, ее компоненты			
1	Альбумин 10 %, 20 % растворы		По медицинским показаниям.
2	Компоненты плазмы крови		
3	Тромбоцитные компоненты крови		
4	Эритроцитные компоненты крови		
5	Криопреципитат или человеческий фибриноген		
6	Препараты антитромбина III		
7	Коагуляционные факторы IX, II, VII и X в комбинации		
Группа № 19. Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных			
1	Далтепарин натрия	Раствор для подкожных инъекций 2500 МЕ/0,2 мл, 5000 МЕ/0,2 мл, 10 000 МЕ/1 мл.	Назначаются в зависимости от степени тромботического риска, массы тела и цели – лечебные или профилактические дозы. Отменяются за 12 часов до родоразрешения/операции, назначение в послеродовом/послеоперационном периоде через 6–12 часов.
2	Эноксапарин натрия	Раствор для подкожных инъекций 2000 анти-Ха МЕ/0,2 мл, 4000 анти-Ха МЕ/0,4 мл, 6000 анти-Ха МЕ/0,6 мл, 8000 анти-Ха МЕ/0,8 мл.	
3	Надропарин кальция	Раствор для подкожного введения 9500 МЕ анти-Ха/мл в шприцах 0,3 мл (2850 МЕ Анти-Ха), 0,4 мл (3800 МЕ Анти-Ха), 0,6 мл (5700 МЕ Анти-Ха) и 0,8 мл (7600 МЕ Анти-Ха), 0,6 мл (11 400 МЕ анти-Ха)	
4	Бемипарин натрия	Раствор для подкожных инъекций 2500 МЕ анти-FXA/0,2 мл, 3500 МЕ анти-FXA/0,2 мл.	
5	Гепарин натрия	Раствор для внутривенного и подкожного введения 5000 ЕД/мл во флаконах 5 мл.	
Группа № 20. Антагонисты витамина К			
1	Варфарин	Таблетки 1 мг, 2,5 мг, 5 мг внутрь.	Противопоказан при беременности. Доза подбирается индивидуально под контролем МНО, которое должно находиться в пределах 2,5–3,5 (ПТИ – 40–50 %).
Группа № 21. Противоанемические средства			
1	Железа сульфат/Аскорбиновая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, 320 мг/60 мг. Внутрь по 1 таблетке 1–2 раза в сутки.	Курс лечения 4–5 недель. Поддерживающая терапия 1–3 месяца после нормализации гемоглобина в общем анализе крови. Применение до родов и в период лактации по показаниям.
2	Трехвалентного железа полимальтозный комплекс	Таблетки жевательные 100 мг. Раствор для внутримышечного введения 50 мг/мл 2 мл. Внутрь по 1 таблетке 2–3 раза в сутки. При беременности – по 1 таблетке (100 мг железа) в сутки.	При клинически выраженном дефиците железа до достижения нормального уровня гемоглобина в крови. После этого прием в течение нескольких месяцев для восстановления резерва железа (по 1 таблетке 1 раз в сутки).
3	Железа карбоксимальтозат	Раствор 50 мг/мл во флаконах по 2 мл или 10 мл для	Лечение дефицита железа у пациентов, которым пероральные

		внутривенного струйного или капельного введения. Максимальная допустимая разовая доза не должна превышать 1000 мг железа (20 мл) в сутки или 20 мг железа (0,4 мл) на 1 кг массы тела, не чаще 1 раза в неделю.	ЛС противопоказаны, недостаточно эффективны или неэффективны.
4	Железа фумарат	Капсулы, содержащие 152,10 мг фумарата железа (соответствует 50 мг элементарного железа) и 0,5 мг фолиевой кислоты. По 1–2 капсулы в сутки внутрь.	Профилактика и лечение дефицита железа у беременных.
5	Железа глюконат	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 35 мг. По 2 таблетки 3 раза в день внутрь.	
6	Железа (II) глюконат, марганца глюконат, меди глюконат	Раствор 50 мг железа в ампулах по 10 мл для приема внутрь. Внутрь по 2–4 ампулы в сутки.	Профилактика в период беременности: 1 ампула в сутки с 16 недель. Средняя длительность приема 3–6 месяцев.
7	Эритропоэтин	Раствор для внутривенного и подкожного введения во флаконах по 1 мл, доза эритропоэтина в соответствии с инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем), кратность введения и длительность применения на основании заключения врачебного консилиума.	Стимуляция эритропоэза при лечении дефицита железа у пациентов.
Группа № 22. ЛС для дезагрегантной терапии			
1	Ацетилсалициловая кислота	Таблетки 75 мг, 150 мг внутрь. По 75 мг внутрь в сутки.	Во время беременности – с 12 до 36 недель.
2	Пентоксифиллин	Таблетки 100 мг внутрь. По 100–200 мг в 2–3 приема в сутки внутрь.	Курс лечения 2–3 недели. Дозы и схема лечения устанавливаются индивидуально. Применение возможно, если предполагаемая польза превышает риск развития побочных действий.
3	Дипиридамол	Таблетки 25 мг внутрь. По 2–3 таблетки в сутки внутрь.	
Группа № 23. Антигипертензивные средства			
Группа № 23.1. Средства центрального действия, уменьшающие стимулирующее влияние адренергической иннервации			
1	Клонидин	Раствор для инъекций 0,1 мг/мл 1 мл.	
2	Метилдопа	Таблетки 250 мг. Внутрь по 500–2000 мг в сутки в 2–4 приема.	ЛС выбора при необходимости длительного лечения. Максимальная суточная доза – 2000 мг.
Группа № 23.2. Периферические антиадренергические препараты			
1	Урапидил	Раствор для инъекций 5 мг/мл – 5 мл. Внутривенно медленно 10–50 мг под контролем АД, поддерживающая доза инфузоматом 9 мг/ч.	Назначение по жизненным показаниям. Клинические данные по применению в I–II триместрах беременности отсутствуют, данные о применении в III триместре ограничены. Во время лечения грудное

			вскармливание следует прекратить.
Группа № 23.3. Препараты, действующие непосредственно на гладкую мускулатуру артериол			
1	Нитропруссид натрия	Порошок для приготовления раствора для инфузий 30 мг. Внутривенно капельно в 250 мл 5 % раствора глюкозы с 0,3 мкг/кг/мин.	Во время лечения грудное вскармливание следует прекратить.
Группа № 23.4. α 1-адреноблокаторы			
1	Доксазозин	Таблетки 4 мг. Внутрь по 1–4 мг в сутки в 1–2 приема.	При резистентной артериальной гипертензии. При лактации противопоказан.
Группа № 23.5. β -адреноблокаторы			
1	Метопролол	Таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг. Внутрь 25–75 мг в сутки в 2–3 приема.	Максимальная суточная доза – 100 мг. Отмена за 48–72 часа до родов.
2	Небивалол гидрохлорид	Таблетки 5 мг. Внутрь до 5 мг в сутки в 1–2 приема.	
3	Бисопролол	Таблетки и капсулы 2,5 мг, 5 мг, 10 мг. Внутрь 2,5–5 мг в сутки в 1–2 приема.	
4	Бетаксолол	Таблетки 20 мг. Внутрь по 5–10 мг в сутки в 1–2 приема.	Применение во время беременности возможно, если риск, связанный с заболеванием, превышает потенциальный риск для плода.
Группа № 23.6. Селективные блокаторы кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды			
1	Нифедипин	Таблетки пролонгированного действия 20 мг, 30 мг. Внутрь по 30–60 мг в сутки в 1–2 приема.	Максимальная суточная доза – 60 мг. Назначение требует оценки соотношения риск/польза и может производиться при отсутствии альтернативы либо неэффективности.
2	Амлодипин	Таблетки 5 мг, 10 мг внутрь. Внутрь по 2,5–10 мг в сутки в 1–2 приема.	Максимальная суточная доза – 10 мг. Рекомендуется применять при отсутствии эффективной альтернативы, когда риск, связанный с заболеванием, превышает риск для матери и плода.
Группа № 24. Противосудорожные средства			
1	Сульфат магния	Раствор для внутривенных инъекций 25 % – 5 мл (250 мг в 1 мл). Внутривенно болюсно 4–6 г, затем инфузия 2–4 г/ч.	ЛС выбора профилактики судорожного синдрома.
2	Диазепам	Раствор для внутривенного и внутримышечного 5 мг/мл в ампулах 2 мл. По 10–20 мг внутривенно или внутримышечно.	ЛС выбора для купирования судорог.
3	Мидазолам	Раствор для внутривенного, внутримышечного и ректального введения 5 мг/мл 1 мл и 3 мл в ампулах. По 5–10 мг внутривенно или внутримышечно.	
4	Тиопентал натрия	Порошок для приготовления раствора для внутривенного введения 0,5 г или 1,0 г. 5–6 мг/кг внутривенно.	
Группа № 25. ЛС для токолиза			
1	Гексопреналин	Раствор для внутривенных инъекций 5 мкг/мл – 2 мл.	Токолиз в сроке 24–33 6/7 недель. Суточная доза – до 430 мкг.

		<p>Острый токолиз: ввести 2 мл (10 мкг) в 8 мл 0,9 % раствора натрия хлорида внутривенно медленно за 5–10 мин (болюсом – острый токолиз). Массивный токолиз: последующее титрование инфузоматом 10 мл гексопреналина (50 мкг) + 10 мл 0,9 % натрия хлорида, начиная с 7,2 мл/ч (0,3 мкг/мин), увеличивая вдвое каждые 10 мин до прекращения родовой деятельности. Для внутривенного капельного введения: 10 мл (50 мкг) разводят в 500 мл 0,9 % раствора хлорида натрия – начиная с 60 капель в минуту (соответствуют 0,3 мкг/мин). Длительный токолиз: титрование инфузоматом 10 мл гексопреналина (50 мкг) + 10 мл 0,9 % натрия хлорида, со скоростью 1,8 мл/ч (0,075 мкг/мин). Для внутривенного капельного введения: 10 мл (50 мкг) разводят в 500 мл 0,9 % раствора хлорида натрия и вводят со скоростью 15 капель в минуту (соответствуют 0,075 мкг/мин).</p>	<p>Длительный токолиз используется только на время транспортировки или проведения профилактики РДС плода. На время токолиза: верапамил 40 мг внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки.</p>
2	Атозибан	<p>Концентрат для приготовления раствора для инфузий 7,5 мг/мл во флаконах 0,9 мл (6,75 мг). Концентрат для приготовления раствора для инфузий 7,5 мг/мл во флаконах 5 мл (37,5 мг). Вводится внутривенно в 3 этапа: 1 этап – в течение 1 минуты вводится I фл. – 0,9 мл (6,75 мг) без разведения; 2 этап – сразу после этого в течение 3 часа проводится нагрузочная инфузия 24 мл/ч (300 мкг/мин, доза атозибана – 18 мг/ч); 3 этап – продолжительная (до 45 ч) инфузия 8 мл/ч (100 мкг/мин, доза атозибана – 6 мг/ч). Для приготовления и введения раствора следует соблюдать пропорцию атозибан:растворитель – 1:9 для получения концентрации 75 мг/100 мл. По инфузомату (шприц на 50 мл): 5 мл атозибана + 45 мл 0,9 % раствора натрия хлорида.</p>	<p>Токолиз в сроке 24-33 6/7 недели (регулярные схватки 4 и более за 30 минут, раскрытие шейки матки до 3 см). Общая продолжительность лечения не должна превышать 48 ч. Максимальная доза на весь курс не должна превышать 330 мг. В случае необходимости возможно повторное применение ЛС до 3 циклов по той же схеме.</p>

3	Нифедипин	Таблетки 10 мг, 20 мг, 30 мг, 40 мг, 60 мг внутрь. По 10–20 мг внутрь каждые 6–8 часов. При выраженной клинике угрожающих преждевременных родов назначают сублингвально 3 дозы по 10 мг нифедипина с интервалом в 20 минут, после чего переходят к приему внутрь каждые 6–8 ч.	Токолиз в сроке до 33 6/7 недель. Максимальная суточная доза 60 мг.
4	Индометацин	Суппозитории ректальные 50 мг, 100 мг. Таблетки 25 мг и 75 мг внутрь. Начальная доза 100 мг ректально или 50 мг внутрь. Затем внутрь по 25 мг через 4–8 часов или свечи по 50 мг ректально 2 раза в сутки.	Токолиз в сроке 24-31 6/7 недель. Курсовая доза 1000 мг.
5	Сульфат магния	Раствор для внутривенных инъекций 25 % – 5 мл (250 мг в 1 мл). Внутривенно болюсно 4–6 г (16–24 мл раствора), затем инфузия 2 г/ч (8 мл/ч), увеличивая до купирования схваток, но не более 4 г/ч (16 мл/ч). При достижении необходимого эффекта продолжать токолиз в течение 12–24 часов со скоростью инфузии 5 г/ч (1,25 мл/ч).	Используется при токолизе как нейропротектор у плода. Назначается в сроке 24-31 6/7 недель.

Примечание:

1. Предпочтительно введение токолитиков инфузوماتом для точного контроля скорости инфузии. Введение токолитиков внутривенно капельно может выполняться в исключительных случаях.
2. Введение атозибана может выполняться только инфузوماتом в шприце на 50 мл для соблюдения точной пропорции вводимого инфузионного раствора.

Группа № 26. Спазмолитики

1	Дротаверина гидрохлорид	Таблетки 40 мг и 80 мг внутрь. Внутрь по 40 мг 3 раза в сутки.	Курс назначается индивидуально.
		Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 20 мг/мл 2 мл. Внутримышечно по 2–4 мл 2 раза в сутки.	
2	Папаверина гидрохлорид	Раствор для внутримышечного введения 2 % – 2 мл. Внутримышечно по 2–4 мл 1–2 раза в сутки.	Курс назначается индивидуально.
		Суппозитории ректальные 0,02 г. По 1 свече 1–2 раза в сутки.	Курс назначается индивидуально.

Группа № 27. Средства, снижающие проницаемость капилляров (ангиопротекторы)

1	Диосмин	Таблетки по 450 и 600 мг внутрь. По 1 таблетке 1–2 раза в сутки.	При беременности применение возможно во 2–3 триместрах, курс от 1 до нескольких месяцев.
2	Диосмин + Гесперидин	Таблетки 450 мг + 50 мг внутрь. По 1 таблетке 2 раза в сутки.	Курс лечения 2 месяца.
3	Троксерутин	Капсулы 200 мг и 300 мг внутрь. По 1 капсуле 2 раза в сутки.	Курс лечения 2–4 недели.

		Гидрофильный гель 2 %. Наносится 2 раза в сутки.	
Группа № 28. ЛС, улучшающие кровоток в тканях			
1	Пентоксифиллин	Таблетки 100 мг внутрь. Внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки.	Курс – 10–14 дней. При беременности применение возможно только в том случае, когда предполагаемая польза превышает риск развития побочных эффектов.
		Раствор для инфузий 0,8 мг/мл – 100 мл, 2 мг/мл – 100 мл. Раствор для инъекций 20 мг/мл – 5 мл. Внутривенно капельно 1–2 раза в сутки.	Курс – 3–5 дней. При беременности применение возможно только в том случае, когда предполагаемая польза превышает риск развития побочных эффектов.
2	Дипиридабол	Таблетки 25 мг внутрь. По 1 таблетке внутрь 3 раза в сутки.	При беременности применение возможно только в том случае, когда предполагаемая польза превышает риск развития побочных эффектов.
3	Пирацетам	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 200 мг/мл 5 мл. Раствор для инфузий 120 мг/мл 100 мл и 250 мл. По 10 мл внутривенно медленно или капельно на физиологическом растворе.	Курс назначается индивидуально.
Группа № 29. Нестероидные противовоспалительные средства (далее – НПВС)			
Группа № 29.1. НПВС в акушерстве			
1	Индометацин	Таблетки 25 мг и 75 мг внутрь 2 раза в сутки. Суппозитории ректальные 50 мг, 100 мг 2 раза в сутки.	Противопоказан в первом и третьем триместре беременности.
2	Парацетамол	Таблетки 200 мг, 500 мг внутрь до 4 раз в сутки. Суппозитории ректальные 50 мг, 80 мг, 100 мг, 125 мг, 150 мг, 250 мг, 300 мг 2–4 раза в сутки.	
Группа № 29.2. НПВС в гинекологии			
1	Ацеклофенак	Таблетки и капсулы 100 мг внутрь. По 100 мг 2 раза в сутки.	Курс назначается индивидуально.
2	Диклофенак	Таблетки 25 мг, 50 мг и 100 мг внутрь. Раствор для внутримышечного введения (для инъекций) 25 мг/мл – 3 мл. Суппозитории ректальные 50, 100 мг. Назначается 1–2 раза в сутки.	Курс назначается индивидуально.
3	Ибупрофен	Таблетки 200 мг и 400 мг внутрь, по 1–2 таблетки 2–4 раза в сутки. Суппозитории ректальные 60 мг, ректально 2 раза в сутки	Курс назначается индивидуально.
4	Индометацин	Таблетки 25 мг и 75 мг внутрь. Свечи ректальные 50 мг и 100 мг. Назначается 2 раза в сутки.	Курс назначается индивидуально.

5	Этодолак	Таблетки 400 мг внутрь. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки.	Курс назначается индивидуально.
6	Мелоксикам	Таблетки 7,5 мг, 15 мг внутрь. Раствор для внутримышечного введения 15 мг/мл в ампулах 1,5 мл. Назначается 1 раз в сутки.	Курс назначается индивидуально. Максимальная суточная доза 15 мг.
Группа № 30. ЛС для лечения геморроя			
1	Гепарин	Мазь для наружного применения 25 мг.	Местное лечение геморроя.
2	Гроксевазин	Гель для наружного применения 40 г.	Местное лечение геморроя.
3	Антигены клеточных стенок <i>Escherichia coli</i> и продукты ее метаболизма	Суппозитории ректальные. Мазь для наружного применения 25 мг. По 1 свече 1–2 раза в сутки.	Местное лечение геморроя.
4	Масло печени акулы, фенилэфрина гидрохлорид	Суппозитории ректальные. Мазь для наружного применения 28,4 мг. По 1 свече 1–2 раза в сутки.	Местное лечение геморроя.
Группа № 31. Аналгетики и анестетики			
Группа № 31.1. Аналгетики			
1	Кеторолак	Таблетки 10 мг. Ампулы 1 мл (30 мг), внутривенно, внутримышечно.	По показаниям.
2	Парацетамол	Таблетки 0,5 г внутрь, максимальная разовая доза 1,5 г, максимальная суточная доза 3–4 г.	
3	Метамизол натрия, пифенона гидрохлорид, фенпивериния бромид	Табл. 500 мг внутрь. Раствор для внутривенных, внутримышечных инъекций 500 мг/мл в ампулах по 5 мл.	
4	Метамизол натрия	Таблетки 500 мг. Раствор 50 % – 1 мл внутривенно по 1–2 мл при необходимости повторно с интервалом 4–6 часов.	
5	Тримеперидина гидрохлорид	Раствор для инъекций 2 % – 1 мл.	
Группа № 31.2. Средства для местной анестезии			
1	Лидокаин	Спрей для местного применения 10 % 38 г	Местно, наружно. Доза зависит от площади анестезируемой поверхности.
		Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 5 мл, 20 мг/мл 2 мл.	Инфильтрационная анестезия при ушивании промежности; для пудендальной анестезии.
Группа № 31.3. Регионарная аналгезия родов с использованием методов спинальной, комбинированной спинально-эпидуральной, эпидуральной аналгезии.			ЛС, дозы и технику аналгезии/анестезии выбирает и использует врач анестезиолог-реаниматолог.
Группа № 31.4. Обезболивание при оперативных вмешательствах в акушерстве и гинекологии с использованием методов спинальной, комбинированной спинально-эпидуральной, эпидуральной, тотальной внутривенной анестезии с (без) искусственной вентиляции(ей) легких.			
Группа № 32. Иммуноглобулины			
1	Иммуноглобулин человека нормальный	Раствор для внутримышечного введения 1,5 мл. Раствор для инъекций 165 мг/мл 10 мл, 20 мл. По 0,4–0,8 г/кг массы тела внутривенно капельно.	Доза и курс лечения – индивидуально.

2	Интерферон альфа-2b	Суппозитории 150 000 МЕ, 250 000 МЕ, 500 000 МЕ, 1 000 000 МЕ, 3 000 000 МЕ, для вагинального и ректального введения.	Курс – 10 дней, повторные курсы по показаниям. Противопоказан в I триместре беременности.
Группа № 33. Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации			
1	Иммуноглобулин человека антирезус Rho[D]	Раствор для внутримышечного введения 1 мл, 2 мл.	<p>Специфическая медицинская профилактика резус-сенсibilизации проводится всем резус-отрицательным несенсибилизированным (без титра антител) женщинам путем внутримышечного введения антирезус Rho [D] иммуноглобулина человека: при нормально протекающей беременности всем женщинам с резус-отрицательной принадлежностью крови на 28–32 неделе беременности показано введение антирезус Rho [D] иммуноглобулина человека в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ); после родоразрешения резус-положительным новорожденным не позднее 72 часов после родов показано введение антирезус Rho [D] иммуноглобулина человека в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ). Если постнатальная профилактика не проведена в пределах 72 часов, допускается введение лекарственного средства в течение 10 дней после родоразрешения; при прерывании беременности (медикаментозные, искусственные аборты и самопроизвольные выкидыши) показано введение антирезус Rho [D] иммуноглобулина человека в дозе 750 МЕ (не менее 625 МЕ) в сроке с 5 до 12 недель, и в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ) в сроке после 12 недель; при эктопической беременности любой локализации, угрозе прерывания беременности в сроках более 12 недель, сопровождающейся кровянистыми выделениями, показано введение иммуноглобулина антирезус Rho [D] человека в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ). При сохраняющихся кровянистых выделениях рекомендуется введение лекарственного средства в такой же дозе каждые 6 недель; при любых инвазивных вмешательствах показано введение антирезус Rho [D] иммуноглобулина человека в дозе 1500 МЕ (не менее 1250 МЕ) в случае, если процедура проводится на сроке беременности более 12 недель, и в дозе 750 МЕ (не менее 625 МЕ), если процедура проводится на сроке беременности от 5 до 12 недель.</p>

Группа № 34. Антигистаминные средства для общего применения			
1	Дифенгидрамин	Таблетки 50 мг внутрь 1–3 раза в сутки. Раствор 10 мг/мл – 1 мл внутримышечно или внутривенно.	Противопоказан в I триместре, периоде лактации.
2	Хлоропирамин	Таблетки 25 мг внутрь 2–3 раза в сутки. Раствор для инъекций 10 мг/мл – 2 мл, 20 мг/мл – 1 мл. Внутримышечно 1–2 раза в сутки.	Противопоказан при беременности и лактации.
3	Лоратадин	Таблетки 10 мг внутрь 1–2 раза в день.	Во время беременности может назначаться с осторожностью. При лактации противопоказан.
Группа № 35. Противорвотные средства и средства для устранения тошноты			
1	Метоклопрамид	Таблетки 10 мг внутрь. По 1 таблетке 1–3 раза в сутки. Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 5 мг/мл – 2 мл.	Курс – 5–7 дней.
2	Гиэтилперазин	Суппозитории ректальные 6,5 мг. По 1 суппозиторию 1–3 раза в сутки.	Курс – 5–7 дней.
3	Ондансетрон	Таблетки 4 мг и 8 мг внутрь. Раствор для инъекций 2 мг/мл в ампулах 2 мл и 4 мл для внутримышечного и внутривенного введения. Рекомендованная доза 4–8 мг в зависимости от показаний.	Максимальная суточная доза 32 мг. Противопоказан при беременности и лактации.
4	Диметикон + гвайазулен	Гель для приема внутрь 3 + 0,004 г. Капсулы 0,3 + 0,004 г.	Внутрь по 1 саше/капсуле 2–3 раза в сутки перед едой.
Группа № 36. Парасимпатомиметические средства			
1	Неостигмин	Раствор для инъекций 0,5 мг/мл 1 мл. Внутримышечно 2 раза в сутки. Подкожно 1–2 мг 1–2 раза в сутки.	Курс – индивидуальный.
Группа № 37. Средства для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей			
1	Метионин	Таблетки 0,25 г внутрь. По 2 таблетки 3–4 раза в сутки за 1/2–1 час до еды.	Курс лечения 10–30 дней.
2	Адеметионин	Таблетки 400 мг, 500 мг внутрь. Лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инъекций 400, 500 мг во флаконах. Внутрь 2 таблетки в сутки или однократно внутривенно медленно по 400, 500 мг. Суточная доза 800–1600 мг.	Применение в I триместре только в случае крайней необходимости.
3	Урсодезоксихолевая кислота	Капсулы 250 мг, 300 мг внутрь.	Не рекомендуется принимать в I триместре и в период лактации. Применение во время беременности только в случаях крайней необходимости по 1 капсуле 3 раза в сутки.
4	Экстракт листьев артишока	Таблетки 100 мг, 200 мг. Раствор для приема внутрь во флаконах по 120 мл.	Внутрь, перед едой.

		По 2–3 таблетки или по 2,5–5 мл раствора (предварительно разводят водой) 3 раза в сутки в течение 10–20 дней.	
Группа № 38. Ферментные ЛС			
1	Стрептокиназа + стрептодорназа	Суппозитории ректальные 15000 МЕ + 1250 МЕ. По 1 суппозиторию 1–3 раза в день в зависимости от тяжести состояния.	Курс 8–18 суппозиториев за 7–10 дней.
Группа № 39. Ингибиторы фибринолиза			
1	Апротинин	Раствор для инъекций в ампулах 100 000 КИЕ/10мл.	Противопоказан для применения в первом триместре беременности. Вводится внутривенно, начальная доза 500 000 ЕД, затем каждый час по 50 000 ЕД.
2	Транексамовая кислота	Таблетки по 250–1000 мг внутрь 3–4 раза в сутки 5–14 дней.	Разовая доза для приема внутрь 1–1,5 г в зависимости от выраженности кровотечения, кратность применения 2–4 раза в сутки, длительность лечения 3–15 дней. Максимальная суточная доза 4 г.
		Раствор для внутривенного капельного или струйного введения 50 мг/мл (ампула 5 мл – 250 мг).	При генерализованном фибринолизе в дозе 15 мг/кг (в среднем 1 г – 4 ампулы по 250 мг) каждые 6–8 часов. При местном фибринолизе вводится внутривенно капельно по 500 мг 3 раза в сутки. При высоком риске развития кровотечения – профилактическое введение 500–1000 мг внутривенно капельно за 30 минут до операции. Максимальная суточная доза 4 г.
Группа № 40. Пребиотики, пробиотики и эубиотики			
1	Олигосахариды (лактоза) и пищевые волокна		
2	ЛС, содержащие культуры бактерий		
Группа № 41. Микронутриентная терапия			
1	Магний + витамин В ₆	Таблетки внутрь. По 2 таблетки внутрь во время еды 3 раза в сутки (300 мг в сутки в перерасчете на магний).	Курс – 1 месяц, повторные курсы – по показаниям.
2	Магния оротат	Таблетки 500 мг внутрь. Внутрь по 2 таблетки 3 раза в сутки в течение 7 дней, затем – по 1 таблетке 2–3 раза в сутки.	Продолжительность курса – не менее 6 недель. При необходимости можно применять длительное время.
3	Кальций/Холекальциферол	Капсулы 66,7 МЕ/166,7 мг. Капсулы 133,4 МЕ/166,7 мг. Таблетки жевательные 1 250 мг/0,005 мг (200 МЕ).	Курс – 1 месяц, повторные курсы – по показаниям. При остеопорозе 2–4 таблетки внутрь 2 раза в сутки.
4	Оссеин-гидроксиапатитное соединение	Таблетки 830 мг внутрь.	Во время беременности и в период лактации внутрь 1–2 таблетки в сутки (курс 1–2 месяца, повторные курсы – по показаниям). Для профилактики и лечения остеопороза по 2–4 таблетки в сутки (продолжительность лечения определяется состоянием пациента).
5	Токоферол	Капсулы 100 мг, 200 мг, 400 мг внутрь.	

		Внутрь 200 мг 1–2 раза в сутки.	
6	Фолиевая кислота	Таблетки 1 мг внутрь. По 1/2 таблетки 1 раз в сутки до 12 недель беременности.	
7	Пиридоксина гидрохлорид	Раствор для инъекций 50 мг/мл. Подкожно или внутримышечно по 50–100 мг/сут. в 1–2 введения.	
8	Гиамина гидрохлорид	Раствор для инъекций 50 мг/мл. Внутримышечно по 25–50 мг/сут. 1 раз в сутки.	
Группа № 42. Пероральные гипогликемические ЛС			
1	Метформин	Таблетки 500 мг, 850 мг, 1000 мг внутрь. По 500–850 мг 2–3 раза в сутки под контролем уровня глюкозы в сыворотке крови.	Противопоказан при беременности. Максимальная суточная доза – 3000 мг.
Группа № 43. Ингибиторы ароматаз			
1	Анастрозол	Таблетки 1 мг внутрь. По 1 таблетки 1 раз в сутки.	
2	Летрозол	Таблетки 2,5 мг внутрь. По 1 таблетке 1 раз в сутки.	
Группа № 44. Фитопрепараты			
Группа № 44.1. Фитопрепараты для лечения инфекций мочевыводящих путей в акушерстве			
1	Комбинированный фитопрепарат (смесь травы золотысячника, корня любистока, листьев розмарина 1:1:1)	Драже для приема внутрь По 2 драже внутрь 3 раза в сутки.	Курс – от 2 недель до 2 месяцев.
2	Пол-пала	Пакеты по 50, 100 г.	По 50 мл настоя 2–3 раза в сутки.
3	Почечный чай		Курс – 14 дней.
Группа № 44.2. Фитопрепараты для седативной терапии			
1	Экстракт валерианы	Таблетки 0,02 г внутрь.	По 1–2 таблетки 3 раза в сутки. Курс – от 10 дней до 1 месяца.
2	Настойка пустырника	10–30 капель 3 раза/сут.	Курс – от 10 дней до 1 месяца.
3	Экстракт пассифлоры	Таблетки 100 мг внутрь. Сироп 100 мл внутрь.	По 1 таблетке 3 раза в сутки. По 5–10 мл сиропа 3 раза в сутки.
Группа № 44.3. Фитопрепараты для нормализации гормонального фона с эстроген-гестагеноподобным эффектом			
1	Экстракт корневища цимицифуги	Таблетки внутрь. Раствор для приема внутрь во флаконах 50 мл. По 1 таблетке или по 30 капель внутрь 2 раза в сутки.	
2	Экстракт плодов прутняка обыкновенного	Таблетки внутрь. Раствор для приема внутрь во флаконах 50 мл и 100 мл. По 1 таблетке или по 40 капель 1 раз в сутки утром внутрь.	
3	Комбинированный фитопрепарат (Витекс священный, Стеблелист василистниковидный, Цикламен европейский, Чилибуха Игнация, Ирис разноцветный, Лилия тигровая)	Таблетки внутрь. Раствор для приема внутрь во флаконах 30, 50, 100 мл во флаконах. По 1 таблетке или по 30 капель 2 раза в сутки внутрь.	Предменструальный синдром; фиброзно-кистозная мастопатия; нарушения менструального цикла и/или бесплодие, вызванные недостаточностью желтого тела. Курс не менее 3 месяцев.
4	Комбинированный фитопрепарат (Кистевидная цимицифуга + Экстракт железа каракатицы + Пилокарпус + Канадская сангвинария + Яд сурукуку)	Таблетки внутрь. Раствор для приема внутрь во флаконах 20, 50, 100 мл. По 1 таблетке или 10 капель раствора 3 раза в день.	Курс 3 месяца, можно повторить через 1 месяц.

Таблица 2

Изделия медицинского назначения

№ п/п	Наименование	Назначение
1	Компрессионный трикотаж	Профилактика венозных и тромбозмболических осложнений у беременных, в родах, послеродовом периоде, а также во время кесарева сечения, гинекологических операций и в послеоперационном периоде.
2	Акушерский пессарий	Коррекция истмико-цервикальной недостаточности. Осуществляется в сроках беременности более 24 недель акушерскими пессариями соответствующего размера в зависимости от паритета и величины верхней трети влагалища. Основная задача – препятствие механическому давлению предлежащей части плода на шейку матки. Установка пессария возможна при 1–2 степени чистоты влагалища. Снимать акушерский пессарий следует в 37 недель беременности или при развитии родовой деятельности.
3	Диагностикум на околоплодные воды	Верификация влагалищных выделений.
4	Внутриматочный гемостатический баллон	Тампонада матки при маточных кровотечениях в акушерстве. Производится после консервативного этапа остановки маточного кровотечения (ручное обследование полости матки, введение утеротоников, гемостатиков) одноканальным или двухканальным маточным баллоном на срок от 2–4 до 24 часов в зависимости от эффекта.
5	Цервикальный баллонный катетер	Преиндукция родов. Используется для подготовки к индукции родов при незрелой шейке матки: в цервикальный канал вводят цервикальный катетер (или двухходовой Фолея № 12–№ 18), баллон которого раздувают 30–40 мл жидкости и оставляют в цервикальном канале на 3–9 часов. По мере механического созревания шейки баллон самостоятельно экспульсируется. Достижение зрелой шейки матки после экспульсии или извлечения цервикального баллона является основанием для амниотомии. При недостаточно зрелой шейке матки амниотомия не показана, целесообразна индукция родов простагландинсодержащими вагинальными гелями или мифепристоном. Использование баллонного катетера для преиндукции возможно при 1–2 степени чистоты влагалища.
6	Палочки ламинарии	Преиндукция родов или аборта в поздних сроках. Используются для подготовки к индукции родов/аборта при незрелой шейке матки: палочки ламинарии вводятся в цервикальный канал (от 2 до 6 штук) при осмотре шейки в зеркалах на срок до 16 часов, по истечении которого извлекаются. Достижение зрелой шейки матки является основанием для амниотомии. При недостаточно зрелой шейке матки амниотомия не показана, целесообразна индукция родов простагландинсодержащими вагинальными гелями или мифепристоном. Использование палочек ламинарии для преиндукции возможно при 1–2 степени чистоты влагалища.
7	Влагалищные пессарии и кольца	Коррекция пролапса в гинекологии.

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Медицинское наблюдение
и оказание медицинской помощи
женщинам в акушерстве
и гинекологии»

Оказание медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и в послеродовой период

1. При подготовке к планируемой беременности проводятся диагностические (включая консультации врачей-специалистов) и профилактические (включая медикаментозную терапию) мероприятия согласно таблице 1 настоящего приложения.

Таблица 1

Прегавитарная подготовка

Диагностика*, консультации врачей-специалистов	Профилактические мероприятия (по показаниям медикаментозное лечение**)	Тактика ведения
1	2	3
Прегравидарная подготовка		
Блок З. Консультация врача-терапевта, других врачей-специалистов по показаниям. Выписка из медицинской карты амбулаторного пациента (форма № 025/у).	1. Рекомендации по коррекции индекса массы тела (далее – ИМТ) (норма 18,5–24,9). 2. Фолиевая кислота – 400 мкг/сут., не менее чем за 1 месяц до зачатия и до 12 недель беременности. 3. Йодид калия – не менее 200 мкг/сут.	За три месяца до планируемой беременности (не менее 1 месяца).
Дополнительная прегравидарная подготовка у женщин с экстрагенитальной патологией		
Заболевания щитовидной железы (шифр по МКБ-10 E00-E07)		
Блок Б. Блок В. Тиреотропный гормон (далее – ТТГ), свободный тироксин (далее – св.Т4), антитела к тиреоидной пероксидазе (далее – АТ-ТПО). Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) щитовидной железы. Консультация врача-эндокринолога.	1. Симптоматическая терапия согласно рекомендациям врача-эндокринолога.	За три месяца до планируемой беременности (не менее 1 месяца).
Гиперпролактинемия (шифр по МКБ-10 E22.1)		
Блок Б. Блок В. Пролактин и его фракции. Магниторезонансная томография (далее – МРТ) гипофиза. Консультация врача-офтальмолога (поля зрения).	1. Агонисты дофаминовых рецепторов (Группа № 7) с индивидуальным подбором дозы. 2. Симптоматическая терапия согласно рекомендациям врача-эндокринолога.	За три месяца до планируемой беременности (не менее 1 месяца).
Синдром поликистоза яичников (далее – СПКЯ) (шифр по МКБ-10 E28.2)		
Блок Б. Блок В. Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (пролактин, фолликулостимулирующий гормон (далее – ФСГ), лютеинизирующий гормон (далее – ЛГ), тестостерон, 17-оксипрогестерон (далее – 17-ОП), дегидроэпиандростерон-сульфат (далее – ДГА-сульфат).	1. Нормализация менструального цикла (далее – МЦ): Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1); Пероральные гипогликемические ЛС (Группа № 42); при ЛГ выше 14 МЕ/л – гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6) не менее 3 месяцев до нормализации ЛГ. 2. При отсутствии эффекта – лапароскопия. 3. Симптоматическая терапия согласно рекомендациям врача-эндокринолога.	За три месяца до планируемой беременности (не менее 1 месяца).
Ожирение и другие виды избыточности питания (шифр по МКБ-10 E65-E68)		
Блок Б. Блок В. Исключить СПКЯ. Пероральный тест толерантности к глюкозе (далее – ПТТГ).	1. Диета с целью нормализации ИМТ. 2. Пероральные гипогликемические ЛС (Группа № 42). 3. Симптоматическая терапия согласно рекомендациям врача-эндокринолога.	За три месяца до планируемой беременности (не менее 1 месяца).
Инсулин-зависимый сахарный диабет (сахарный диабет 1 типа) (шифр по МКБ-10 E10)		
Блок Б. Блок В. Гликемический профиль. Гликированный гемоглобин.	1. Диета с исключением легкоусвояемых углеводов. 2. Ведение дневника самоконтроля ежедневно с указанием количества хлебных единиц (далее – ХЕ), доз инсулина, гликемии, физической активности. 3. Интенсифицированная инсулинотерапия в базис-болюсном режиме генно-инженерными человеческими инсулинами или аналогами инсулина в дозах, зависящих от уровня гликемии, физической активности, количества ХЕ (под контролем врача-эндокринолога) или непрерывная подкожная инфузия инсулина.	За три месяца до планируемой беременности (не менее 1 месяца).
Инсулин-независимый сахарный диабет (сахарный диабет 2 типа) (шифр по МКБ-10 E11)		

Блок Б. Блок В. Гликемический профиль. Гликированный гемоглобин.	1. Диета с исключением легкоусвояемых углеводов, ограничением жиров при избыточной массе тела. 2. Ведение дневника самоконтроля ежедневно (обязательно) с указанием количества ХЕ, доз инсулина (при инсулинотерапии), гликемии, физической активности. 3. Назначение инсулина по показаниям или при отсутствии достижения целевых значений гликемии (натощак более 5,1 ммоль/л, через час после еды более 6,7 ммоль/л) в течение двух недель. 4. Интенсифицированная инсулинотерапия в базис-болюсном режиме генно-инженерными человеческими инсулинами или аналогами инсулина в дозах, зависящих от уровня гликемии, физической активности, количества ХЕ, с учетом изменения потребности в инсулине на протяжении беременности (под контролем врача-эндокринолога).	За три месяца до планируемой беременности (не менее 1 месяца).
Железодефицитная анемия (шифр по МКБ-10 D50)		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Консультация врача-терапевта, врача-гематолога (по показаниям).	1. Рациональное питание. 2. Противоанемические средства (Группа № 21).	За три месяца до планируемой беременности (не менее 1 месяца).
Хронический тубуло-интерстициальный нефрит (пиелонефрит) (шифр по МКБ-10 N11), бессимптомная бактериурия (шифр по МКБ-10 N39)		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Консультация врача-терапевта, врача-уролога.	Санация очагов хронической инфекции.	За три месяца до планируемой беременности (не менее 1 месяца).
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением (шифр по МКБ-10 I10-I15)		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта, врача-кардиолога (по показаниям).	Антигипертензивные средства (Группа № 23).	За три месяца до планируемой беременности (не менее 1 месяца).
Нарушения свертываемости крови, пурпура и другие геморрагические состояния (тромбофилии) (D65-D69)		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-гематолога.	Симптоматическая терапия согласно рекомендациям врача-гематолога.	За три месяца до планируемой беременности (не менее 1 месяца).
Дополнительная прегравидарная подготовка у женщин с генитальной патологией.		
Недостаточность шейки матки (шифр по МКБ-10 N88.3).		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия	Укорочение шейки матки (врожденное или после хирургического лечения) или ее отсутствие; предшествующая неуспешная попытка вагинального серкляжа – решение вопроса о профилактическом лапароскопическом серкляже.	Консультация в РНПЦ МД.

* Объем диагностических обследований согласно блокам, приведенным в приложении 1.

** Лекарственная терапия и немедикаментозное лечение согласно приложению 2.

2. Медицинское наблюдение женщин во время беременности (далее – беременных) осуществляется врачом акушером-гинекологом и акушеркой женской консультации согласно таблице 2 настоящего приложения.

3. При физиологически протекающей беременности допускается в сроки 13–29 и 31–37 недель проводить осмотр и консультацию беременной специально подготовленной акушеркой. В случае выявления акушеркой у женщины осложнений беременности или заболеваний, она должна обеспечить консультацию беременной врачом-акушером-гинекологом.

Таблица 2

**Наблюдение за течением нормальной беременности
(шифр по МКБ-10 Z34)**

Частота наблюдения	Диагностика*	Консультации врачей-специалистов	Профилактические мероприятия (по показаниям медикаментозная терапия**)	Госпитализация
1	2	3	4	5
Обязательные явки: 1-я явка – до 12 недель; 2-я явка – 14 недель; 3-я явка – 20 недель; 4-я явка – 26 недель; 5-я явка – 30 недель; 6-я явка – 34 недели; 7-я явка – 36 недель; 8-я явка – 38 недель; 9-я явка – 40–41 неделя. До 12 недель беременности женщина должна пройти полное клинико-лабораторное обследование с консультативным и заключениями врачей-специалистов. Обязательные консультации врачом акушером-гинекологом: при 1-й и 2-й явке, в 30 недель (выдача листа нетрудоспособности (далее – ЛН) по беременности и родам) и в 34–36 недель беременности (определение показаний для дородовой госпитализации). Осмотры и консультации беременных в	Блок А: при каждом посещении. Осмотр молочных желез, оценка телосложения и оволосения, измерение роста, расчет ИМТ при 1-й явке. Блок В: при 1-й явке, в 30, 34–36 недель беременности. Блок Г: при 1-й явке и по показаниям. 1. Анализ крови общий (далее – ОАК) – при 1-й явке, в 26, 36 недель беременности. 2. Определение групп крови по системам АВ0 и резус (далее – Rh), скрининг антиэритроцитарных антител (далее – АТ) независимо от Rh-принадлежности при 1-й явке, в 28–29, 34–35 недель беременности. При Rh-отрицательной матери – определение Rh отца ребенка. Определение титра АТ 1/30 до 38 недель. 3. Биохимическое исследование крови (далее – БАК) при 1-й явке и в 30 недель беременности. 4. Исследование тощаковой гликемии при 1-й явке и в 24 недели беременности. 5. ПТТГ в 24–28 недель беременности и при наличии факторов риска. 6. Коагулограмма при 1-й явке, в 30 недель	Врач-терапевт: при 1-й явке, в 28–30 недель беременности. Врач-офтальмолог, врач-эндокринолог, врач-стоматолог, врач-оториноларинголог – при 1-й явке, далее – по показаниям.	1. Гигиена беременной. 2. Физиопсихопрофилактическая подготовка. 3. Фолиевая кислота для профилактики врожденных пороков развития (далее – ВПР) по 400 мкг/сут. – первые 12 недель беременности. 4. Препараты йодида калия – 200 мкг/сут. и на протяжении всей беременности и периода кормления грудью. 5. Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям. После проведенной профилактики резус-сенсibilизации определение титра АТ не проводится в течение 8 недель.	С началом родовой деятельности или при преждевременно м разрыве плодных оболочек (далее – ПРПО).

остальные сроки могут осуществляться участковой акушеркой по решению врача акушера-гинеколога.	беременности. 7. Анализ мочи общий (далее – ОАМ) перед каждой явкой. 8. Цитологическое исследование при 1-й явке. 9. Микроскопическое исследование влагалища при 1-й явке, 34–36 недель беременности. Блок Д: 1. Электрокардиография (далее – ЭКГ) при 1-й явке и по показаниям. 2. Ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) матки и плода (скрининг) в 11-13 6/7, 18–21, 32–35 недель беременности. 3. Кардиотокография (далее – КТГ) с 30 недель беременности при каждой явке. Блок Ж: при 1-й явке и по показаниям, при наличии жалоб.			
--	--	--	--	--

* Объем диагностических обследований согласно блокам, приведенным в приложении 1.

** Лекарственная терапия и немедикаментозное лечение согласно приложению 2.

4. Медицинское наблюдение за беременностью, наступившей в результате применения вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) осуществляется только врачом-акушером-гинекологом, а в течение первых недель после подсадки эмбриона – врачом-специалистом отделения (медицинского центра) ВРТ согласно таблице 3 настоящего приложения.

Таблица 3

Наблюдение за течением беременности, наступившей в результате ВРТ (шифр по МКБ-10 – Z31.1–Z31.3)

Частота наблюдения	Диагностика*	Консультации врачей-специалистов	Профилактические мероприятия (по показаниям медикаментозная терапия**)	Госпитализация
1	2	3	4	5
1. в отделении ВРТ:				
1-я явка через 21 день после подсадки эмбриона (далее – ПЭ); закрытие ЛН по экстракорпоральном у оплодотворению (далее – ЭКО); 2-я явка через 30–35 дней после ПЭ в сроке 5–6 недель –	Консультация врача-акушера-гинеколога (врача-специалиста по ВРТ): 1. диагностика беременности (уровень хорионического гонадотропина человека (далее –		1. Фолиевая кислота 400 мкг/сут. 2. Препараты йодида калия – 200 мкг/сут. 3. Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1).	Синдром гиперстимуляции и яичников (далее – СГЯ) II–III степени, угроза прерывания маточной беременности, замершая

для консультативного заключения о проведении ЭКО с рекомендациями.	ХГЧ) в крови) – через 12–14 дней после ПЭ в матку; 2. УЗИ для диагностики беременности через 21–30 дней после ПЭ в матку, определение плодного мешка в матке; 3. УЗИ при 2-й явке: эмбрион в полости матки, наличие сердцебиения.			беременность, эктопическая беременность.
2. в женской консультации (далее – ЖК):				
Обязательные явки: 1-я явка – до 12 недель; 2-я явка – 14 недель; 3-я явка – 20 недель; 4-я явка – 26 недель; 5-я явка – 30 недель; 6-я явка – 34 недели; 7-я явка – 36 недель; 8-я явка – 38 недель. До 12 недель беременности женщина должна пройти полное клинико-лабораторное обследование с консультативными заключениями врачей-специалистов.	Блок А: при каждом посещении. Осмотр молочных желез, оценка телосложения и оволосения, измерение роста, расчет ИМТ при 1-й явке. Блок В: при 1-й явке, в 30, 34–36 недель беременности. Блок Г: при 1-й явке и по показаниям. 1. ОАК – при 1-й явке, в 26, 36 недель беременности. 2. Определение групп крови по системам АВ0 и резус (далее – Rh), скрининг антиэритроцитарных антител (далее – АТ) независимо от Rh-принадлежности при 1-й явке, в 28–29, 34–35 недель беременности. 2.1. При Rh-отрицательной матери – определение Rh отца ребенка. Определение титра АТ 1/30 до 38 недель. 3. БАК при 1-й явке и в 30 недель беременности. 4. Исследование глюкозной гликемии при 1-й явке и в 24 недели беременности. 5. ПТТГ в 24–28 недель беременности и при наличии факторов риска. 6. Коагулограмма при 1-й явке, в 30	Врача-терапевта при 1-й явке, в 28–30 недель беременности. Врача-офтальмолога, врача-эндокринолога (при изменении ТТГ, св. Т4 и АТ-ТПО); врача-стоматолога; врача-оториноларинголога – при 1-й явке, далее – по показаниям.	1. Гигиена беременной. 2. Психопрофилактическая подготовка к родам. 3. Фолиевая кислота для профилактики ВПР по 400 мкг/сут. – первые 12 недель беременности. 4. Препараты йодида калия – 200 мкг/сут. на протяжении всей беременности и периода кормления грудью. 5. Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям. После проведенной профилактики резус-сенсibilизации определение титра АТ не проводится в течение 8 недель. 6. Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1).	СГЯ II–III степени, угроза прерывания маточной беременности, неразвивающаяся беременность, эктопическая беременность. Дородовая госпитализация при неосложненной беременности в 38–39 недель, при многоплодной беременности в зависимости от хориальности. При осложненной беременности – по показаниям.

<p>недель беременности. 7. ОАМ перед каждой явкой. 8. Цитологическое исследование при первой явке. 9. Микроскопическое исследование влагалища при 1-й явке, 34–36 недель беременности. Блок Д: 1. ЭКГ при 1-й явке и по показаниям. 2. УЗИ матки и плода (скрининг) в 11-13 6/7, 18–21, 32–35 недель беременности. 3. КТГ с 30 недель беременности при каждой явке. Блок Ж: при 1-й явке и по показаниям, при наличии жалоб.</p>			
--	--	--	--

* Объем диагностических обследований согласно блокам, приведенным в приложении 1.

** Лекарственная терапия и немедикаментозное лечение согласно приложению 2.

5. Кратность и тактика наблюдения беременных определяется степенью перинатального риска, которая рассчитывается по шкале (согласно таблице 4 настоящего приложения) трижды во время беременности – до 12 недель, в 30 и 36 недель – на основании выявленных социально-биологических, анамнестических факторов риска, экстрагенитальных и генитальных заболеваний, осложнений беременности и состояния плода.

Таблица 4

Шкала перинатального риска

Факторы риска	Оценка в баллах		
	до 12 недель	30 недель	37 недель
1	2	3	4
СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ			
Возраст матери: менее 18 лет;	2	2	2
30–34 года;	2	2	2
35–39 лет;	3	3	3
40 лет и более.	4	4	4
Возраст отца 40 лет и более.	2	2	2
Профессиональные вредности: матери;	2	2	2
отца.	2	2	2
Вредные привычки у матери:			
• курение менее пачки сигарет в день;	1	1	1
• курение более пачки сигарет в день;	2	2	2
• злоупотребление алкоголем.	2	2	2
Семейное положение: одинокая.	1	1	1
Высшее образование.	1	1	1
Рост и весовые показатели матери:			
• рост 158 и менее;	1	1	1
• ИМТ выше 25.	2	2	2

СУММА БАЛЛОВ			
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ			
Паритет:			
• 0;	1	1	1
• 4–7;	1	1	1
• 8 и более.	2	2	2
Аборты перед первыми предстоящими родами:			
• 1;	1	1	1
• 2 и более.	3	3	3
Аборты после последних родов.	1	1	1
Невынашивание.	2	2	2
Преждевременные роды.	2	2	2
Мертворождение.	3	3	3
Смерть в неонатальном периоде.	3	3	3
Умеренная преэклампсия.	2	2	2
Тяжелая преэклампсия и эклампсия.	4	4	4
Аномалии развития у детей, рожденных ранее.	3	3	3
Неврологические нарушения у детей.	3	3	3
Масса доношенных детей до 2500 г и более 4000 г.	2	2	2
Бесплодие:			
• 2–5 года;	2	2	2
• 6 лет и более.	4	4	4
Рубец на матке.	4	4	4
Опухоли матки и/или яичников.	3	3	3
Истмико-цервикальная недостаточность.	2	2	2
Пороки развития матки.	1	1	1
Хронические воспалительные процессы матки и придатков, осложнения после абортов и родов, внутриматочные контрацептивы.	3	3	3
Внематочная беременность.	1	1	1
ВРТ:			
• ЭКО;	2	2	2
• ICSI.	3	3	3
СУММА БАЛЛОВ			
СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ			
Сердечно-сосудистые:			
• пороки сердца без нарушения кровообращения;	2	2	2
• пороки сердца с нарушением кровообращения;	6	6	6
• хроническая артериальная гипертензия 1-2-3 степени;	2–6–10	2–6–10	2–6–10
• варикозная болезнь.	2	2	2
Заболевания почек:			
• хронические;	2	2	2
• обострение.	4	4	4
Эндокринопатии:			
• заболевания надпочечников;	5	5	5
• сахарный диабет;	10	10	10
• заболевания щитовидной железы;	2	2	2
• ожирение.	2	2	2
Анемия (уровень гемоглобина менее 100 г/л).	2	2	2
Тромбофилии, антифосфолипидный синдром.	4	4	4
Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис и др.).	3	3	3
Острые инфекции во время беременности.	4	4	4
СУММА БАЛЛОВ			
ОСЛОЖНЕНИЯ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ			
Рвота беременной тяжелой степени.	3	3	3
Кровянистые выделения как угроза прерывания беременности.	2	2	2
Отеки беременных.		2	2
Преэклампсия умеренной степени.		6	6
Тяжелая преэклампсия.		10	10
Эклампсия.		12	12
Гестационный пиелонефрит.	2	2	2
Резус- или АВ0 – сенсibilизация.	4	4	4

Многоводие.		3	3
Маловодие.		4	4
Анатомически узкий таз.	2	2	2
Крупный плод.		2	2
Многоплодие.	4	4	4
Предлежание плаценты: частичное;		3	3
полное.	12	12	12
Неправильное положение плода (тазовое, поперечное, косое).		3	3
СУММА БАЛЛОВ			
АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА			
Задержка роста плода 1-2-3 степени.		3-10-15	3-10-15
Кардиотокография: тревожный тип;		4	4
патологический тип.		10	10
Нарушение кровотока при доплерометрии: 1А-1Б степени;		2	2
2 степени;		4	4
3 степени.		10	10
Обвитие пуповины.		2	2
СУММА БАЛЛОВ			
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА			
СТЕПЕНЬ ПРЕНАТАЛЬНОГО РИСКА			

6. Ведение группы среднего и высокого перинатального риска предусматривает увеличение кратности явок для наблюдения и проведения обследования, профилактических и лечебных мероприятий в соответствии с таблицей 5 настоящего приложения.

7. Кратность выполняемых обследований в зависимости от временных промежутков между ними выражается дробью «X/Y»: где «X» – количество раз, а «Y» – интервал между обследованиями, выраженный в днях (например, 1/3 – 1 раз в 3 дня, 1/3-5 – 1 раз в 3-5 дней, 1/7 – 1 раз в 7 дней и другие).

Таблица 5

Ведение групп перинатального риска

Группы перинатального риска	Частота наблюдения	Консультации и организационные мероприятия
низкого риска – до 14 баллов	Согласно таблице 2 настоящего приложения.	Наблюдение согласно п. 2, п. 3 настоящего приложения.
среднего риска – 15-24 балла	1/30 до 30 недель, 1/14 до 36 недель, 1/7 в сроке 36-40 недель.	1. Наблюдение осуществляется врачом акушером-гинекологом. 2. Дополнительный перерасчет баллов перинатального риска в 20 недель. 3. Консультация заведующего ЖК при установлении среднего риска, в 30 и 36 недель. Ведение беременности по индивидуальному плану.
высокого риска – более 25 баллов	1/30 до 20 недель, 1/21 до 30 недель, 1/10 до 34 недель, 1/7 до 38 недель.	1. Наблюдение осуществляется только врачом акушером-гинекологом. 2. Консультация заведующего ЖК при установлении высокой группы риска, в 20-21, 30, 36 недель. Ведение беременности по индивидуальному плану. 3. Консультация сотрудников профильных кафедр по показаниям. 4. Дородовая госпитализация в 37-38 недель.

8. Лечебные и профилактические мероприятия независимо от группы перинатального риска проводятся в соответствии с определенными группами материнского риска на основании критериев включения в них согласно таблице 6 настоящего приложения.

Таблица 6

Группы материнского риска

Группы материнского риска	Критерии включения в группу риска	Лабораторные и другие исследования	Лечебно-профилактические мероприятия
1	2	3	4
по кровотечению	хроническая артериальная гипертензия; преэклампсия; преждевременная отслойка плаценты в анамнезе; многорожавшие; многоплодие; многоводие; отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (искусственные аборт и самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды); оперированная матка; холестатический гепатоз беременных; анемия; предлежание плаценты; тромбофилии, антифосфолипидный синдром; крупный плод.	ОАК в 37 недель. Коагулограмма + Д-димеры в 37 недель.	Коррекция осложнений беременности. Наблюдение по индивидуальному плану.
по инфицированию	инфекции, передаваемые половым путем; острые и хронические очаги инфекции; вагиниты и вагиноз; женское бесплодие; задержка роста плода; курение; истмико-цервикальная недостаточность; TORCH, ВИЧ, ВГС и другие инфекции; многоводие.	С-реактивный белок (далее – СРБ) 1/28. ОАК 1/28.	Коррекция осложнений беременности. Санация очагов инфекции.
по невынашиванию	отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (искусственные аборт и самопроизвольные выкидыши, два и более прерывания беременности на фоне истмико-цервикальной недостаточности, неэффективность вагинального серкляжа, привычный выкидыш, преждевременные роды); бесплодие в анамнезе, гормональная дисфункция, нарушения менструальной функции в анамнезе; хронические воспалительные процессы гениталий; вагиниты и вагиноз; истмико-цервикальная недостаточность, миома матки; оперативные вмешательства на матке и придатках; три и более гинекологических вмешательства с инструментальным расширением цервикального канала, конизация и ампутация шейки матки, трахелэктомия; беременные с угрозой прерывания настоящей беременности; тромбофилии,	Бактериологическое исследование вагинального отделяемого на флору и чувствительность к антибиотикам в 14–15 недель беременности. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам в 14–15 недель беременности. Динамическая трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия с 14 до 28 недель беременности (14–16 6/7 недель беременности, далее в 19–23 6/7, 26–26 6/7 недель).	При наличии у пациента в анамнезе 2 и более прерываний беременности на фоне истмико-цервикальной недостаточности и неэффективности вагинального серкляжа – профилактический вагинальный серкляж в сроке 16–17 недель беременности; микронизированный прогестерон (Группа № 3.1) вагинально 200 мг в сутки с момента установления беременности до 34 недель беременности. Коррекция осложнений беременности. Отказ беременной женщины от употребления наркотиков, алкоголя, курения. Медицинское наблюдение согласно индивидуальному плану. Госпитализация в сроки

	антифосфолипидный синдром; ранний гестоз; многоводие; многоплодие; TORCH и другие инфекции; употребление наркотиков, алкоголя, курение.		прерывания предыдущих беременностей.
по развитию фетоплацентарной недостаточности	оперированная матка; крупный плод; многоводие; многоплодие; миома матки; аборт, выскабливания полости матки; перенесенные воспалительные заболевания матки и придатков, вагиниты и вагиноз; отягощенный акушерский анамнез (мертворождения, выкидыши, случаи смерти детей в неонатальном периоде, рождение детей с пороками развития); рождение маловесных детей в анамнезе; угроза прерывания беременности; курение; анемия; хроническая артериальная гипертензия; преэклампсия в предыдущей беременности.	Контроль прибавки массы тела. Измерение ВДМ при каждой явке. Доплерометрия (далее – ДМ) маточных сосудов в 18–20 недель. УЗИ плода + ДМ в 26–28 недель.	1. Ацетилсалициловая кислота внутрь по 75 мг/сут. с 12 до 36 недель. 2. Препараты магния внутрь по 300 мг/сут. курсами с 12 недель. 3. ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28): пентоксифиллин, дипиридамо́л – курсами по 10 дней каждого месяца с 12 недель.
по преэклампсии	экстрагенитальная патология (заболевания сердечно-сосудистой системы, эндокринопатии, болезни почек, печени, сахарный диабет); хроническая артериальная гипертензия; преэклампсия в предыдущей беременности; возраст до 20 лет и старше 30 лет; ранний гестоз; многоводие; многоплодие; ожирение; патологическая прибавка массы тела; тромбофилии, антифосфолипидный синдром.	ДМ маточных сосудов в 18–20 недель.	1. Ацетилсалициловая кислота внутрь по 75 мг/сут. с 12 до 36 недель. 2. Препараты магния внутрь по 300 мг/сут. курсами с 12 недель. 3. Препараты кальция внутрь по 1,5 г/сут. с 12 недель. 4. «Разгрузочные» дни 1/7.
по тромбоемболическим осложнениям	тромбоемболические осложнения в анамнезе; экстрагенитальная патология (заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение, болезни почек, печени, в том числе перенесенные гепатиты В и С); анемия; варикозное расширение вен, тромбоз в анамнезе и при данной беременности; тромбофилии, антифосфолипидный синдром; ВИЧ-инфекция.	Коагулограмма + Д-димеры в 37 недель.	1. Компрессионный трикотаж. 2. Ацетилсалициловая кислота внутрь по 75 мг/сут. ежедневно с 12 до 36 недель. 3. Ангиопротекторы (Группа № 27): диосмин, диосмин + гесперудин – курсом 2 месяца. 4. Низкомолекулярные гепарины (Группа № 19) при мутациях высокого риска и антифосфолипидном синдроме.

9. Медицинское наблюдение, диагностика и лечение беременных в амбулаторных условиях определяется нозологической формой заболевания или осложнения беременности (в соответствии с МКБ-10), а также группой перинатального риска.

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

11. Показания для лечения и наблюдения в дневном стационаре:

11.1. рвота беременных легкой и умеренной степени (O21.0);

11.2. вызванные беременностью отеки (O12.0) (отеки нижних и верхних конечностей);

11.3. протеинурия (O12.1), вызванная беременностью отеки с протеинурией (O12.2) (протеинурия не более 0,3 г/сут или 0,3 г/л);

11.4. инфекции мочевыводящих путей без нарушения функции почек, бессимптомная бактериурия (O23.0);

11.5. угроза прерывания беременности в 1-м и 2-м триместрах при отсутствии кровянистых выделений, привычного невынашивания (2 и более самопроизвольных прерывания беременности в анамнезе) и длине шейки матки не менее 25 мм;

11.6. динамическая оценка состояния плода (при нарушениях кровотока IA и IB степени при ДМ; тревожном типе КТГ);

11.7. медико-генетическая диагностика, требующая инвазивных манипуляций;

11.8. реабилитация после инвазивных вмешательств у беременных.

12. При ухудшении состояния беременной и (или) течения заболевания, отсутствии эффекта от лечения и при необходимости круглосуточного медицинского наблюдения пациентка в экстренном порядке госпитализируется в профильное отделение организации здравоохранения.

13. Объем диагностики беременных с акушерской, экстрагенитальной патологией и наличием факторов риска кроме мероприятий по медицинской профилактике, диагностике и лечению, указанных для физиологической беременности, включает дополнительные блоки обследования и лечения в соответствии с выявленной патологией согласно таблице 7 настоящего приложения.

Таблица 7

Наблюдение, диагностика и лечение беременных в амбулаторных условиях

Частота наблюдения	Лабораторные и другие исследования, врачебные консультации*	Лечебные и профилактические мероприятия**	Показания к госпитализации
1	2	3	4
O10.0 Существовавшая ранее артериальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.			
O10.1 Существовавшая ранее кардиоваскулярная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.			
O10.2 Существовавшая ранее почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.			
O10.4 Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.			
O10.9 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неуточненная. (Хроническая артериальная гипертензия).			
До 20 недель беременности – 1/21-28; после 20 недель – 1/10-14.	Профиль АД. Общий анализ крови (далее – ОАК) 1/30. Биохимический анализ крови (далее – БАК) в 20–22, 32–34 недели беременности. Общий анализ мочи (далее – ОАМ) 1/14. Анализ мочи на суточную потерю белка 1/14. Контроль суточного диуреза. ЭКГ 1/28-35 и по показаниям. УЗИ сердца при 1-й явке.	Согласно группе материнского риска по кровотечению, преэклампсии, фетоплацентарной недостаточности (далее – ФПН). Антигипертензивные средства (Группа № 23): метилдопа 0,5–2,0 г/сут. в 2–4 приема внутрь; метопролол 25–75 мг/сут. в 2–3 приема, небиволол 2,5–	В кардиологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения: в 18–20, 28–32 недели беременности при отсутствии акушерских осложнений; отсутствие эффекта от амбулаторного лечения. В организацию здравоохранения оказания перинатальной помощи (далее – акушерский стационар) в 38 недель беременности – для определения срока и выбора способа родоразрешения.

	Консультация врача-терапевта: до 20 недель беременности 1/28; после 20 недель беременности – 1/14. Консультация врача-офтальмолога. Консультация врача-кардиолога при 1-й явке, 26–28 недель и по показаниям. Консультация врача-нефролога по показаниям. При резистентных формах – консультация врача-кардиолога в организации здравоохранения III–IV уровня.	5 мг/сут. в 1–2 приема, бисопролол 2,5–5 мг/сут. в 1–2 приема, бетаксолол 5–10 мг/сут. в 1–2 приема; нифедипин пролонгированного действия 30–60 мг/сут. в 1–2 приема (после 20 нед. беременности), амлодипин 2,5–10 мг/сут в 1–2 приема. При резистентных формах сочетание 2–3 лекарственных средств, в том числе доксазозин 1–4 мг/сут в 1–2 приема внутрь. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22).	
O11 Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией.			
–	–	–	Срочная в акушерский стационар при АД > 140/90 мм рт. ст., протеинурии более 0,3 г/сут. или 0,3 г/л.
O12.0 Отеки беременных.			
1/7-14 до устранения клинических проявлений.	Анализ мочи на суточную потерю белка 1/7-10. ОАК, гематокрит 1/7-10. БАК + электролиты крови однократно и по показаниям. Анализ мочи по Нечипоренко. Консультация врача-терапевта, врача-офтальмолога.	Согласно группе материнского риска преэклампсии, ФПН. Диета, богатая белками, дробное питание (5–6 раз/сут.), «разгрузочные» дни 1-2/7. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22).	Дневной стационар. В акушерский стационар – при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения в течение 7–14 дней.
O12.1 Вызванная беременностью протеинурия.			
O12.2 Вызванные беременностью отеки с протеинурией.			
1/7 до устранения клинических проявлений	Анализ мочи на суточную потерю белка 1/7-10. ОАМ 1/3. ОАК, гематокрит 1/7-10. БАК + электролиты крови однократно и по показаниям. ЭКГ. Анализ мочи по Нечипоренко. Консультация врача-терапевта. Консультация врача-уролога по показаниям.	Согласно группе материнского риска по кровотечению, ФПН. Диета, богатая белками, дробное питание (5–6 раз/сут.), «разгрузочные» дни 1-2/7. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Фитопрепараты для седативной терапии (Группа № 44.2).	Дневной стационар (при протеинурии до 0,3 г/л в разовой порции мочи или до 0,3 г/сут.). В акушерский стационар – при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения в течение 7–14 дней, протеинурии более 0,3 г/сут или более 0,3 г/л в разовой порции мочи.
O13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии (гестационная артериальная гипертензия).			
1/7-10	Анализ мочи на суточную потерю белка 1/7-10. ОАМ 1/7. ОАК, гематокрит 1/7-10. БАК + электролиты крови однократно и по показаниям. ЭКГ. Анализ мочи по Нечипоренко. Консультация	Согласно группе материнского риска по кровотечению, ФПН. Антигипертензивные средства (Группа № 23): метилдопа 0,5–2,0 г/сут. в 2–4 приема; нифедипин пролонгированного действия 30–60 мг/сут. в 1–2 приема,	Срочная в акушерский стационар при АД > 140/90 мм рт. ст., протеинурии более 0,3 г/сут или более 0,3 г/л в разовой порции мочи, отсутствии эффекта от амбулаторного лечения в течение 7–10 дней.

	врача-терапевта, врача-офтальмолога.	амлодипин 2,5–10 мг/сут. в 1–2 приема; при недостаточной эффективности – метопролол 25–75 мг/сут. в 2–3 приема, небиволол 2,5–5 мг/сут. в 1–2 приема, бисопролол 2,5–5 мг/сут. в 1–2 приема, бетаксолол 5–10 мг/сут. в 1–2 приема. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Фитопрепараты для седативной терапии (Группа № 44.2). Спазмолитики (Группа № 26).	
O14.0 Преэклампсия средней тяжести (умеренная преэклампсия).			
–	–	–	Срочная в акушерский стационар.
O14.1 Тяжелая преэклампсия (включая HELLP-синдром).			
–	–	При АД \geq 160/110 мм рт. ст.: метилдопа 0,5 г внутрь, нифедипин 10–20 мг внутрь; сульфат магния 4–6 г внутривенно струйно в течение 20 минут.	Срочная в ближайший акушерский стационар.
O15 Эклампсия.			
–	–	Купирование судорог. Противосудорожные средства (Группа № 24): диазепам 10–20 мг внутривенно; сульфат магния 4–6 г внутривенно струйно в течение 20 минут.	Срочная в ближайший акушерский стационар.
O20.0 Угрожающий выкидыш.			
1/7-14 дней до устранения клинических проявлений; далее согласно группе перинатального риска.	–	Согласно группе материнского риска по кровотечению, ФПН, невынашиванию. Спазмолитики (Группа № 26). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1) до 20 недель – только при наличии в анамнезе прерывания беременности, недостаточности лютеиновой фазы, женского бесплодия. Гемостатики (Группа № 10). Физиотерапевтическое лечение, иглорефлексотерапия (далее – ИРТ), гипербарическая оксигенация (далее – ГБО) и другое (далее – немедикаментозное лечение).	В гинекологическое отделение при наличии кровянистых выделений.
O21.0 Рвота беременных легкая или умеренная.			

1/7 дней до устранения клинических проявлений; далее согласно группе перинатального риска.	Контроль массы тела. ОАМ 1/3. ОАК, гематокрит 1/7. Исследование крови на глюкозу однократно. БАК + электролиты крови 1/7. ЭКГ. Блок В – 1/7. Блок Г – 1/7. Фиброгастродуоденоскопия по показаниям. Консультация врача-терапевта 1/7 до устранения клинических проявлений. Консультация врача-психотерапевта.	Согласно группе материнского риска по преэклампсии, ФПН. Диета богатая белками, дробное питание (5–6 раз в сутки). Противорвотные средства и средства для устранения тошноты (Группа № 35). Фитопрепараты для седативной терапии (Группа № 44.2). Немедикаментозное лечение.	В гинекологическое отделение при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения в течение 7–10 дней, нарастании степени тяжести, а также при сопутствующих осложнениях беременности.
O21.1 Чрезмерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена веществ.			
–	–	–	Срочная в гинекологическое отделение.
O22.0 Варикозное расширение вен нижних конечностей.			
O22.1 Варикозное расширение вен половых органов.			
Согласно группе перинатального риска.	Коагулограмма + тромбоциты, Д-димеры – в 30, 38 недель беременности. УЗИ вен нижних конечностей. Консультация врача-хирурга 1/60-90. Консультация врача-ангиохирурга по показаниям.	Ангиопротекторы (Группа № 27): курсы по 21–28 дней в первые 3 месяца беременности и в 16–18, 26–28, 34–36 недели беременности. Компрессионные чулки. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22).	Тромбофлебит – в хирургическое отделение организации здравоохранения при отсутствии акушерских осложнений.
O22.2 Поверхностный тромбофлебит во время беременности.			
–	–	–	Срочная в хирургическое отделение организации здравоохранения при отсутствии акушерских осложнений.
O22.3 Глубокий флеботромбоз			
–	–	–	Срочная в хирургическое отделение организации здравоохранения при отсутствии акушерских осложнений
O22.4 Геморрой			
Согласно группе перинатального риска.	Д-димеры – в 30, 38 недель беременности. Консультация врача-проктолога по показаниям. Консультация врача-хирурга 1/90.	Диета, богатая растительной клетчаткой, дробное питание (5–6 раз/сут.). Ангиопротекторы (Группа № 27): курсы по 21–28 дней в первые 3 месяца беременности и в 16–18, 26–28, 34–36 недель беременности	Кровотечение из геморроидальных узлов, тромбоз – в хирургическое отделение организации здравоохранения при отсутствии акушерских осложнений.
O22.5 Тромбоз церебральных вен во время беременности.			
–	–	–	Срочная – в неврологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения при отсутствии акушерских осложнений.
O23.0-4 Инфекции мочевых путей			
Согласно группе перинатального риска.	Анализ мочи по Нечипоренко 1/7-10. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам (далее – АБ).	Согласно группе материнского риска по ФПН, инфицированию. Антибактериальные средства для системного применения (Группа	В урологическое/хирургическое отделение организации здравоохранения при отсутствии акушерских осложнений: отсутствие эффекта от амбулаторного лечения бактериурии; острый пиелонефрит;

	БАК. УЗИ почек, мочевого пузыря. Консультация врача-терапевта 1/12-14. Консультация врача-уролога (нефролога) по показаниям.	№ 11.1, 11.3, 11.5, 11.12). Фитопрепараты для лечения инфекций мочевыводящих путей в акушерстве (Группа № 44.1).	обострение хронического пиелонефрита.
О23.5 Инфекции половых путей (вульвовагинит, вагиноз).			
Согласно группе перинатального риска.	Блок Ж. Врач-дерматовенеролог (по показаниям).	Согласно группе материнского риска по инфицированию, ФПН. Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Противогрибковые средства (Группа № 13). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). При трихомониазе – системная терапия: метронидазол внутрь по 1 таб. 2 раза/сут. 5 дней.	
О23.9 Другая и неуточненная инфекция мочеполовых путей при беременности. (β-гемолитический стрептококк (Str.agalactiae)).			
Согласно группе перинатального риска.	Бактериологическое исследование из влагалища и прямой кишки на β-гемолитический стрептококк (Str.agalactiae) и чувствительность к АБ в 34–36 недель.	Во время беременности лечение не целесообразно.	Антибиотикотерапия проводится в родах с момента поступления.
О24.0 Существовавший ранее сахарный диабет инсулинзависимый (сахарный диабет 1 типа).			
С момента установления беременности до 12 недель – 1/30; после 12 недель – 1/14, после 30 недель – 1/7. УЗИ плода + ДМ в 36 недель.	Ведение дневника самоконтроля с контролем гликемии натощак и через час после еды, ночью – по показаниям. Гликированный гемоглобин 1 раз в триместр. ОАМ после 30 недель – 1/7. Ан. мочи на кетоновые тела при каждом посещении. Анализ мочи на суточную потерю белка по показаниям. Анализ мочи по Нечипоренко при постановке на учет и 1 раз в триместр. ЭКГ. Посев мочи на флору и чувствительность к АБ 1	Согласно группе материнского риска по преэклампсии, ФПН. Целевые уровни гликемии: натощак до 5,1 ммоль/л; через час после еды до 6,7 ммоль/л, через 2 часа до 6 ммоль/л, перед последующими приемами пищи до 5,1 ммоль. Диета с исключением легкоусвояемых углеводов. Ведение дневника самоконтроля ежедневно (обязательно) с указанием количества хлебных единиц (далее – ХЕ), доз инсулина, гликемии,	Плановые госпитализации в эндокринологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения: до 12 недель, в 20–22, 28–32 недели при отсутствии акушерских осложнений. При развитии осложнений беременности – в акушерский стационар. Дородовая госпитализация в акушерский стационар в 36–38 недель беременности.

	<p>раз в триместр. Посев из носа, зева, влагалища 1 раз в триместр. БАК по показаниям. Консультация и наблюдение врачом-терапевтом. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно) 1 раз в триместр, врача-уролога по показаниям.</p>	<p>физической активности. Интенсифицированная инсулиноterapia в базис-болюсном режиме генно-инженерными человеческими инсулинами или аналогами инсулина в дозах, зависящих от уровня гликемии, физической активности, количества ХЕ с учетом изменения потребности в инсулине на протяжении беременности (под контролем врача-эндокринолога). Симптоматическая терапия по показаниям.</p>	
О24.1 Существовавший ранее сахарный диабет инсулиннезависимый (сахарный диабет 2 типа).			
<p>С момента установления беременности до 12 недель – 1/30; после 12 недель – 1/14, после 30 недель – 1/7. УЗИ плода + ДМ в 36 недель.</p>	<p>Ведение дневника самоконтроля с контролем гликемии натошак и через час после еды, ночью – по показаниям. Гликированный гемоглобин 1 раз в триместр. Общий анализ мочи после 30 недель – 1/7. Ан. мочи на кетоновые тела при каждом посещении. Анализ мочи на суточную потерю белка по показаниям. Анализ мочи по Нечипоренко при постановке на учет и 1 раз в триместр. ЭКГ. Посев мочи на флору и чувствительность к АБ 1 раз в триместр. Посев из носа, зева, влагалища 1 раз в триместр. БАК по показаниям. Консультация и наблюдение врачом-терапевтом. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно) 1 раз в триместр, врача-уролога по показаниям.</p>	<p>Согласно группе материнского риска по преэклампсии, ФПН. Диета с исключением углеводов, ограничением жиров при избыточной массе тела. Ведение дневника самоконтроля ежедневно (обязательно) с указанием количества ХЕ, доз инсулина (при инсулинотерапии), гликемии, физической активности. Назначение инсулина по показаниям или при отсутствии достижения целевых значений гликемии (натошак более 5,1 ммоль/л, через час после еды более 6,7 ммоль/л) в течение двух недель. Интенсифицированная инсулиноterapia в базис-болюсном режиме генно-инженерными человеческими инсулинами или аналогами инсулина в дозах, зависящих от уровня гликемии, физической активности, количества ХЕ с учетом изменения потребности в инсулине на протяжении беременности (под</p>	<p>При необходимости назначения инсулинотерапии – в эндокринологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения. Консультация врача-эндокринолога в 30–32 недели и госпитализация по показаниям. Дородовая госпитализация в акушерский стационар в 38 недель беременности. Досрочное родоразрешение по показаниям.</p>

		контролем врача-эндокринолога).	
O24.4 Сахарный диабет, возникший во время беременности (гестационный СД). Гликемия плазмы венозной крови натощак $\geq 5,1$ ммоль/л и менее 7 ммоль/л, или ≥ 10 ммоль/л через час после ПТТГ, или $\geq 8,5$, но менее 11,1 ммоль/л через 2 часа после ПТТГ.			
С момента установления беременности до 12 недель – 1/30; после 12 недель – 1/14, после 30 недель – 1/7. УЗИ плода + ДМ в 36 недель.	Ведение дневника самоконтроля с контролем гликемии натощак и через час после еды, ночью – по показаниям. Гликированный гемоглобин 1 раз в триместр. Общий анализ мочи после 30 недель – 1/7. Консультация и наблюдение врачом-терапевтом. Консультация врача-офтальмолога (глазное дно) 1 раз в триместр, врача-уролога по показаниям.	Согласно группе материнского риска по преэклампсии, ФПН. Целевые уровни гликемии: натощак до 5,1 ммоль/л; через час после еды до 6,7 ммоль/л, через 2 часа до 6 ммоль/л, перед последующими приемами пищи до 5,1 ммоль. Диета с исключением легкоусвояемых углеводов. Ведение дневника самоконтроля ежедневно (обязательно) с указанием количества ХЕ, доз инсулина (при инсулинотерапии), гликемии, физической активности. Назначение инсулина по показаниям или при отсутствии достижения целевых значений гликемии (натощак более 5,1 ммоль/л, через час после еды более 6,7 ммоль/л) в течение двух недель. Интенсифицированная инсулинотерапия в базис-болюсном режиме генно-инженерными человеческими инсулинами или аналогами инсулина в дозах, зависящих от уровня гликемии, физической активности, количества хлебных единиц с учетом изменения потребности в инсулине на протяжении беременности (под контролем врача-эндокринолога). Симптоматическая терапия по показаниям.	Плановая госпитализация в эндокринологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения до 12 недель, в 20–22, 28–32, 36–38 недель (при инсулинотерапии). При развитии осложнений беременности – в акушерский стационар.
O26.0 Чрезмерное увеличение массы тела во время беременности (патологическая прибавка массы тела).			
1/10-14 до устранения клинических проявлений.	Проба Мак-Клюра-Олдрича однократно. ОАК, гематокрит 1/14. БАК + электролиты крови однократно. Исследование крови на	Согласно группе материнского риска по преэклампсии. Диета, богатая белками, дробное питание (5–	В акушерский стационар при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения в течение 10–14 дней.

	<p>глюкозу однократно. Анализ мочи по Нечипоренко однократно. Контроль суточного диуреза. ЭКГ однократно. Консультация врача-терапевта 1/10-14. Другие специалисты по показаниям.</p>	<p>6 раз/сутки), «разгрузочные» дни 1-2/7.</p>	
О26.2 Привычное невынашивание.			
<p>До 30 недель беременности – 1/14; после 30 недель беременности – 1/7-10 или по показаниям.</p>	<p>Измерение базальной температуры до 12 недель беременности ежедневно. Бимануальный осмотр 1/30 для контроля за состоянием шейки матки. АФС, гомозиготная мутация MTHFR (C677 T), гипергомоцистеинемия. Трансцервикальная цервикометрия в 18-23 6/7 недели. Консультация врача-психотерапевта</p>	<p>Согласно группе материнского риска по невынашиванию, кровотечению, преэклампсии. Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Кортикостероиды для системного применения (Группа № 8) при подтверждении врожденной дисплазия коры надпочечников.</p>	<p>Госпитализация в критические сроки прерывания предыдущих беременностей – в гинекологическое отделение или акушерский стационар. Срочная – при угрозе прерывания беременности.</p>
О26.4 Герпес беременных.			
<p>Согласно группе перинатального риска.</p>	<p>Консультация врача-инфекциониста и врача-дерматовенеролога (по показаниям).</p>	<p>Антивирусные средства прямого действия (Группа № 14). Иммуноглобулины (Группа № 32).</p>	<p>По показаниям – в инфекционное отделение организации здравоохранения.</p>
О26.5 Гипотензивный синдром у матери			
<p>До 20 недель беременности – 1/21-28; после 20 недель беременности – 1/10-12.</p>	<p>Профиль АД. ЭКГ в 30 недель беременности. ЭХО-КГ. Консультация врача-терапевта 1 раз в триместр. Консультация врача-кардиолога – по показаниям.</p>	<p>Лечебная физкультура (далее – ЛФК). Немедикаментозное лечение (ИРТ).</p>	
О26.6 Поражение печени во время беременности, родов и в послеродовом периоде (холестатический гепатоз беременных).			
<p>1/7.</p>	<p>Анализ мочи на желчные пигменты, уробилин. Биохимическое исследование крови, лактатдегидрогеназа (далее – ЛДГ), γ-глутамилтранспептидаза (далее – ГТП), щелочная фосфатаза (далее – ЩФ) – 1/7. Коагулограмма, Д-димеры – 1/14. УЗИ брюшной полости, а также через 21 день после выписки. УЗИ плода с ДМ. Консультация врача-терапевта.</p>	<p>Согласно группе материнского риска по кровотечению, ФПН. Средства для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей (Группа № 37). Антигистаминные средства для общего применения (Группа № 34). Микронутриентная терапия (Группа № 41).</p>	<p>При установлении диагноза – в акушерский стационар. Дородовая госпитализация в 37 недель.</p>
О26.8 Другие уточненные состояния, связанные с беременностью (онкозаболевание в анамнезе).			
<p>С момента установления</p>	<p>Блок А, В, Г, Д. Диспансеризация</p>	<p>Согласно группе материнского риска по</p>	<p>Плановая в РНПЦМД для составления плана ведения</p>

беременности – 1 раз в месяц; после 30 недель беременности – 1/14 или по показаниям.	совместно с врачами-онкологами. Осмотр врача-онколога в 12 и 30 недель. УЗИ щитовидной железы и лимфоузлов, органов брюшной полости и молочных желез и др. в зависимости от локализации опухоли. КТ, МРТ по показаниям.	кровотечению, ФПН, невынашиванию, тромбоэмболическим осложнениям. Симптоматическая терапия по показаниям.	беременности и родоразрешения в 18–20 недель. Родоразрешение в РНПЦМД.
О26.8 Другие уточненные состояния, связанные с беременностью (онкозаболевание, выявленное во время беременности).			
С момента установления диагноза – 1/14 или по показаниям.	Блок А, В, Г, Д. Консультация врача-онколога для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности, наблюдение врача-онколога до 32 недель беременности – 1/14; с 33 недель – 1/7-10. УЗИ (в зависимости от локализации опухоли). Эндоскопические методы исследования по показаниям. Биопсия очаговых образований по показаниям. Онкомаркеры по показаниям. МРТ по показаниям. Рентгенографическое исследование по показаниям. Консультация врача-психотерапевта.	Согласно группе материнского риска по кровотечению, ФПН, невынашиванию, тромбоэмболическим осложнениям. Симптоматическая терапия по показаниям.	В онкологический стационар. Родоразрешение в РНПЦМД.
О30.0 Многоплодная беременность двойней. О30.1 Беременность тройней. О30.2 Беременность четырьмя плодами. О30.9 Многоплодная беременность неуточненная.			
До 28 недель беременности – 1/14-21; после 28 недель – 1/7.	ОАК 1/30. Коагулограмма 1/30. УЗИ плодов 1/28 после 22 недель. При монохориальной (далее – МХ) беременности УЗИ плодов 1/14 с 16 до 26 недель беременности. Доплерометрия в 28, 32–34, 37–38 недель беременности. Трансцервикальная цервикометрия в 18–24 недели. Консультация врача-терапевта 1 раз в триместр.	Согласно группе материнского риска по развитию кровотечений, преэклампсии, невынашиванию, ФПН.	В акушерский стационар: угроза прерывания беременности, задержка роста плода(ов) (далее – ЗРП) II и III степени, нарушение маточно-плацентарно-плодового кровотока (далее – МППК) 1Б ст., фето-фетальный трансфузионный синдром (далее – ФФТС). Дородовая госпитализация при МХ диамниотической (далее – ДА) двойне в 35–36 недель беременности, при моноамниотической (далее – МА) двойне в 33–34 недели.
О31.2 Продолжающаяся беременность после внутриутробной гибели одного или более чем одного плода.			
–	–	–	Срочная в акушерский стационар.
О31.8 Другие осложнения, характерные для многоплодной беременности (ФФТС, синдром обратной артериальной перфузии (далее – СОАП)).			

До 28 недель беременности – 1/14-21; после 28 недель – 1/7-10 или по показаниям.	УЗИ плодов 1/14 с 16 до 26 недель беременности; 30–32 недели.	Согласно группе материнского риска по кровотечению, преэклампсии, невынашиванию, ФПН.	В РНПЦМД при диагностике ФФТС, СОАП в сроке 16–25 недель.
<p>О32 Неправильное положение плода (с 32 недель беременности).</p> <p>О32.0 Неустойчивое положение плода.</p> <p>О32.1 Ягодичное предлежание плода.</p> <p>О32.2 Поперечное или косое положение плода.</p> <p>О32.3 Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода.</p> <p>О32.4 Высокое стояние головки к концу беременности.</p> <p>О32.5 Многоплодная беременность с неправильным предлежанием одного или нескольких плодов.</p>			
Согласно группе перинатального риска. После 34 недель беременности – 1/7.	Блок А. УЗИ + ДМ в 37–38 недель беременности.	При одноплодной беременности с 30 до 34 недель беременности ЛФК: лежать на левом/правом боку, принимать коленно-локтевое положение в течение 10 минут 3–4 раза в день для спонтанного изменения положения/предлежания плода. Медицинская помощь во время беременности оказывается при возникновении осложнений беременности, но не в связи с неправильным положением (предлежанием) плода. Какие-либо специальные действия, связанные с насильственным изменением положения или предлежания плода не допустимы.	Дородовая госпитализация в 38–39 недель беременности при сохранении неправильного предлежания плода.
О33.0-3 Медицинская помощь матери при установленном или предполагаемом несоответствии размеров таза и плода (Анатомически узкий таз).			
Согласно группе перинатального риска.	Блок А. УЗИ + ДМ в 37–38 недель беременности.	–	Дородовая госпитализация в 38–39 недель беременности.
О34.0 Врожденные аномалии матки, требующие предоставления медицинской помощи матери			
С 12 недель беременности – 1/14; после 30 недель – 1/7-10 или по показаниям.	УЗИ матки и плода.	Согласно группе материнского риска по кровотечению, невынашиванию.	При появлении осложнений беременности. Дородовая госпитализация в 38–39 недель.
О34.1 Опухоль тела матки, требующая предоставления медицинской помощи матери (миома матки).			
С 12 недель беременности – 1/14; после 30 недель – 1/7-10 или по показаниям.	Блок А. Блок В. Блок Г. Блок Д.	Согласно группе материнского риска по кровотечению, невынашиванию. ЛС, улучшающие кровотоки в тканях (Группа № 28). Спазмолитики (Группа № 26).	Срочная в гинекологическое отделение/акушерский стационар в любом сроке беременности при быстром росте опухоли, нарушении питания узла (узлов), появлении осложнений беременности. Дородовая госпитализация в 38–39 недель.
О34.2 Исключена.			
О34.3 Истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери.			

<p>Динамическая трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия согласно группе риска с 14 по 28 неделю беременности. Бактериологическое исследование влагалищного отделяемого на флору и чувствительность к антибиотикам в 14–15 недель беременности. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам в 14–15 недель беременности. ОАК, БАК (С-реактивный белок), микроскопическое исследование влагалищного отделяемого на флору с момента установления диагноза истмико-цервикальной недостаточности и далее 1 раз в месяц.</p>	<p>Согласно группе материнского риска по невынашиванию, инфицированию.</p>	<p>Ограничение физической нагрузки. Лечение истмико-цервикальной недостаточности с помощью акушерского pessaria с 16 до 34 недель беременности при отсутствии медицинских показаний для хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности. Антибактериальные ЛС для системного применения (Группа № 11.1, 11.3, 11.4) по медицинским показаниям. Микронизированный прогестерон вагинально 200 мг в сутки (Группа № 3.1) с момента установления диагноза до 34 недель беременности. Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15) по медицинским показаниям. Противогрибковые ЛС (Группа № 13) по медицинским показаниям.</p>	<p>Наличие медицинских показаний для хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности.</p>
<p>Примечание. С 14 до 28 недель беременности при длине шейки матки 25 мм и отсутствии у пациента отягощенного анамнеза по невынашиванию беременности назначается микронизированный вагинальный прогестерон (Группа № 3.1) 200 мг в сутки с момента установления диагноза и до 34 недель беременности, проводится трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия 1 раз в неделю и при укорочении шейки матки до 20 мм выполняется лечебный вагинальный серкляж или используется акушерский разгружающий pessaries. Беременным, получавшим дидрогестерон по медицинским показаниям, при развитии истмико-цервикальной недостаточности продолжить его прием до 20 недель беременности с последующим переходом на микронизированный прогестерон после 20 недель.</p>			
<p>О34.4 Другие аномалии шейки матки, требующие предоставления медицинской помощи матери (полип шейки матки, предшествующие операции, стриктуры и стенозы шейки матки, опухоль шейки матки).</p>			
<p>Согласно группе перинатального риска. Кольпоскопия.</p>	<p>Кольпоскопия. Цитологическое исследование.</p>	<p>Согласно группе материнского риска по невынашиванию, инфицированию. Полип шейки матки – полипэктомия в сроке беременности более 16 недель после санации влагалища и кольпоскопии. Предшествующие операции на шейке матки наблюдение в зависимости от</p>	<p>Полип шейки матки, подозрение на опухоль шейки матки. Дородовая госпитализация при стенозах и стриктурах шейки матки в 38–39 недель; при опухолях и подозрении на них – в 37 недель.</p>

		акушерской ситуации. При верификации опухоли – тактика ведения по согласованию с врачом-онкологом.	
О34.6 Аномалии влагалища, требующие предоставления медицинской помощи матери.			
Согласно группе перинатального риска.	–	Согласно группе материнского риска по невынашиванию, инфицированию. Аномалии влагалища, не препятствовавшие наступлению беременности, специализированной помощи во время беременности не требуют.	Дородовая госпитализация в 38–39 недель.
О34.7 Аномалии вульвы и промежности, требующие предоставления медицинской помощи матери.			
Согласно группе перинатального риска.	–	Аномалии вульвы и промежности, не препятствовавшие наступлению беременности, специального лечения на ее протяжении не требуют.	Дородовая госпитализация при наличии пластических операций на вульве и промежности, которые сопровождались перемещением тканей, закрытием свищевых ходов, коррекцией тазового дна, а также разрывах в предыдущих родах 3–4 степени – в 38–39 недель.
О34.8 Другие уточненные аномалии тазовых органов, требующие предоставления медицинской помощи матери (цистоцеле, пластика тазового дна (в анамнезе), ректоцеле, ригидное тазовое дно).			
Согласно группе перинатального риска.	–	Ограничение физической активности. Антисептические и противомикробные средства для применения в гинекологии (Группа № 15). Противогрибковые средства (Группа № 13) по показаниям.	Во время беременности наблюдение, заправление цистоцеле, ректоцеле, санация влагалища. Дородовая госпитализация в 39 недель беременности.
О34.8 Другие уточненные аномалии тазовых органов, требующие предоставления медицинской помощи матери (цистоцеле, пластика тазового дна в анамнезе, ректоцеле, ригидное тазовое дно).			
О34.9 Аномалия тазовых органов, требующая предоставления медицинской помощи матери, неуточненная.			
	Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям. Блок Г 1/7-10. Блок Д при поступлении и по показаниям.	Ограничение физической активности.	Цистоцеле, ректоцеле – лечение патологии после завершения беременности. Во время беременности наблюдение, заправление цистоцеле, ректоцеле, санация влагалища. Дородовая госпитализация в 39 недель при наличии: 1. пластики тазового дна в анамнезе; 2. ушивания разрыва промежности 3–4 степени в предшествующих родах.
О33.5 Крупные размеры плода, приводящие к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери.			
О36.6 Избыточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери. (Крупный плод).			
Согласно группе перинатального риска.	Анализ крови на глюкозу. ПТТГ. УЗИ + ДМ в 37 недель.	Диета низкокалорийная с ограничением углеводов и животных жиров, дробное питание (5–6 раз/сутки), «разгрузочные» дни	Дородовая госпитализация в 39 недель беременности.

		1/7-10. ЛФК.	
О36.2 Водянка плода (несоответствие размеров таза и плода).			
–	–	–	В акушерский стационар при установлении диагноза для решения вопроса о пролонгировании/родоразрешении.
О33.6 Гидроцефалия.			
О35.0 Пороки развития центральной нервной системы у плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.			
О35.1 Хромосомные аномалии у плода (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери.			
О35.2 Наследственные болезни (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери.			
Согласно группе перинатального риска.	Кариотипирование плода (по показаниям): биопсия ворсин хориона в 11–14 недель беременности (по показаниям), амниоцентез в 15–22 недели беременности (по показаниям), кордоцентез в 18–22 недели беременности (по показаниям). Генетические исследования в РНПЦМД по показаниям. Консультация врача-генетика, других специалистов с учетом выявленной патологии (врача-хирурга, врача-нейрохирурга).		При подтверждении аномалии до 22 недель беременности – прерывание беременности по медицинским показаниям. Метод прерывания беременности зависит от конкретных клинических условий. При верификации диагноза после 22 недель – пролонгирование беременности.
О36.0 Исключены.			
О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери (хроническая гипоксия плода).			
–	УЗИ плода + ДМ. КТГ.	Микронутриентная терапия (Группа № 41). ЛС, улучшающие кровотоки в тканях (Группа № 28).	При необходимости верификации – обследование в дневном стационаре (при нарушениях МППК IA и IB степени при ДМ; тревожном типе КТГ). Срочная госпитализация в акушерский стационар после верификации диагноза.
О36.4 Антенатальная гибель плода.			
–	УЗИ плода. КТГ.	–	Срочная в акушерский стационар.
О36.5 Недостаточный рост плода, требующий предоставления помощи матери (задержка роста плода).			
Согласно группе перинатального риска.	Блок Д: УЗИ + ДМ в динамике 1/21.	Диета, богатая белком. Микронутриентная терапия (Группа № 41). ЛС, улучшающие кровотоки в тканях (Группа № 28).	В акушерский стационар при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения ЗРП 1 степени в течение 10–14 дней. Срочная в акушерский стационар при ЗРП 2–3 степени.
О40 Многоводие.			
–	–	–	В акушерский стационар. Дородовая госпитализация в 37 недель беременности.
О41.0 Маловодие.			
Согласно группе перинатального риска.	Блок Ж. ДМ. КТГ.	ЛС, улучшающие кровотоки в тканях (Группа № 28). Антибактериальные средства для системного применения (Группа	В акушерский стационар при выявлении маловодия в сочетании с ЗРП или нарушением МППК. Дородовая в 37 недель беременности.

		№ 11.1, 11.3, 11.4) по показаниям.	
O41.1 Инфекция амниотической полости и плодных оболочек (хориоамнионит).			
–	–	–	Срочная в акушерский стационар.
O42 Преждевременный разрыв плодных оболочек.			
–	–	–	Срочная в акушерский стационар в сроках беременности 238–258 дней – II перинатального уровня, 197–237 дней – III перинатального уровня, 168–196 дней – IV перинатального уровня.
O43.0 Синдромы плацентарной трансфузии (плодово-материнская трансфузия, ФФТС).			
–	Фетальный гемоглобин. УЗИ плода(ов) + ДМ: оценка показателей пиковой систолической скорости кровотока (далее – ПССК) в средней мозговой артерии (далее – СМА) плода.	–	Срочная в РНПЦМД.
O44.0 Предлежание плаценты без кровотечения.			
До 30 недель беременности – 1/10-12; с 30 недель беременности – 1/7.	ОАК 1/21. Коагулограмма 1/21-28. Д-димеры – 30 недель беременности. УЗИ 1/30. ДМ в 28 недель беременности. КТГ 1/14.	Согласно группе материнского риска по кровотечению, невынашиванию.	Дородовая госпитализация в 37 недель в акушерский стационар III перинатального уровня.
O44.1 Предлежание плаценты с кровотечением.			
–	–	–	Срочная в ближайший акушерский стационар.
O45 Преждевременная отслойка плаценты.			
O46 Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках.			
–	–	–	Срочная в ближайший акушерский стационар.
O47.0 Ложные схватки до 37 недель (угрожающие преждевременные роды).			
–	Блок А – ежедневно. Блок В – 1/7. Блок Г – 1/7. КТГ ежедневно. УЗИ матки и плода однократно.	Спазмолитики (Группа № 26). ЛС для токолиза (Группа № 25). Фитопрепараты для седативной терапии (Группа № 44.2).	В дневной стационар при угрозе прерывания беременности при отсутствии кровянистых выделений, привычного невынашивания и длине шейке матки более 25 мм. В акушерский стационар: динамические изменения структуры шейки матки (укорочение шейки матки и открытие цервикального канала) в сочетании с другими клиническими проявлениями; отсутствие эффекта от лечения в дневном стационаре; ОАА.
O47.1 Ложные схватки после 37 недель (предвестники родов).			
–	КТГ.	Фитопрепараты для седативной терапии (Группа № 44.2). Спазмолитики (Группа № 26). Аналгетики (Группа № 31.1).	В акушерский стационар при развитии родовой деятельности, ПРПО.
O48 Переношенная беременность			
Явка в срок 281–286 дней.	Внутреннее акушерское исследование для определения состояния шейки матки. КТГ.	–	В акушерский стационар в 287 дней беременности.

Об0 Преждевременные роды.			
–	–	–	Срочная в акушерский стационар в сроках беременности 238–258 дней – II перинатального уровня, 197–237 дней – III перинатального уровня, 168–196 дней – в РНПЦМД.
О98.0 Туберкулез.			
Согласно группе перинатального риска	Блок Ж. Консультация врача-фтизиатра.	–	Лечение в специализированном отделении организации здравоохранения.
О98.1 Сифилис.			
Согласно группе перинатального риска.	Блок Ж. Консультация врача-дерматовенеролога.	–	Лечение в специализированном отделении организации здравоохранения.
О98.2 Гонорея.			
Согласно группе перинатального риска	Консультация врача-дерматовенеролога.	–	Лечение в специализированном отделении организации здравоохранения.
О98.3 Инфекции, передающиеся половым путем.			
Согласно группе перинатального риска.	Консультация врача-дерматовенеролога (по показаниям).	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.4, 11.6, 11.8). Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15).	
О98.4 Вирусный гепатит			
–	Консультация врача-инфекциониста.	–	В инфекционное отделение организации здравоохранения по показаниям.
О98.5 Цитомегаловирус (P35.1)			
Согласно группе пренатального риска.	Амниоцентез в 20–21 недели, но не ранее чем через 6 недель от момента инфицирования (по медицинским показаниям). МРТ плода в 30–32 недели (по медицинским показаниям).	–	При подтверждении внутриутробного инфицирования плода (обнаружение ДНК цитомегаловируса методом ПЦР в амниотических водах) может быть рекомендовано прерывание беременности по медицинским показаниям. При верификации диагноза после 22 недель – пролонгирование беременности.
О98.6 Токсоплазмоз (P37.1)			
Согласно группе пренатального риска.	Амниоцентез в 17–21 недели, но не ранее чем через 6 недель от момента инфицирования (по медицинским показаниям). МРТ плода в 30–32 недели (по медицинским показаниям).	ЛС, антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.4): спирамицин – 9 млн МЕ в сутки в 3 приема продолжить при отрицательном результате ПЦР.	При подтверждении внутриутробного инфицирования плода (обнаружение ДНК токсоплазмы методом ПЦР в амниотических водах) может быть рекомендовано прерывание беременности по медицинским показаниям. При верификации диагноза после 22 недель – пролонгирование беременности.
О99.0 Анемия.			
1/14-21 до выздоровления или госпитализации или согласно группе перинатального риска.	ОАК – 1/21-28. БАК + сывороточное железо + ферритин – однократно, в дальнейшем по показаниям. Консультация врача-терапевта 1/14-21 до	Диета, богатая белками и железом. Противоанемические средства (Группа № 21). Микронутриентная терапия (Группа № 41).	В акушерский стационар при гемоглобине менее 90 г/л.

	выздоровления или госпитализации.	ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).	
O99.1 Исключена.			
Согласно группе перинатального риска.	Коагулограмма + Д-димеры – 1/28 и по показаниям. Антитромбин III – по показаниям. АФС. Консультация врача-гематолога.	Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) по показаниям – риск тромбоэмболических осложнений (или «состояние тромботической готовности»). ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22) по показаниям. Микронутриентная терапия (Группа № 41) – фолиевая кислота при гипергомоцистеинемии.	Дородовая госпитализация в РНПЦМД в 38 недель с тромбофилиями высокого риска.
O99.2 Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период (ожирение).			
Согласно группе перинатального риска.	Консультация врача-эндокринолога в 12 недель беременности, далее по показаниям.	Диета низкокалорийная с ограничением углеводов и животных жиров, дробное питание (5–6 раз/сутки), «разгрузочные» дни 1-2/7. ЛФК.	В акушерский стационар при осложнениях беременности.

* Объем диагностических обследований согласно блокам, приведенным в приложении 1.

** Лекарственная терапия и немедикаментозное лечение согласно приложению 2.

14. Наблюдение, диагностика и лечение осложнений беременности, родов и других состояний, требующих оказания медицинской помощи, в стационарных условиях осуществляется согласно таблице 8 настоящего приложения по нозологической форме заболевания или осложнения беременности (в соответствии с МКБ-10).

Таблица 8

Медицинское наблюдение, диагностика и лечение беременных в стационарных условиях

Объем оказания медицинской помощи		Средняя длительность лечения и тактика ведения
Диагностика*	Лечение**	
1	2	3
O10.0 Существовавшая ранее эссенциальная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.		
O10.1 Существовавшая ранее сердечно-сосудистая гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.		
Блок А ежедневно. Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям. Блок Г+ электролиты крови – при поступлении и по показаниям. Блок Д – при поступлении и	Лечебно-охранительный режим. Лечение согласуется с врачом-кардиологом (терапевтом). Антигипертензивные средства (Группа № 23): метилдопа 0,5–2,0 г/сут. в 2–4 приема внутрь;	7–10 дней Госпитализация в кардиологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения. Диффдиагноз проводят с коарктацией аорты, атеросклерозом аорты, аортальной регургитацией, аортальной

<p>по показаниям. Эхокардиография (далее – ЭхоКГ) по показаниям. Консультации врача-терапевта, врача-кардиолога, врача-офтальмолога при поступлении и по показаниям.</p>	<p>метопролол 25–75 мг/сут. в 2–3 приема, небиволол 2,5–5 мг/сут. в 1–2 приема, бисопролол 2,5–5 мг/сут. в 1–2 приема, бетаксолол 5–10 мг/сут. в 1–2 приема; нифедипин пролонгированного действия 30–60 мг/сут. в 1–2 приема (после 20 недель), амлодипин 2,5–10 мг/сут. в 1–2 приема. При резистентных формах сочетание 2–3 лекарственных средств, в том числе доксазозин 1–4 мг/сут. в 1–2 приема внутрь. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Фитопрепараты для седативной терапии (Группа № 44.2).</p>	<p>недостаточностью, артериовенозной фистулой, панартериитом, фибромускулярной гиперплазией, незаращением Боталлова протока, тромбозом, атеросклерозом почечной артерии, полной атриовентрикулярной блокадой. При отсутствии эффекта от лечения и стойкой гипертензии (АД 160/110 мм рт. ст. и более) консилиумом решить вопрос о возможности пролонгирования беременности, досрочном родоразрешении и методе родоразрешения. Госпитализация в акушерский стационар в 38 недель беременности – для определения срока и метода родоразрешения.</p>
<p>О10.2 Существовавшая ранее почечная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.</p>		
<p>Блок А ежедневно. Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям. Блок Г+ электролиты крови – при поступлении и по показаниям. Анализ мочи на суточную потерю белка 1/7. Анализ мочи по Нечипоренко 1/7. Анализ мочи по Зимницкому 1/7. Блок Д – при поступлении и по показаниям. ЭхоКГ. УЗИ почек. Консультации врача-офтальмолога (глазное дно), врача-терапевта; по показаниям врача-уролога и врача-нефролога.</p>	<p>Лечение эссенциальной гипертензии (аналогично шифру по МКБ-10 О10.0) и заболевания почек, которое согласуется с врачом-нефрологом (врачом-урологом, врачом-терапевтом). Спазмолитики (Группа № 26). Фитопрепараты для терапии инфекций мочевыводящих путей (Группа № 44.1).</p>	<p>7–10 дней. Госпитализация в нефрологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения. До стабилизации клинического состояния, выбора тактики дальнейшего ведения. Дифдиагноз с гломерулонефритом, хроническим пиелонефритом, аномалиями почек, гидронефрозом, хронической почечной недостаточностью любого генеза, поражениями почек при системных заболеваниях (коллагенозы, туберкулез, сахарный диабет, тромбоцитопеническая пурпура, амилоидоз, гемолитико-уремический синдром), пузырно-мочеточниковым рефлюксом. Госпитализация в акушерский стационар в 38 недель беременности – для определения срока и метода родоразрешения.</p>
<p>О10.4 Существовавшая ранее вторичная гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период.</p>		
<p>О10.9 Существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неуточненная.</p>		
<p>Диагностика как при почечной гипертензии (см. О10.2).</p>	<p>Лечение как при эссенциальной гипертензии (О10.0). Лечение основного заболевания.</p>	<p>7–10 дней. Госпитализация в кардиологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения. До стабилизации клинического состояния, выбора тактики дальнейшего ведения. Дифдиагноз с сердечно-сосудистой, почечной патологией, соматоформной дисфункцией, эндокринной патологией и нарушениях обмена веществ (гиперальдостеронизм, болезнь Иценко-Кушинга, феохромоцитома, тиреотоксикоз, микседема, акромегалия, адреногенитальный синдром, врожденная гиперплазия коры надпочечников, порфирия, гиперкальцемия), с неврологической патологией (энцефалит, опухоль мозга), интоксикацией (алкоголизм) и применением ЛС (кортикостероиды, симпатомиметики).</p>

		Госпитализация в акушерский стационар в 38 недель беременности – для определения срока и метода родоразрешения.
О11 Существовавшая ранее гипертензия с присоединившейся протеинурией.		
<p>Блок А ежедневно. Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям. Блок Г+ электролиты крови – при поступлении и по показаниям. Анализ мочи по Нечипоренко 1/7. Анализ мочи по Зимницкому 1/7. Анализ мочи на суточную потерю белка 1/7. Блок Д – при поступлении и по показаниям. УЗИ почек однократно. ЭхоКГ однократно. Консультации врача-терапевта, врача-офтальмолога; по показаниям врача-уролога, врача-кардиолога, врача-нефролога.</p>	<p>Лечение как при эссенциальной гипертензии (О10.0). Антигипертензивные средства (Группа № 23): метилдопа 0,5–2,0 г/сут. в 2–4 приема внутрь; нифедипин пролонгированного действия 30–60 мг/сут. в 1–2 приема (после 20 недель), амлодипин 2,5–10 мг/сут. в 1–2 приема); метопролол 25–75 мг/сут. в 2–3 приема, небиволол 2,5–5 мг/сут. в 1–2 приема, бисопролол 2,5–5 мг/сут. в 1–2 приема, бетаксолол 5–10 мг/сут. в 1–2 приема. При резистентных формах сочетание 2–3 лекарственных средств, в том числе доксазозин 1–4 мг/сут. в 1–2 приема внутрь. ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Фитопрепараты для терапии инфекций мочевыводящих путей (Группа № 44.1). Кортикостероиды для профилактики респираторного дистресс-синдрома (далее – РДС) у плода (Группа № 8.1) по показаниям.</p>	<p>7–10 дней. Госпитализация в акушерский стационар. При отсутствии эффекта от лечения и стойкой гипертензии (АД 160/110 мм рт. ст. и более) врачебным консилиумом решить вопрос о возможности пролонгирования беременности, досрочном родоразрешении и методе родоразрешения.</p>
О12.0 Вызванные беременностью отеки.		
О12.1 Вызванная беременностью протеинурия.		
О12.2 Вызванные беременностью отеки с протеинурией.		
<p>Блок А ежедневно. Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям. Блок Г+ электролиты крови – при поступлении и по показаниям. Анализ мочи на суточную потерю белка 1/7. Анализ мочи по Нечипоренко 1/7. Анализ мочи по Зимницкому 1/7. Блок Д – при поступлении и по показаниям. УЗИ почек (по показаниям). Консультации врача-терапевта, врача-офтальмолога, врача-уролога, врача-нефролога (по показаниям).</p>	<p>Лечебно-охранительный режим. Фитопрепараты для седативной терапии (Группа № 44.2). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Инфузионная терапия (Группа № 17.2) по показаниям. Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) по показаниям. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22).</p>	<p>7–10 дней. Госпитализация в акушерский стационар. В сроке беременности до 37 недель при отсутствии эффекта от лечения в течение 7–10 дней – досрочное родоразрешение. В сроке 37 недель беременности и более – родоразрешение в течение 2–3 суток в зависимости от акушерской ситуации.</p>
О13 Вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии (гестационная артериальная гипертензия).		
<p>Блок А ежедневно. Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям. Блок Г+ электролиты крови – при поступлении 1/3. ОАМ ежедневно. Анализ мочи на суточную потерю белка 1/3.</p>	<p>Антигипертензивные средства (Группа № 23): метилдопа 0,5–2,0 г/сут. в 2–4 приема внутрь; нифедипин пролонгированного действия 30–60 мг/сут. в 1–2 приема, амлодипин 2,5–10 мг/сут. в 1–2 приема.</p>	<p>7–10 дней. Госпитализация в акушерский стационар. В сроке беременности до 37 недель при отсутствии эффекта от лечения в течение 7 дней – досрочное родоразрешение. В сроке 37 недель беременности и более – родоразрешение в течение 2–3 суток в зависимости от акушерской</p>

<p>Анализ мочи по Нечипоренко 1/5. Анализ мочи по Зимницкому 1/5. Блок Д – при поступлении и по показаниям. УЗИ почек. Консультации врача-терапевта, врача-офтальмолога.</p>	<p>При отсутствии эффекта – метопролол 25–75 мг/сут. в 2–3 приема, небиволол 2,5–5 мг/сут. в 1–2 приема, бисопролол 2,5–5 мг/сут. в 1–2 приема, бетаксолол 5–10 мг/сут. в 1–2 приема, доксазозин 1–4 мг/сут. в 1–2 приема. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Спазмолитики (Группа № 26). Фитопрепараты для седативной терапии (Группа № 44.2). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) по показаниям. Противосудорожные средства (Группа № 24) по показаниям. Инфузионная терапия (Группа № 17.1) по показаниям. Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) при досрочном родоразрешении 26-35 6/7 недель.</p>	<p>ситуации. Роды через естественные родовые пути возможны при готовности родовых путей, компенсированном состоянии плода, управляемой нормотонии. В родах: Антигипертензивные средства (Группа № 23). Инфузионная терапия (Группа № 17.1). Спазмолитики (Группа № 26). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Аналгетики (Группа № 31.1). Обезболивание родов (Группа № 31.3). При уровне АД выше 150/100 мм рт. ст. – кюретаж полости матки в раннем послеродовом периоде.</p>
<p>О14.0 Умеренная преэклампсия.</p>		
<p>Блок А ежедневно. Блок В – при поступлении, 1/5. Блок Г+ электролиты крови – при поступлении, 1/3. ОАМ ежедневно. Анализ мочи на суточную потерю белка 1/3. Анализ мочи по Нечипоренко. Анализ мочи по Зимницкому. Блок Д – при поступлении и по показаниям. УЗИ почек. Консультации врача-терапевта, врача-офтальмолога.</p>	<p>Лечебно-охранительный режим. Противосудорожные средства (Группа № 24). Антигипертензивные средства (Группа № 23): метилдопа 0,5–2,0 г/сут. в 2–4 приема внутрь; нифедипин пролонгированного действия 30–60 мг/сут. в 1–2 приема, амлодипин 2,5–10 мг/сут. в 1–2 приема). При недостаточном гипотензивном эффекте и АД \geq 160/110 мм рт. ст.: клонидин 0,1 мг/1 мл внутримышечно или внутривенно; урапидил внутривенно медленно 10–50 мг под контролем АД, поддерживающая доза инфузوماتом 9 мг/ч. Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Спазмолитики (Группа № 26). Фитопрепараты для седативной терапии (Группа № 44.2). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) по показаниям. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) при досрочном родоразрешении в 26-35 6/7 недель.</p>	<p>7 дней. Госпитализация в акушерский стационар. В сроке беременности до 37 недель при отсутствии эффекта от лечения в течение 7 дней – досрочное родоразрешение. В сроке 37 недель беременности и более – родоразрешение в течение 2-3 суток в зависимости от акушерской ситуации. Роды через естественные родовые пути возможны при готовности родовых путей, компенсированном состоянии плода, управляемой нормотонии. В родах: Антигипертензивные средства (Группа № 23). Инфузионная терапия (Группа № 17.1). Спазмолитики (Группа № 26). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Аналгетики (Группа № 31.1). Обезболивание родов (Группа № 31.3). При уровне АД выше 150/100 мм рт. ст. – кюретаж полости матки в раннем послеродовом периоде.</p>
<p>О14.1 Тяжелая преэклампсия (включая HELLP-синдром).</p>		
<p>Блок А ежедневно. Блок В – при поступлении, 1/5. Блок Г+ электролиты крови – при поступлении 1/3. ОАМ ежедневно. Анализ мочи на суточную потерю белка 1/3.</p>	<p>Госпитализация в отделение интенсивной терапии реанимации стационара. Лечебно-охранительный режим. Противосудорожные средства (Группа № 24). Антигипертензивные средства (Группа № 23):</p>	<p>7–10 дней. Госпитализация в акушерский стационар. Экстренное родоразрешение кесаревым сечением в течение 24 часов после предоперационной подготовки. Кюретаж полости матки.</p>

<p>Анализ мочи по Нечипоренко. Блок Д – при поступлении и по показаниям. УЗИ почек. Консультации врача-терапевта, врача-офтальмолога.</p>	<p>метилдопа 0,5 г, нифедипин 10–20 мг, амлодипин 5–10 мг, метопролол 25–75 мг). При недостаточном гипотензивном эффекте и АД \geq 160/110 мм рт. ст.: клонидин 0,1 мг/1 мл внутримышечно или внутривенно; урапидил внутривенно медленно 10–50 мг под контролем АД, поддерживающая доза инфузوماتом 9 мг/ч; после родоразрешения натрия нитропруссид 0,25–5,0 мг/кг/мин внутривенно титрованием. Спазмолитики (Группа № 26). Инфузионная терапия (Группа № 17.3). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) по показаниям. Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа 8.1) при досрочном родоразрешении в 26-35 6/7 недель. Средства для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей (Группа № 37) по показаниям. Интенсивная терапия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом. При преэклампсии с отеком легких: нитроглицерин внутривенно в дозе 5 мг/мин, которую увеличивают каждые 3–5 минут до максимальной дозы 100 мг/мин.</p>	
<p>O15.0 Эклампсия во время беременности. O15.1 Эклампсия в родах. O15.2 Эклампсия в послеродовом периоде. O15.9 Эклампсия неуточненная по срокам.</p>		
<p>Блок А – ежедневно. Суточное мониторирование АД. Блок В – при поступлении, 1/7-14 и по показаниям. Блок Г+ электролиты крови – 1/1-2. ОАК ежедневно в первые 3–5 дней. Анализ мочи на суточную потерю белка ежедневно. Анализ мочи по Нечипоренко 1/7. Анализ мочи по Зимницкому 1/7. Блок Д – при поступлении и по показаниям. УЗИ почек. Консультации врача-терапевта, врача-невролога, врача-офтальмолога; по показаниям врача-нефролога, врача-кардиолога.</p>	<p>Лечение проводится совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом. Предотвратить возможные травмы (уложить, удержать, предотвратить прикус языка). Купировать судороги (Противосудорожная терапия – Группа № 24): диазепам 10–20 мг внутривенно или внутримышечно (0,5 % раствор 2–4 мл), повторные введения при необходимости; магния сульфат 4–6 г внутривенно струйно в течение 20 минут (максимальная скорость введения – 1 г/мин), затем инфузия со скоростью 1 г/час. Аспирировать содержимое ротовой полости, уложить на левый бок. При восстановлении спонтанного дыхания ингаляционная анестезия (севофлюран) и (или) барбитураты (тиопентал натрия болюсом 3–5 мг/кг внутривенно, обычно до 300 мг) с последующей интубацией трахеи и решением вопроса о родоразрешении. Антигипертензивные средства (Группа № 23): после купирования</p>	<p>7–10 дней. Госпитализация в акушерский стационар. Экстренное родоразрешение после купирования судорог и стабилизации гемодинамики во время беременности, в I периоде родов – кесаревым сечением, во 2 периоде родов – акушерскими щипцами. Кюретаж полости матки в раннем послеродовом периоде. Продленная искусственная вентиляция легких (далее – ИВЛ) после операции до стабилизации витальных функций.</p>

	судорог (метилдопа 0,5 г, нифедипин 10–20 мг, амлодипин 5–10 мг, метопролол 25–75 мг внутрь). Инфузионная терапия (Группа № 17.3). Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18) по показаниям. Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19).	
O20.0 Угрожающий выкидыш. O20.8 Другие кровотечения в ранние сроки беременности. O20.9 Кровотечение в ранние сроки беременности неуточненное.		
Блок А – ежедневно. Блок В – при поступлении и по показаниям. Блок Ж по показаниям. Блок Г – 1/7. По показаниям – АФС. Блок Д – УЗИ при поступлении.	Спазмолитики (Группа № 26). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1) только при наличии в анамнезе прерывания беременности, недостаточности лютеиновой фазы, женского бесплодия. Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.3, 11.4) по показаниям. Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15) по показаниям.	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение организации здравоохранения. В случае отсутствия эффекта от лечения и (или) прекращении развития беременности – медикаментозное прерывание беременности (Группа № 9.3). Выскабливание полости матки – по показаниям. При одномоментной кровопотере 150 мл и более – удаление плодного яйца – выскабливание полости матки.
O21.0 Рвота беременных легкая или умеренная.		
Блок А – ежедневно. Контроль массы тела ежедневно. Блок В – 1/7. Блок Г + электролиты крови – 1/7. ОАМ 1/3. Суточный диурез ежедневно. Анализ мочи на ацетон и кетоновые тела ежедневно. ЭКГ. ФГДС по показаниям. Консультация врача-терапевта.	Диета, богатая белками, дробное питание (5–6 раз/сутки) Инфузионная терапия (Группа № 17.2) Противорвотные средства и средства для устранения тошноты (Группа № 35). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение организации здравоохранения: при сопутствующих осложнениях беременности; отсутствии эффекта от амбулаторного лечения.
O21.1 Чрезмерная или тяжелая рвота беременных с нарушениями обмена веществ.		
Блок А – ежедневно. Контроль массы тела ежедневно. Блок В – 1/7-10. Блок Г – 1/3-5. Электролиты + КОС – 1/3-5. Контроль суточного диуреза ежедневно. ЭКГ. УЗИ матки и плода. УЗИ брюшной полости. ФГДС. Консультации врача-терапевта, врача-невролога, врача-хирурга, врача-психотерапевта.	Диета, богатая белками, дробное питание (5–6 раз/сут.). Постельный режим. Инфузионная терапия (Группа № 17.3). Противорвотные средства и средства для устранения тошноты (Группа № 35). Средства для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей (Группа № 37). Микронутриентная терапия (Группа № 41): пиридоксина гидрохлорид, тиамин гидрохлорид. Препараты для парентерального питания: аминокислоты для внутривенного введения капельно. Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение организации здравоохранения. При отсутствии эффекта от лечения в течение 7 дней и (или) усугублении нарушения обмена веществ – врачебным консилиумом решить вопрос о возможности пролонгирования беременности.

<p>O23.0 Инфекция почек при беременности. O23.1 Инфекция мочевого пузыря при беременности. O23.1 Инфекция мочевого пузыря при беременности. O23.0 Инфекция почек при беременности. O23.1 Инфекция мочевого пузыря при беременности. O23.2 Инфекция уретры при беременности. O23.3 Инфекция других отделов мочевых путей при беременности. O23.4 Инфекция мочевых путей при беременности неуточненная.</p>		
<p>Блок А – ежедневно. Измерение температуры тела 2/1. Блок В – 1/7. Блок Г – 1/3-5. ОАК 1/3. ОАМ 1/7-10. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к АБ при лейкоцитурии, пиурии до получения двух нормальных результатов посева мочи. Анализ мочи по Нечипоренко 1/5-7. Анализ мочи по Зимницкому 1/7. Консультация врача-терапевта. Консультация врача-уролога, врача-нефролога по показаниям.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.3, 11.5, 11.12). Спазмолитики (Группа № 26). Инфузионная терапия (Группа № 17.1). Фитопрепараты для лечения инфекций мочевыводящих путей в акушерстве (Группа № 44.1)</p>	<p>5–7 дней. Госпитализация в урологическое отделение организации здравоохранения при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения.</p>
<p>O23.5 Инфекция половых путей при беременности (вагинит, вульвовагинит, вагиноз).</p>		
<p>Блок Ж однократно. Блок Г 1/7-10. Посев из влагалища на флору и чувствительность к АБ.</p>	<p>Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Противогрибковые средства (Группа № 13) по показаниям. Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). При трихомониазе – системная терапия: метронидазол внутрь по 1 таб. 2 раза в сутки в течение 5 дней.</p>	<p>Госпитализация не показана, только при наличии сопутствующей акушерской патологии.</p>
<p>O23.9 Другая и неуточненная инфекция мочеполовых путей при беременности (β-гемолитический стрептококк (Str.agalactiae)).</p>		
	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1).</p>	<p>Проводится в родах (а также при дородовой госпитализации) с момента поступления. Ампициллин по 0,5 г внутривенно каждые 6 часов до родоразрешения.</p>
<p>O24.0 Существовавший ранее сахарный диабет инсулинзависимый (сахарный диабет I типа).</p>		
<p>Блок А – ежедневно. Блок В – 1/7-10. Блок Г – 1/10. Ежедневно гликемический профиль с определением глюкозы натощак, через 1–2 часа после каждого приема пищи и перед едой, ночью – по показаниям. ОАМ 1/3. Липидограмма, электролиты крови, проба Реберга, анализ мочи по Зимницкому,</p>	<p>Диета с исключением легкоусвояемых углеводов. Ведение дневника самоконтроля ежедневно (обязательно) с указанием количества ХЕ, доз инсулина, гликемии, физической активности. Интенсифицированная инсулинотерапия в базис-болюсном режиме генно-инженерными человеческими инсулинами или аналогами инсулина в дозах, зависящих от уровня гликемии,</p>	<p>7–10 дней. Госпитализация в эндокринологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения до 12 недель, в 20–22, 30–32 недели для коррекции углеводного обмена. При развитии осложнений беременности – в гинекологическое отделение/акушерский стационар. Дородовая госпитализация в 38 недель беременности.</p>

<p>Нечипоренко, суточная потеря белка с мочой. Гликированный гемоглобин (каждый триместр). Кетонурия в 7⁰⁰ и 17⁰⁰. Исследование гормонов щитовидной железы: ТТГ, АТ-ТПО (по показаниям). Блок Д: Эхо-КГ, УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы (по показаниям). После 36 недель УЗИ плода – 1/7, ДМ – 1/3-4, КТГ – ежедневно. Консультации врача-эндокринолога, врача-терапевта, врача-офтальмолога, врача-нефролога – по показаниям.</p>	<p>физической активности, количества ХЕ с учетом изменения потребности в инсулине на протяжении беременности (под контролем врача-эндокринолога) или непрерывная подкожная инфузия инсулина. ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28) при отсутствии пре-и пролиферативной ретинопатии. Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) по показаниям.</p>	
<p>О24.1 Существовавший ранее сахарный диабет инсулиннезависимый (сахарный диабет 2 типа).</p>		
<p>Блок А – ежедневно. Блок В – 1/7-10. Блок Г – 1/10. Ежедневно гликемический профиль с определением глюкозы натощак, через 1–2 часа после каждого приема пищи и перед едой, ночью – по показаниям. ОАМ 1/3. Липидограмма, электролиты крови, проба Реберга, анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко, суточная потеря белка с мочой. Гликированный гемоглобин (каждый триместр). Кетонурия в 7⁰⁰ и 17⁰⁰. Исследование гормонов щитовидной железы: ТТГ, АТ-ТПО (по показаниям). Блок Д. Эхо-КГ, УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы (по показаниям). После 36 недель УЗИ плода – 1/7, ДМ – 1/3-4, КТГ – ежедневно. Консультации врача-эндокринолога, врача-терапевта, врача-офтальмолога, врача-нефролога – по показаниям.</p>	<p>Диета с исключением легкоусвояемых углеводов, ограничением жиров при избыточной массе тела. Ведение дневника самоконтроля ежедневно (обязательно) с указанием количества ХЕ, доз инсулина (при инсулинотерапии), гликемии, физической активности. Назначение инсулина по показаниям или при отсутствии достижения целевых значений гликемии (натощак более 5,1 ммоль/л, через час после еды более 6,7 ммоль/л) в течение двух недель. Интенсифицированная инсулинотерапия в базис-болюсном режиме генно-инженерными человеческими инсулинами или аналогами инсулина в дозах, зависящих от уровня гликемии, физической активности, количества ХЕ с учетом изменения потребности в инсулине на протяжении беременности (под контролем врача-эндокринолога). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28) при отсутствии пре-и пролиферативной ретинопатии. Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) по показаниям. Инфузионная терапия (Группа № 17.1) по показаниям.</p>	<p>7–10 дней. Госпитализация в эндокринологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения в 30–32 недели; при необходимости назначения инсулинотерапии. Дородовая госпитализация в 38 недель беременности.</p>
<p>О24.4 Сахарный диабет, развившийся во время беременности (гестационный диабет). Гликемия плазмы венозной крови ≥ 5.1 ммоль/л и менее 7 ммоль/л натощак, или ≥ 10 ммоль/л через час после ПТТГ, или ≥ 8.5, но менее 11,1 ммоль/л через 2 часа после ПТТГ.</p>		
<p>Блок А – ежедневно. Блок В – 1/7-10. Блок Г – 1/10. Ежедневно гликемический профиль с определением глюкозы натощак, через 1–2 часа после каждого приема пищи и перед едой, ночью –</p>	<p>Диета с исключением легкоусвояемых углеводов. Ведение дневника самоконтроля ежедневно (обязательно) с указанием количества ХЕ, доз инсулина (при инсулинотерапии), гликемии, физической активности. Назначение инсулина по</p>	<p>7–10 дней. Госпитализация в эндокринологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения в 20–22, 30–32 недели (только при инсулинотерапии) для коррекции углеводного обмена. При развитии осложнений</p>

<p>по показаниям. ОАМ 1/3. Липидограмма, электролиты крови, проба Реберга, анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко, суточная потеря белка с мочой. Гликированный гемоглобин (по показаниям, при инсулинотерапии). Кетонурия в 7⁰⁰ и 17⁰⁰. Исследование гормонов щитовидной железы: ТТГ, св.Т4, АТ-ТПО (по показаниям). Блок Д. Эхо-КГ, УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы (по показаниям). После 36 недель УЗИ плода – 1/7, ДМ – 1/7, КТГ – ежедневно. Консультации врача-эндокринолога, врача-терапевта, врача-офтальмолога, врача-нефролога – по показаниям.</p>	<p>показаниям или при отсутствии достижения целевых значений гликемии (натошак более 5,1 ммоль/л, через час после еды более 6,7 ммоль/л) в течение двух недель. Интенсифицированная инсулинотерапия в базис-болюсном режиме генно-инженерными человеческими инсулинами или аналогами инсулина в дозах, зависящих от уровня гликемии, физической активности, количества ХЕ с учетом изменения потребности в инсулине на протяжении беременности (под контролем врача-эндокринолога). ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28) при отсутствии пре- и пролиферативной ретинопатии. Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) по показаниям. Инфузионная терапия (Группа № 17.1) по показаниям. Микронутриентная терапия (Группа № 41). Антигипертензивные средства (Группа № 23) при наличии артериальной гипертензии.</p>	<p>беременности – в гинекологическое отделение/акушерский стационар.</p>
<p>О26.6 Поражение печени во время беременности, родов и послеродовом периоде (холестатический гепатоз беременных).</p>		
<p>Блок А ежедневно. Блок В – 1/7-10. Блок Г – 1/7. БАК + ЛДГ, ГТП, ЩФ. Коагулограмма + спонтанный фибринолиз – 1/7. Д-димеры 1/7. Анализ мочи на желчные пигменты, уробилин – 1/3-7. Блок Д: УЗИ брюшной полости. УЗИ плода + ДМ. Консультация врача-терапевта.</p>	<p>Средства для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей (Группа № 37). Инфузионная терапия (Группа № 17.2) по показаниям. Антигистаминные средства для общего применения (Группа № 34).</p>	<p>7–10 дней. Госпитализация в акушерский стационар. Дифдиагностика с вирусными гепатитами, HELLP-синдромом, острым жировым гепатозом. Досрочное родоразрешение при: 1. нарастании тяжести гестоза; 2. отсутствии эффекта от лечения; 3. декомпенсации состояния плода (по КТГ, УЗИ, ДМ). Родоразрешение через естественные родовые пути в сроке 37–38 недель беременности. Кесарево сечение по акушерским показаниям.</p>
<p>О26.8 Другие уточненные состояния, связанные с беременностью (онкозаболевание в анамнезе).</p>		
<p>Блок А, В, Г, Д. Консультация врача-онколога. УЗИ брюшной полости, молочных желез, ЩЖ, лимфоузлов по показаниям. Эндоскопические методы исследования по показаниям. МРТ по показаниям.</p>		<p>3–7 дней. Госпитализация в РНПЦМД в 18–20 недель для составления плана ведения беременности и уровне родоразрешения.</p>
<p>О26.8 Другие уточненные состояния, связанные с беременностью (онкозаболевание, выявленное во время беременности).</p>		
<p>Блок А, В, Г, Д. Консультация врача-онколога. УЗИ брюшной полости, молочных желез, ЩЖ, лимфоузлов по показаниям.</p>	<p>Лечение по протоколам онкологических заболеваний.</p>	<p>Госпитализация в онкологический стационар. Консилиум врачей-онкологов с врачами-акушерами-гинекологами: до 22 недель для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности;</p>

Эндоскопические методы исследования по показаниям. Биопсия очаговых образований по показаниям. МРТ по показаниям. Исследование онкомаркеров по показаниям. Рентгенографическое исследование по показаниям. Консультация врача-психотерапевта.		при диагностике после 22 недель – для решения вопроса о сроках, методе, условиях родоразрешения и возможности лактации. Родоразрешение в РНПЦМД.
O30.0 Беременность двойней. O30.1 Беременность тройней. O30.2 Беременность четырьмя плодами. O30.9 Многоплодная беременность неуточненная.		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям. Блок Г 1/7-10. Блок Д при поступлении и по показаниям. При МХ двойне УЗИ плодов в 12, в 16–25 недель 1/14, 32–34 недели, перед родоразрешением.	Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха. ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) при досрочном родоразрешении. Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям.	При наличии условий и согласия женщины редукция 1 или более плодов до 22 недель беременности. При наличии показаний к кесареву сечению при двуплодной беременности плановое родоразрешение с 37 недель, для трех и более плодов – с 36 недель. Показания к родоразрешению кесаревым сечением: 1. неправильное положение первого плода; 2. поперечное положение второго плода; 3. моноамниотическая двойня (34–35 недель); 4. преждевременный разрыв плодных оболочек при незрелой шейке матки; 5. отсутствие эффекта от родостимуляции; 6. выпадение мелких частей плода или петель пуповины, 7. верифицированная (КТГ, УЗИ + ДМ) хроническая гипоксия одного или обоих плодов; 8. отслойка плаценты; 9. неразделившаяся двойня (после 26 недель); 10. рубец на матке; 11. беременность тремя и более плодами. Дородовая госпитализация в 38 недель.
O30.8 Другие формы многоплодной беременности (маточная и эктопическая беременность).		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/10 и по показаниям. Блок Г 1/10. Блок Д при поступлении и по показаниям.	Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха. ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1).	При сочетании маточной и эктопической беременности удаляется эктопическая, маточная беременность сохраняется.
O31.0 Бумажный плод (мумифицированный).		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении и по показаниям. Блок Г. Блок Д при поступлении и по показаниям.	Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) по показаниям. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22).	Беременность и роды ведутся без специальных лечебно-диагностических мероприятий, связанных с «бумажным плодом».
O31.2 Продолжающаяся беременность после внутриутробной гибели одного или более чем одного плода.		
Блок А ежедневно. Блок В 1/3-7. Блок Г 1/3-7. Коагулограмма + Д-димеры 1/5-7. Посев из цервикального	Ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха. Антибактериальные средства для системного применения (Группа	1. При гибели одного или более эмбрионов в I триместре беременность пролонгируется без специальных лечебно-диагностических мероприятий. 2. При гибели одного из плодов после 24 недель при монохориальной

канала на флору и чувствительность к АБ. Блок Д при поступлении и по показаниям. СРБ. Консультация врача-терапевта.	№ 11.1, 11.3) после 12 недель по показаниям. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Микронутриентная терапия (Группа № 41). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19). Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям.	беременности – досрочное родоразрешение кесаревым сечением. 3. При гибели одного или более плодов во II или III триместрах при дихориальной беременности – пролонгирование беременности в интересах здорового плода. 3.1. При отсутствии акушерских осложнений родоразрешение возможно через естественные родовые пути. 3.2. Родоразрешение кесаревым сечением проводится по акушерским показаниям. 4. Экстренное родоразрешение в любом сроке беременности при возникновении угрожающих жизни осложнений у матери и (или) плода(ов).
O31.8 Другие осложнения, характерные для многоплодной беременности (синдром обратной артериальной перфузии)		
Блок А ежедневно. Блок В 1/3-7. Блок Г 1/3-7. Коагулограмма+ Д-димеры 1/5-7. УЗИ плодов +ДМ 1/3.		Госпитализация в РНПЦМД в сроках 16–25 недель.
O32.0 Неустойчивое положение плода. O32.2 Поперечное или косое положение плода. O32.3 Лицевое, лобное или подбородочное предлежание плода.		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/10 и по показаниям. Блок Г при поступлении и по показаниям. Блок Д при поступлении и по показаниям.		При сохранении неправильного предлежания плода к сроку доношенной беременности родовая госпитализация в 39 недель, родоразрешение кесаревым сечением.
O32.1 Ягодичное предлежание плода.		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/10 и по показаниям. Блок Г при поступлении и по показаниям. Блок Д при поступлении и по показаниям.		Дородовая госпитализация в 38–39 недель для составления плана родоразрешения. Роды через естественные родовые пути возможны при: 1. чисто ягодичном предлежании; 2. предполагаемой массе плода 2500–3600 г; 3. согнутом положении головки плода; 4. отсутствии признаков гипоксии плода; 5. отсутствии показаний для кесарева сечения на момент начала родов, а также отягощенного анамнеза. В остальных случаях родоразрешение плановым кесаревым сечением в 39–40 недель.
O33.0 Деформация костей таза. O33.1 Равномерно суженный таз. O33.2 Сужение входа таза. O33.3 Сужение выхода таза, приводящие к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери. (Анатомически узкий таз).		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/10 и по показаниям. Блок Г при поступлении и по показаниям. Блок Д при поступлении и по показаниям.		При сужении I степени – роды возможны при предполагаемой массе плода менее 3400 г при его головном предлежании, с функциональной оценкой таза в родах. При сужении II ст. и более – родоразрешение кесаревым сечением в плановом порядке в 39–40 недель.
O34.0 Врожденные аномалии матки, требующие предоставления медицинской помощи матери.		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении.		Вопрос о сроках и методе родоразрешения решается врачом

Блок Г при поступлении. Блок Д при поступлении и по показаниям.		консилиумом. Коррекция порока развития матки во время кесарева сечения не целесообразна.
О34.1 Опухоль тела матки, требующая предоставления медицинской помощи матери (миома матки).		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении. Блок Г при поступлении. Блок Д при поступлении.	Аналгетики (Группа № 31.1) по показаниям. ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Спазмолитики (Группа № 26).	Госпитализация в гинекологическое отделение/акушерский стационар. В любом сроке беременности при быстром росте опухоли, при нарушении питания узла (узлов) врачом определяется дальнейшая тактика ведения и объем оперативного вмешательства. Показаниями к родоразрешению путем операции кесарева сечения являются: узел, препятствующий рождению плода, нарушение питания узла, субмукозное расположение опухоли. В случае родоразрешения через естественные родовые пути показано ручное обследование полости матки.
О34.2 Исключена.		
О34.3 Истмико-цервикальная недостаточность, требующая предоставления медицинской помощи матери.		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/7–10 и по медицинским показаниям. Блок Г при поступлении и по медицинским показаниям. Блок Д при поступлении и по медицинским показаниям. При поступлении: УЗИ матки и плода, трансвагинальная ультразвуковая цервикометрия, бактериологическое исследование вагинального отделяемого на флору и чувствительность к антибиотикам, бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам. Консультация врачом-терапевтом по медицинским показаниям.	Ограничение физической активности. НПВС (Группа № 29.1) – индометацин с 16 до 27 6/7 недель беременности однократным курсом до 7 дней по медицинским показаниям. Антибактериальные ЛС для системного применения (Группа № 11.1, 11.3, 11.4) по медицинским показаниям: для антибиотикопрофилактики при выполнении лечебного планового серкляжа, для антибиотикотерапии при выполнении лечебного экстренного серкляжа, при наличии амниотического сладжа (ультразвуковой признак внутриутробной инфекции в виде осадка в околоплодных водах). Микронизированный прогестерон (Группа № 3.1) вагинально 200 мг в сутки с момента установления диагноза до 34 недель беременности, при прогрессировании истмико-цервикальной недостаточности – до 600 мг в сутки. ЛС для токолиза (Группа № 25) по медицинским показаниям. Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15) по медицинским показаниям. Противогрибковые ЛС (Группа № 13) по медицинским показаниям. Кортикостероиды для медицинской профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) при высоком риске преждевременных родов. Иммуноглобулины для медицинской профилактики резус-сенсibilизации (Группа	5–7 дней. Хирургическое лечение истмико-цервикальной недостаточности с 16 до 24 недели беременности при наличии критериев включения в группу риска по невынашиванию выполняется с помощью серкляжа: лечебного планового серкляжа (прогрессирующее укорочение шейки матки до 25 мм и менее и без пролабирования плодного пузыря по данным минимум двух последовательных выполненных трансвагинальных ультразвуковых цервикометрий) или лечебного экстренного серкляжа (при сохраненной длине шейки матки не менее 10 мм, без маточной активности, при пролабировании плодного пузыря в цервикальный канал до уровня наружного зева). Лечебный экстренный серкляж проводится на III или IV технологических уровнях. В отсутствие медицинских показаний для хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности с 16 до 24 недель беременности лечение истмико-цервикальной недостаточности выполняется с помощью пессария. С 25 до 34 недель беременности коррекция истмико-цервикальной недостаточности осуществляется только пессарием. Шов снимается: при прорезывании шейки матки шовным материалом, при пролабировании плодного пузыря, с началом регулярных схваток, при излитии околоплодных вод, по достижении срока 37 недель беременности, а также при необходимости досрочного родоразрешения. Акушерский пессарий извлекается: при преждевременном разрыве плодных оболочек, с началом регулярных схваток,

	№ 33) при выполнении вагинального серкляжа.	в 37 недель беременности, а также при необходимости досрочного родоразрешения.
О34.4 Другие аномалии шейки матки, требующие предоставления медицинской помощи матери (полип шейки матки, предшествующие операции, стриктуры и стенозы шейки матки, опухоли).		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/10 и по показаниям. Блок Г 1/10. Блок Д при поступлении и по показаниям. Кольпоскопия.	Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Противогрибковые средства (Группа № 13) по показаниям. Спазмолитики (Группа № 26).	1. Полип шейки матки – при отрицательных заключениях цитологии и прицельной биопсии – полипэктомия в сроке 16–22 недель беременности после санации влагалища и кольпоскопии. 2. Предшествующие операции на шейке матки, сопровождавшиеся операционной травмой стромы: 2.1. на глубину до 1/2 ее толщины – наблюдение и родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации; 2.2. более 1/2 ее толщины – наблюдение во время беременности, родоразрешение кесаревым сечением в 39 недель. 3. При подозрении на злокачественную опухоль показана биопсия в любом сроке беременности и тактика ведения и родоразрешения согласовывается с врачом-онкологом. 4. Лечение доброкачественной опухоли откладывается на послеабортный или послеродовой период. Родоразрешение кесаревым сечением, если размеры опухоли препятствуют продвижению плода или высока вероятность травмы родовых путей.
О34.6 Аномалии влагалища, требующие предоставления медицинской помощи матери.		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/10 и по показаниям. Блок Г 1/10. Блок Д при поступлении и по показаниям.		Родоразрешение кесаревым сечением: 1. при механическом препятствии рождению плода; 2. высокой вероятности глубоких разрывов мягких тканей родовых путей; 3. после хирургической коррекции порока развития влагалища.
О34.7 Аномалии вульвы и промежности, требующие предоставления медицинской помощи матери.		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/10 и по показаниям. Блок Г 1/10. Блок Д при поступлении и по показаниям.		Родоразрешение кесаревым сечением после пластических операций на вульве и промежности, которые сопровождались перемещением тканей, закрытием свищевых ходов, коррекцией тазового дна.
О34.8 Другие уточненные аномалии тазовых органов, требующие предоставления медицинской помощи матери (цистоцеле, пластика тазового дна в анамнезе, ректоцеле, ригидное тазовое дно).		
О34.9 Аномалия тазовых органов, требующая предоставления медицинской помощи матери, неуточненная.		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям. Блок Г 1/7-10. Блок Д при поступлении и по показаниям.	Ограничение физической активности.	Родоразрешение через естественные родовые пути. Показания к кесареву сечению: 1. пластика тазового дна в анамнезе; 2. ушивание промежности по поводу ее разрыва 3–4 степени в предшествующих родах.
О35.0 Пороки развития центральной нервной системы у плода, требующие предоставления медицинской помощи матери.		
О35.1 Хромосомные аномалии у плода (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери.		
О35.2 Наследственные болезни (предполагаемые), требующие предоставления медицинской помощи матери.		
Блок А – ежедневно. Блок В – 1/7. Блок Г – 1/7. Кариотипирование плода (по показаниям): биопсия ворсин		При исключении предполагаемых аномалий и повреждений – пролонгирование беременности. При подтверждении аномалии до 22 недель беременности – прерывание

хориона в 11–14 недель беременности (по показаниям), амниоцентез в 15–22 недели беременности (по показаниям), кордоцентез в 18–22 недели беременности (по показаниям). Генетические исследования в РНПЦМД по показаниям. Консультация врача-генетика, других специалистов с учетом выявленной патологии (врача-хирурга, врача-нейрохирурга).		беременности по медицинским показаниям. Метод прерывания беременности зависит от конкретных клинических условий. Родоразрешение путем операции кесарева сечения осуществляется по акушерским показаниям.
О35.3 Поражение плода (предполагаемое) в результате вирусного заболевания матери, требующее предоставления медицинской помощи матери (ВИЧ, вирусный гепатит С, цитомегаловирус, парвовирус В-19)		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/10 и по медицинским показаниям. Блок Г 1/10. Блок Ж+ цитомегаловирус, парвовирус В-19. Блок Д при поступлении и по медицинским показаниям. Консультация врача-инфекциониста.	Лекарственная терапия по медицинским показаниям.	Досрочное родоразрешение по медицинским показаниям. При ВИЧ у матери родоразрешение кесаревым сечением при вирусной нагрузке более 500 копий/мл в 38 недель беременности. В других случаях родоразрешение через естественные родовые пути.
О36.0 Исключена. О36.1 Исключена.		
О36.2 Водянка плода, требующая предоставления медицинской помощи матери (водянка плода БДУ, не связанная с изоиммунизацией).		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/7-10 и по показаниям. Блок Г 1/7-10. Блок Ж + ЦМВ, парвовирус В-19. Блок Д при поступлении и по показаниям. Консультация врача-терапевта, врача-инфекциониста, врача-генетика (по показаниям).	Этиопатогенетическое лечение выявленного заболевания. Микронутриентная терапия (Группа № 41). Внутриутробная инфузионная терапия по показаниям в зависимости от выявленной патологии. Имуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям.	3–7 дней. Тактика ведения беременности и родоразрешения определяется в каждом конкретном случае в зависимости от выявленной патологии и этиологии.
О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери (хроническая гипоксия плода).		
Блок А ежедневно. Блок В 1/7-10. Блок Г 1/7-10. Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ. Блок Д (за исключением УЗИ) при поступлении и по показаниям. УЗИ плода 1/7. КТГ ежедневно. ДМ не менее 1/7.	ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Спазмолитики (Группа № 26).	10–14 дней. При декомпенсации состояния плода (патологические ритмы КТГ, нарушения МППК 3 степени) экстренное родоразрешение кесаревым сечением.
О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери (антенатальная гибель плода).		
Блок А ежедневно. Блок В 1/7-10. Блок Г 1/7-10. Коагулограмма + Д-димеры.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.6, 11.7). Инфузионная терапия (Группа № 17.1).	3–7 дней. Родоразрешение через естественные родовые пути. Кюретаж полости матки.

<p>Блок Д при поступлении. Анализ крови на фетальный гемоглобин. Консультация врача-психотерапевта.</p>	<p>Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19). Средства для индукции родов при целом плодном пузыре (Группа № 9.1). Средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции (Группа № 9.2). Спазмолитики (Группа № 26). Аналгетики (Группа № 31.1, 31.3). Фитопрепараты для седативной терапии (Группа № 44.2). Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям.</p>	
<p>О36.5 Недостаточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (задержка роста плода).</p>		
<p>Блок А ежедневно. Блок В 1/7-10. Блок Г 1/7-10. Блок Ж. Блок Д при поступлении и по показаниям. Консультация врача-терапевта. УЗИ плода + ДМ 1/7. КТГ ежедневно.</p>	<p>ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Спазмолитики (Группа № 26). Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) при досрочном родоразрешении.</p>	<p>7–10 дней. Родоразрешение при ЗРП 2–3 степени до 34 недель только при гипоксии плода, выраженном маловодии. После 34 недель при ЗРП 2–3 степени пролонгирование беременности возможно только при отсутствии гипоксии плода, маловодия; целесообразно досрочное родоразрешение кесаревым сечением после профилактики респираторного дистресс-синдрома (далее – РДС) плода. Роды через естественные родовые пути возможны при ЗРП 1 степени без признаков гипоксии плода после 36 недель беременности. Родоразрешение кесаревым сечением: наличие верифицированной гипоксии плода при любой степени ЗРП; ЗРП 2–3 степени; ЗРП в сочетании с отягощенным анамнезом.</p>
<p>О36.6 Избыточный рост плода, требующий предоставления медицинской помощи матери (крупный плод).</p>		
<p>Блок А ежедневно. Блок В 1/10. Блок Г 1/10. КТГ ежедневно. УЗИ плода + ДМ.</p>	<p>«Разгрузочный» день 1/7.</p>	<p>Родоразрешение кесаревым сечением: при предполагаемой массе плода (далее – ПМП) у первородящих 4500 г и более; сочетании крупноплодия и верифицированной гипоксии плода; тазово-плодовой диспропорции (ПМП более 3600 г при анатомически узком тазе, дистоция плечиков в предшествующих родах).</p>
<p>О36.7 Жизнеспособный плод при абдоминальной беременности.</p>		
<p>Блок А. Блок В. Блок Г. Блок Д.</p>		<p>Родоразрешение абдоминальным доступом в день постановки диагноза. Родоразрешающая операция совместно с хирургом: лапаротомия, извлечение плода и элементов плодного яйца, остановка кровотечения из места плацентации, реконструктивные операции на органах брюшной полости по показаниям.</p>
<p>О40 Многоводие.</p>		
<p>Блок А ежедневно пункты 2–7. Блок В 1/7-10. Блок Г 1/7-10.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.3, 11.4). НПВС (Группа № 29.1) до 31 6/7</p>	<p>7–10 дней. При хроническом многоводии – антибиотикотерапия с НПВС, исключение врожденных пороков</p>

Блок Ж. Посев из цервикального канала, околоплодных вод при амниодренировании на флору и чувствительность к АБ. Блок Д при поступлении и по показаниям. УЗИ + ДМ при поступлении и 1/7. Гликемия натошак, ПТТГ при поступлении. КТГ ежедневно.	недели. ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Микронутриентная терапия (Группа № 41). Спазмолитики (Группа № 26). Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям.	развития (далее – ВПР). При остром некорректируемом многоводии – досрочное родоразрешение после профилактики РДС в 26-35 6/7 недель. Родоразрешение в сроках 37–38 недель через естественные родовые пути с ранней амниотомией (осторожно!).
О41.0 Маловодие		
Блок А ежедневно. Блок В 1/7-10. Блок Г 1/7-10. Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ. Блок Д при поступлении и по показаниям. УЗИ плода + ДМ при поступлении и 1/7. КТГ ежедневно.	ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Спазмолитики (Группа № 26). Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) при досрочном родоразрешении.	7–10 дней. Досрочное родоразрешение кесаревым сечением при выраженном маловодии, ЗРП, хронической гипоксии плода (по данным КТГ, ДМ). При доношенной беременности родоразрешение через естественные родовые пути. Кесарево сечение только при декомпенсированном состоянии плода, ЗРП 2–3 степени.
О41.1 Инфекция амниотической полости и плодных оболочек (внутриутробная инфекция, хориоамнионит).		
Блок А ежедневно. Блок В 1/7-10. Блок Г 1/7-10. Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ. Блок Д при поступлении и по показаниям. Блок Ж. КТГ ежедневно. УЗИ + ДМ при поступлении и 1/5. СРБ. Консультация врача-терапевта.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.3, 11.4). НПВС (Группа № 29.1) до 31 6/7 недели беременности. Инфузионная терапия (Группа № 17.2). ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).	5–10 дней. Досрочное родоразрешение при декомпенсации состояния плода. При доношенной беременности родоразрешение через естественные родовые пути на фоне антибиотикотерапии, кесарево сечение – по акушерским показаниям.
О42.0 Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 часа.		
Диагностикум на околоплодные воды. Диагностика согласно таблице 9 настоящего приложения. ОАК при поступлении.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.3) через 12 часов от момента ПРПО. Обезболивание родов (Группа № 31.1, 31.3). Средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря (Группа № 9.2) через 4–6 часов безводного промежутка. Спазмолитики (Группа № 26).	Госпитализация в акушерский стационар в сроках беременности 238–258 дней – II перинатального уровня, 197–237 дней – III перинатального уровня, 168–196 дней – IV перинатального уровня. В сроке более 34 недель – родоразрешение как при доношенной беременности, но в сроке 34-35 6/7 недель возможна выжидательная тактика до спонтанного развития родовой деятельности в течение 24–36 часов безводного промежутка, по истечении которого целесообразно родовозбуждение. При недоношенной беременности – ведение родов (согласно шифру по МКБ-10 О60 в таблице 11 настоящего приложения). Во всех случаях родоразрешения до 37 недель беременности осуществлять отсроченное пережатие пуповины (плацентарную трансфузию) в течение 60–120 секунд.

		<p>При выполнении кесарева сечения в сроках беременности до 237 дней извлечение плода производят в целом плодном пузыре.</p> <p>При доношенной беременности родовозбуждение начинать при отсутствии спонтанной родовой деятельности через 4 часа при незрелой шейке матки, через 6 часов – при зрелой, с внутривенного введения простагландина E2 инфузоматом с переходом на окситоцин или мизопростолом. Через 6 часов введения утеротоников врачебным консилиумом обсудить вопрос об эффективности родовозбуждения/стимуляции, при отсутствии эффекта – завершить роды кесаревым сечением.</p> <p>Ведение родов – согласно таблице 9 настоящего приложения.</p>
<p>О42.1 Преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов после 24-часового безводного промежутка (самопроизвольные роды при длительном безводном промежутке).</p>		
<p>Диагностикум на околоплодные воды.</p> <p>Уточнить срок беременности: УЗИ плода с измерением межполушарного размера мозжечка или по УЗИ в 11–14 недель.</p> <p>КТГ.</p> <p>Осмотр в зеркалах и влагалищное исследование.</p> <p>ОАК при поступлении и по показаниям.</p>	<p>ЛС для токолиза (Группа № 25) при регистрации маточных сокращений.</p> <p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.3) при поступлении.</p> <p>Обезболивание родов (Группа № 31.1, 31.3).</p> <p>Средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря (Группа № 9.2) после записи КТГ.</p> <p>Спазмолитики (Группа № 26).</p>	<p>Госпитализация в акушерский стационар в сроках беременности 238–258 дней – II перинатального уровня, 197–237 дней – III перинатального уровня, 168–196 дней – IV перинатального уровня.</p> <p>При недоношенной беременности – ведение согласно шифру по МКБ-10 О60 в таблице 11 настоящего приложения.</p> <p>Во всех случаях родоразрешения до 37 недель осуществлять отсроченное пережатие пуповины (плацентарную трансфузию) в течение 60–120 секунд.</p> <p>При выполнении кесарева сечения в сроках беременности до 237 дней извлечение плода производят в целом плодном пузыре.</p>
<p>О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией (продолгование беременности при преждевременном разрыве оболочек при недоношенной беременности в сроке 154–237 дней).</p>		
<p>Диагностикум на околоплодные воды.</p> <p>Блок А ежедневно.</p> <p>Блок В 1/7.</p> <p>Блок Г 1/3.</p> <p>ОАК ежедневно.</p> <p>СРБ 1/3.</p> <p>Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ при поступлении и 1/5.</p> <p>Блок Д при поступлении и по показаниям.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.3) через 12 часов от момента излития вод.</p> <p>Глюкокортикоиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) в сроке 26–35 6/7 недель.</p> <p>ЛС для токолиза (Группа № 25) при регистрации маточных сокращений.</p> <p>Спазмолитики (Группа № 26).</p>	<p>Транспортировка/госпитализация в сроках беременности 238–258 дней – в организации здравоохранения II перинатального уровня, 197–237 дней – III перинатального уровня, 168–196 дней – IV перинатального уровня.</p> <p>В сроке беременности 168–195 дней: пролонгирование беременности на фоне ежедневного мониторинга синдрома системного воспалительного ответа (далее – ССВО) у матери.</p> <p>С 24 недель возможно проведение токолиза, с 25 недель – профилактики РДС у плода.</p> <p>В сроке беременности 196–237 дней: пролонгирование беременности на фоне токолиза для проведения профилактики РДС у плода с ежедневным мониторингом ССВО у матери.</p> <p>Противопоказания к пролонгированию беременности при преждевременном разрыве плодных оболочек: патологический тип КТГ;</p>

		<p>доплерометрическое нарушение МППК II–III степени;</p> <p>тяжесть основного заболевания матери с риском для ее жизни, не позволяющего пролонгировать беременность;</p> <p>поперечное положение или ножное предлежание плода, предлежание петель пуповины и др. осложнения);</p> <p>хориоамнионит.</p> <p>В сроке 238 дней и более – родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации. При предполагаемой массе плода менее 1500 г целесообразно родоразрешение кесаревым сечением.</p> <p>Проведение токолиза возможно до 36 недель для завершения профилактики РДС у плода.</p> <p>В сроке беременности 238–258 дней при отсутствии спонтанного развития родовой деятельности в течение 24–36 часов безводного промежутка целесообразно родовозбуждение.</p> <p>Ведение родов и родоразрешение – см. Об0 в таблице 11 настоящего приложения.</p> <p>Во всех случаях родоразрешения до 37 недель беременности осуществлять отсроченное пережатие пуповины (плацентарную трансфузию) в течение 60–120 секунд. При выполнении кесарева сечения в сроках беременности до 237 дней извлечение плода производят в целом плодном пузыре.</p>
<p>О43.0 Синдромы плацентарной трансфузии (далее – ФФТС).</p>		
<p>Блок А – ежедневно.</p> <p>Блок В – 1/10.</p> <p>Блок Г – при поступлении и по показаниям.</p> <p>КОС.</p> <p>Анализ крови на фетальный гемоглобин.</p> <p>Блок Д при поступлении и по показаниям.</p> <p>УЗИ плодов.</p> <p>ДМ с оценкой показателей ПССК в СМА плода 1/14.</p> <p>КТГ.</p>	<p>Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1).</p>	<p>РНЦМД.</p> <p>При ФФТС: фетоскопическая лазерная коагуляция анастомозов плаценты в 16–25 недель; амниодренирование после 25 недель; редукция до 22 недель.</p> <p>Плодо-материнская трансфузия – при увеличении ПССК в СМА плода – решение вопроса о диагностическом кордоцентезе и внутриутробной гемотрансфузии.</p> <p>Досрочное родоразрешение по показаниям (при диагностике анемии у плодов).</p>
<p>О44.0 Предлежание плаценты без кровотечения.</p>		
<p>Блок А ежедневно пункты 2–7.</p> <p>Блок В при поступлении и по показаниям.</p> <p>Блок Г – 1/7.</p> <p>Блок Д при поступлении и по показаниям.</p> <p>УЗИ при поступлении и 1/28.</p>	<p>Ограничение физической активности.</p>	<p>При отсутствии кровянистых выделений дородовая госпитализация в 36 недель.</p> <ol style="list-style-type: none"> Исключен. При краевом предлежании плаценты (край плаценты доходит до внутреннего зева) госпитализация в акушерский стационар III перинатального уровня. Родоразрешение кесаревым сечением в 37 недель. Возможно ведение родов через естественные родовые пути с выполнением ранней амниотомии, при отсутствии кровотечения. При низком расположении плаценты (край плаценты расположен от внутреннего зева шейки матки от 2 до 5 см) и отсутствии сопутствующей патологии или осложнений беременности, являющихся показаниями

		к кесареву сечению, возможно родоразрешение через естественные родовые пути при доношенной беременности с выполнением ранней амниотомии в акушерском стационаре II–III перинатального уровня.
О44.1 Предлежание плаценты с кровотечением.		
При кровотечении, угрожающем жизни:		
Блок А. Блок В при поступлении. Блок Г ежедневно до 3 суток, затем 1/3. ОАМ 1/3. Д-димеры 1/3-7. Тромбоэластография. УЗИ матки и плода при поступлении. УЗИ малого таза после родоразрешения.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7). Инфузионная терапия (Группа № 17.3) по показаниям. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Средства для лечения маточного кровотечения (Группа № 9.5).	Срочная госпитализация в ближайшее гинекологическое отделение/акушерский стационар. При кровопотере 250 мл и более – экстренное родоразрешение кесаревым сечением. После извлечения ребенка положить кровоостанавливающие зажимы на углы раны на матке и ожидать спонтанного отделения и самостоятельного выделения последа: не выполнять ручное отделение плаценты! При выявлении признаков приращения плаценты – экстирпация матки без придатков без отделения плаценты. При объеме кровопотери 1000–1200 и (или) продолжающемся кровотечении – произвести деваскуляризацию матки путем перевязки маточных и маточных ветвей яичниковых сосудов, консилиумом обсуждать вопрос баллонной тампонаде матки или наложении компрессионных швов на матку, перевязке внутренних подвздошных артерий. При продолжающемся кровотечении, достигшем 1500 мл, консилиумом решить вопрос о выполнении гистерэктомии.
Умеренные, незначительные кровянистые выделения, кровомазание.		
Блок А ежедневно. Блок В при поступлении, 1/7 и по показаниям Блок Г ежедневно до 3 суток, затем 1/3 Анализ мочи общий 1/3 Д-димеры 1/3-7. Тромбоэластография. УЗИ матки и плода.	Постельный режим. Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1). Инфузионная терапия (Группа № 17.3) по показаниям. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18) по показаниям. Гемостатики (Группа № 10). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4) при ведении родов через естественные родовые пути. Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39).	Срочная госпитализация в ближайшее гинекологическое отделение/акушерский стационар. 1. В сроке беременности до 22 недель: при отсутствии эффекта от лечения, достижении кровопотери 250 мл и более и (или) снижение гемоглобина и (или) нарушения в системе гемостаза) – прерывание беременности малым кесаревым сечением с профилактикой маточного кровотечения проведением деваскуляризации матки. 2. В сроке беременности 22–34 недели и более: при прекращении кровянистых выделений, при отсутствии снижения гемоглобина и нарушений в системе гемостаза, удовлетворительном состоянии плода – пролонгирование беременности, профилактика РДС плода в сроке 26-35 6/7 недель. 3. В сроке беременности 34 недели и более: при прекращении кровянистых выделений при низком расположении плаценты (край плаценты расположен от внутреннего зева шейки матки от 2 до 5 см) и отсутствии сопутствующей патологии и (или) осложнений беременности, являющихся показаниями к кесареву сечению, возможно

		<p>родоразрешение через естественные родовые пути при доношенной беременности с выполнением ранней амниотомии в организациях здравоохранения II–III перинатального уровня.</p> <p>При отсутствии эффекта от лечения (кровянистые выделения продолжают/усиливаются, объем кровопотери 250 мл и более, и (или) нарушения в системе гемостаза) – родоразрешение кесаревым сечением вне зависимости от срока беременности (согласно шифру по МКБ-10 настоящего приложения О44.1 – при кровотечении, угрожающем жизни).</p> <p>Во всех случаях родоразрешения до 37 недель беременности осуществлять отсроченное пережатие пуповины (плацентарную трансфузию) в течение 60–120 секунд.</p>
<p>О45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свертываемости крови. О45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты. О45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточненная.</p>		
<p>Блок А. Блок В. Блок Г. Д-димеры. Тромбоэластография. Спонтанный фибринолиз. УЗИ матки и плода.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.7). Инфузионная терапия (Группа № 17.3). Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Средства для лечения маточного кровотечения (Группа № 9.5).</p>	<p>Срочная госпитализация в ближайший акушерский стационар.</p> <p>Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (далее – ПОНРП) с нарушением свертываемости крови или кровопотерей более 250 мл – экстренное родоразрешение: при беременности и 1 периоде родов (при предлежащей части плода в широкой плоскости и выше) кесаревым сечением, при предлежащей части плода ниже широкой плоскости – акушерскими щипцами. Оперативное вмешательство проводится на фоне коррекции коагуляционных свойств крови, с профилактикой гипотонического кровотечения: деваскуляризация матки путем перевязки маточных и маточных ветвей яичниковых сосудов. При кровопотере более 1200 мл – консилиумом обсудить вопрос о наложении компрессионных швов на матку, перевязке внутренних подвздошных артерий, гистерэктомии. При кровопотере 1500 мл и более показана гистерэктомия.</p> <p>Удаление матки после остановки кровотечения выполняется только при наличии сопутствующей патологии органа: тотальное пропитывание матки кровью (матка Кювелера – надвлагалищная ампутация матки) или наличие признаков воспалительного процесса (экстирпация матки).</p> <p>При недоношенной беременности, кровопотере менее 200 мл, прекращении кровотечения, удовлетворительном состоянии плода – возможно пролонгирование беременности.</p> <p>При ПОНРП в 1 периоде родов с кровопотерей менее 250 мл возможно ведение родов через естественные</p>

		родовые пути, если после амниотомии кровотечение прекратилось.
О47.0 Ложные схватки в период до 37 полных недель беременности (угрожающие преждевременные роды).		
Блок А – ежедневно. Блок В – при поступлении, 1/7. Блок Г – 1/7. КТГ. УЗИ матки и плода однократно.	Спазмолитики (Группа № 26). ЛС для токолиза (Группа № 25). Гемостатики (Группа № 10). Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) в сроке 26-35 6/7 при высоком риске преждевременных родов.	7–10 дней.
О47.1 Ложные схватки, начиная с 37 полных недель беременности (предвестники родов/прелиминарный период).		
Диагностика согласно таблице 9 настоящего приложения. ОАК, ОАМ при поступлении. КТГ каждые 6–12 часов. УЗИ плода по показаниям.	Аналгетики (Группа № 31.1). Спазмолитики (Группа № 26).	Медицинское наблюдение. Обеспечение лечебно-охранительного режима с контролем полноценного отдыха (сна) беременной. При продолжительности прелиминарного периода более 8 часов – согласно шифру по МКБ-10 настоящего приложения О47.9.
О47.9 Ложные схватки неуточненные (патологический прелиминарный период).		
Диагностика согласно таблице 9 настоящего приложения. Амниоскопия по показаниям. Блок Г – при установлении диагноза. КТГ каждые 6 часов. ДМ после сна-отдыха.	ЛС для токолиза (Группа № 25). Спазмолитики (Группа № 26). Аналгетики (Группа № 31.1). Противосудорожные средства (Группа № 24): диазепам. ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).	Купирование маточной активности и медикаментозный сон-отдых. После отдыха тактика ведения определяется акушерской ситуацией: при зрелой шейке матки – индукция родов амниотомией (согласно шифру по МКБ-10 настоящего приложения О75.5). При окрашивании вод густым меконием – родоразрешение кесаревым сечением. При незрелой шейке матки: более 39 недель – преиндукция родов и родоразрешение; 37–39 недель – наблюдение в зависимости от акушерской ситуации.
О48 Переношенная беременность (после 287 дней).		
Блок А ежедневно. Блок В – 1/3-5. Блок Г – при поступлении и по показаниям. Блок Д – при поступлении и по показаниям. КТГ ежедневно. Амниоскопия.	Средства для индукции родов при целом плодном пузыре (Группа № 9.1). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).	2–4 дня. Индукция родов в сроке 287 дней и более. В сроке 42 недели и более при незрелой шейке матки – родоразрешение кесаревым сечением.
О90.4 Печеночно-почечный синдром, вызванный беременностью и родами (острый жировой гепатоз).		
Блок А ежедневно. Блок В – 1/5-10. Блок Г – 1/7. БАК + ЛДГ, ГТП, ЩФ 1/2. Коагулограмма + спонтанный фибринолиз – 1/3. Д-димеры 1/3. Анализ мочи на желчные пигменты, уробилин – 1/3-7. Блок Д. УЗИ брюшной полости. УЗИ плода + ДМ. Консультация врача-терапевта, врача-нефролога.	Средства для лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей (Группа № 37). Инфузионная терапия (Группа № 17.3). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18) по показаниям. Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Интенсивная терапия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом.	7–10 дней. Досрочное родоразрешение кесаревым сечением при установлении диагноза после предоперационной подготовки.

* Объем диагностических обследований согласно блокам, приведенным в приложении 1.

** Лекарственная терапия и немедикаментозное лечение согласно приложению 2.

15. Ведение физиологических родов осуществляется согласно таблице 9 настоящего Клинического протокола и является основой для диагностики акушерских осложнений во время родов.

Таблица 9

Наблюдение, диагностика и тактика ведения физиологических родов (шифр по МКБ-10 – O80.0 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании)

Диагностика		Тактика ведения
обязательная	дополнительная (по показаниям)	мероприятия*
1	2	3
I период физиологических родов (у первородящих до 10–12 часов, у повторно родящих – до 8–10 часов).		
<p>Изучение жалоб и данных обменной карты. Сбор анамнеза. Проведение общего обследования роженицы: термометрия, измерение артериального давления (далее – АД) на обеих руках, подсчет пульса; осмотр зева, кожи, молочных желез; осмотр на педикулез; определение длины тела и массы тела; обследование по системам организма. Проведение специального наружного акушерского обследования: измерение размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки; определение наружными приемами положения, позиции и предлежащей части плода, выслушивание сердцебиения плода. Влагалищное исследование при поступлении, затем каждые 4 часа или при изменении акушерской ситуации, а также для диагностики начала II периода родов: пальпация шейки матки с определением ее характеристик (расположение по оси таза, длина или сглаживание, плотность, проходимость цервикального канала или раскрытие в см); наличие/отсутствие плодного пузыря, определение предлежащей части плода и ее расположения по отношению к основным ориентирам плоскостей таза. Постановка диагноза и составление плана родоразрешения при поступлении и при изменении акушерской ситуации. Ведение партограммы. Выслушивание сердцебиения плода акушеркой каждые 30 минут между записями КТГ. Запись КТГ не менее 30 мин при поступлении, каждые 3 часа до завершения родов, либо в случае возникновения патологической акушерской ситуации (при необходимости – мониторинг). Контроль активного поведения роженицы (ходьба, сидение), физиологических отклонений.</p>	<p>Определение групп крови по системам АВО и резус ОАМ, ОАК. Влагалищное исследование при изменении акушерской ситуации: излитие околоплодных вод, ухудшение состояния роженицы или плода, появление патологических кровянистых выделений из половых путей, перед проведением анальгезии/введением анальгетиков, перед назначением родостимуляции, в процессе родостимуляции (согласно шифру по МКБ-10 настоящего приложения O62 в таблице 11). Амниоскопия.</p>	<p>Обезболивание роженицы приемами самообезболивания, свободным перемещением, принятием душа, самомассажем, управлением дыханием. При выраженном болевом синдроме – обезболивание родов (Группа № 31.1, 31.3). Амниотомия выполняется при раскрытии шейки матки 8 см и более. При меньшем раскрытии – по показаниям.</p>
II период родов (до 1 часа у первородящих и 40 минут у повторнородящих)		

<p>Выслушивание сердцебиения плода после каждой схватки-потуги или запись КТГ. Непрерывный клинический контроль общего состояния роженицы (сознание, цвет кожи и слизистых, пульс, АД), состояния нижнего маточного сегмента, характера родовой деятельности, выделений из половых путей. С момента врезывания головки – готовность к оказанию акушерского пособия. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте совместно с врачом-неонатологом.</p>		<p>Поддержание температуры в родзале 25 °С, в кюветах и в зоне манипуляционного/реанимационного стола – 28 °С. Оказание акушерского пособия при рождении плода. Рассечение промежности (эпизиотомия или перинеотомия) по показаниям. При отсутствии осложнений у матери и плода после рождения головки за вульварное кольцо ожидать самостоятельного рождения переднего плечика в течение следующего цикла схватка-пауза. Отсасывание слизи из верхних дыхательных путей новорожденного проводится по показаниям. После рождения ребенка – вытирание сухой пеленкой и выкладывание на живот матери, укрывание теплым одеялом. Отделение новорожденного от матери (пересечение пуповины) у резус-отрицательных рожениц – сразу, у всех других – не ранее, чем через 1 мин**. Обработка пуповины и пуповинного остатка не проводится (сухое ведение).</p>
<p>III период родов (не более 30 минут).</p>		
<p>Контроль общего состояния роженицы (сознание, цвет кожи и слизистых, пульс, АД), состояния матки, характера сократительной деятельности, выделений из половых путей. Выявление признаков отделения плаценты в течение 30 минут. Оценка общей кровопотери. Физиологической считать кровопотерю, не превышающую 0,5 % массы тела женщины – предельно допустимая кровопотеря (далее – ПДК).</p>		<p>Антропометрия, паспортизация новорожденного. В случае 0(I) группы крови у беременной и иной групповой принадлежности у отца ребенка исследование крови новорожденного прямой пробой Кумбса в первые 2 часа жизни. Выведение мочи катетером. При появлении признаков отделения плаценты предложить женщине потужиться и ожидать рождения последа, при неэффективности – выделить ее наружными приемами. Осмотр последа. При отсутствии признаков отделения плаценты и (или) возникновении кровотечения в течение 30 минут после рождения плода или при приближении кровопотери к 250 мл без признаков отделения плаценты выполнить ручное отделение плаценты под общим обезболиванием (выполняет врач-анестезиолог). Родильницам группы риска по кровотечению проводится профилактика кровотечения: Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4).</p>
<p>Ранний послеродовой период (2 часа после рождения последа)</p>		
<p>Наблюдение за родильницей в родовом отделении (блоке) в течение 2 часов после родов (пульс, АД, цвет кожи и слизистых, размеры, положение и плотность матки,</p>		<p>Осмотр родовых путей, ушивание разрывов под местным или общим обезболиванием. Прикладывание к груди в течение</p>

контроль количества выделений из половых путей) каждые 20–30 мин. Перевод в послеродовую палату через 2 часа после рождения последа.		30 минут после рождения – при готовности ребенка и отсутствии необходимости оказания экстренной помощи новорожденному или матери.
Поздний послеродовой период (3–5 дней)		
Наблюдение за родильницей в послеродовом отделении (пульс, АД, цвет кожи и слизистых; состояние молочных желез, сосков, активность лактации; размеры, положение и плотность матки, контроль количества выделений из половых путей) – ежедневно.	УЗИ, влагалищное исследование – по показаниям перед выпиской.	У Rh-отрицательных женщин в случае отсутствия анти «D»-антител при Rh-положительной принадлежности крови новорожденного – профилактика резус-иммунизация (Группа № 33) в течение 72 часов после родов. Туалет/обработка промежности при ее ушивании.

* Лекарственная терапия согласно приложению 2.

** Для выполнения этого условия необходима конструктивная особенность родовой кровати – ребенок после рождения должен располагаться на одном уровне (не ниже!) с неотделившейся плацентой (маткой), а после вытирания пеленкой сухим выкладываться на живот матери и укрываться одеялом.

16. Оказание медицинской помощи (включая оперативные вмешательства) в других случаях родоразрешения проводится согласно таблице 10 настоящего приложения.

Таблица 10

Другие способы родоразрешения

Объем оказания медицинской помощи		Средняя длительность лечения и тактика ведения
Диагностика*	Лечение**	
1	2	3
Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение		
О80.1 Самопроизвольные роды в ягодичном предлежании.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	Согласно таблице 9 настоящего приложения. I период родов: 1. Амниотомия выполняется после раскрытия шейки матки 8 см. 2. Начиная с 9 см раскрытия, профилактика слабости потуг – окситоцин внутривенно (Группа № 9.2). II период родов: оказание пособия по Цовьянову I, срединно-боковая эпизиотомия. Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям.	3–5 дней, включая послеродовой период. Роды через естественные родовые пути возможны при: чисто ягодичном предлежании; массе плода 2500–3600 г; согнутом положении головки плода; физиологическом типе КТГ; отсутствии доплерометрических нарушений МППК; отсутствии показаний для кесарева сечения на момент начала родов, а также отягощенного анамнеза. Любые осложнения родов (ПРПО, аномалии родовой деятельности, гипоксия плода) являются основанием для пересмотра плана родов.
О81.0 Наложение низких [выходных] щипцов.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4).	5–7 дней, включая послеродовой период. Эпизиотомия.
О81.1 Наложение средних [полостных] щипцов. О81.2 Наложение средних [полостных] щипцов с поворотом. О81.3 Наложение других и неуточненных щипцов.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4).	5–7 дней, включая послеродовой период. Наложение полостных щипцов, полостных щипцов с поворотом недопустимо. Исключение: полостные щипцы в случае невозможности родоразрешения матери путем операции кесарева сечения. Эпизиотомия.
О81.4 Применение вакуум-экстрактора (вакуум-экстракция плода).		

Согласно таблице 9 настоящего приложения.	Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4).	5–7 дней, включая послеродовой период. Эпизиотомия.
О81.5 Родоразрешение с комбинированным применением щипцов и вакуум-экстрактора.		
Комбинированное применение щипцов и вакуум-экстрактора не допускается.		
Роды одноплодные, родоразрешение посредством кесарева сечения (согласно пункту 17 настоящего приложения).		
О82.0 Проведение elective кесарева сечения (плановое кесарево сечение).		
Блок А. Блок В. Блок Г 1/5-7. Блок Д. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога. Консультация врача-терапевта.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Аналгетики и анестетики (Группа № 31.1, 31.4). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19). Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям.	5–7 дней, включая послеродовой период. Предоперационная подготовка и особенности анестезиологического пособия, включая инфузионно-трансфузионную терапию, определяются показаниями. Кюретаж полости матки при преэклампсии, эклампсии, плотном прикреплении плаценты, дефектах последа, антенатальной гибели плода и предполагаемом инфицировании полости матки.
О82.1 Проведение срочного кесарева сечения (экстренное кесарево сечение).		
Блок А. Блок В. Блок Г 1/5-7. Блок Д. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) или Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19). Аналгетики и анестетики (Группа № 31.1, 31.4). Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям.	5–7 дней, включая послеродовой период. Предоперационная подготовка и особенности анестезиологического пособия, включая инфузионно-трансфузионную терапию, определяются показаниями. Кюретаж полости матки при преэклампсии и эклампсии, плотном прикреплении плаценты, дефектах последа, антенатальной гибели плода и предполагаемом инфицировании полости матки.
О82.2 Проведение кесарева сечения с гистерэктомией.		
Блок А. Блок В. Блок Г. Блок Д. Консультация врача-терапевта. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7). Аналгетики (Группа № 31.1, 31.4). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19). Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18) по показаниям.	7–10 дней, включая послеродовой период. Плановое кесарево сечение с гистерэктомией: ампутация/эктирпация матки при доброкачественных заболеваниях и невозможности органосохраняющей операции, при злокачественных новообразованиях) эктирпация матки с удалением большого сальника на уровне поперечно-ободочной кишки при злокачественных новообразованиях яичников ампутация матки при заболеваниях крови, сопровождающихся нарушениями гемостаза. Экстренное кесарево сечение с гистерэктомией: при тотальном пропитывании кровью (матка Кювелера), при приращении плаценты или при невозможности ушивания разрыва матки после остановки кровотечения и выведения пациентки из шока; при разрыве, проходящем через шейку матки, и невозможности его ушивания после остановки кровотечения и

		выведения пациентки из шока. Экстирпация матки с трубами при наличии признаков воспалительного процесса.
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.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Аналгетики (Группа № 31.4).	5–7 дней, включая послеродовой период. Извлечение плода за тазовый конец при живом плоде – экстренная родоразрешающая операция при невозможности выполнения кесарева сечения. Операция производится под наркозом. Эпизиотомия
О83.3 Родоразрешение живым ребенком при абдоминальной беременности.		
Блок А. Блок В. Блок Г. Блок Д. Консультация врача-терапевта.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7). Аналгетики (Группа № 31.4). Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18) по показаниям.	7–14 дней, включая послеродовой период. Родоразрешение абдоминальным доступом в день постановки диагноза. Родоразрешающая операция совместно с хирургом: лапаротомия, извлечение плода и элементов плодного яйца, остановка кровотечения из места плацентации, реконструктивные операции на органах брюшной полости по показаниям.
Роды многоплодные		
О84.0 Роды многоплодные, полностью самопроизвольные.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	Средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции (Группа № 9.2) с раскрытия маточного зева 8 см. Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям. Эпизиотомия по показаниям.	3–5 дней, включая послеродовой период. После рождения первого плода амниотомия последующего плодного пузыря производится после восстановления сократительной активности матки, принятия плодом продольного положения и вставления предлежащей части в плоскость входа в малый таз (происходит в течение 40 минут после рождения первого плода). Оказание акушерского пособия по Цовьянову при тазовом предлежании. Любые осложнения родов (несвоевременный разрыв плодных оболочек, аномалии родовой деятельности, дистресс плодов) являются основанием для пересмотра плана ведения родов в сторону оперативного родоразрешения.
О84.2 Роды многоплодные, полностью путем кесарева сечения.		
Блок А. Блок В. Блок Д. Консультация врача-терапевта, врача-анестезиолога-реаниматолога.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Обезболивание (Группа № 31.4). Инфузионная терапия (Группа № 17.1). Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям. Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19).	5–7 дней, включая послеродовой период. При наличии показаний к кесареву сечению при беременности двойней плановое родоразрешение с 37 недель, для трех и более плодов – с 36 недель. Родоразрешение кесаревым сечением: неправильное положение первого плода; поперечное положение второго плода; срок беременности до 34 недель, МХ двойня – ДА в сроке 36 недель, МА в 34–35 недель; ПРПО при незрелой шейке матки; отсутствие эффекта от родостимуляции; выпадение мелких частей плода или петель пуповины, хроническая гипоксия одного или обоих плодов (по данным КТГ, ДМ); отслойка плаценты;

		неразделившаяся двойня (после 26 недель); рубец на матке; беременность тремя и более плодами.
О84.8 Другое родоразрешение при многоплодных родах.		
Блок А. Блок В. Блок Д. Консультация врача-анестезиолога-реаниматолога.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7) или Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19). Аналгетики (Группа № 31.4) Инфузионная терапия (Группа № 17.2) по показаниям. Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) по показаниям.	Родоразрешение кесаревым сечением после рождения I плода: слабость потуг; выпадение петель пуповины; острая гипоксия; отслойка плаценты; поперечное положение II плода. Наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода – согласно шифру по МКБ-10 настоящего приложения О81.

* Объем диагностических обследований согласно блокам, приведенным в приложении 1.

** Лекарственная терапия и немедикаментозное лечение согласно приложению 2.

17. Показания к операции кесарева сечения:

- 17.1. полное предлежание плаценты;
- 17.2. неполное предлежание плаценты с кровотечением;
- 17.3. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с кровопотерей более 250 мл при отсутствии условий для вагинального родоразрешения;
- 17.4. тяжелая преэклампсия, HELLP-синдром, острый жировой гепатоз, эклампсия при беременности и в родах (при отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути);
- 17.5. поперечное и косое положение плода;
- 17.6. тазовое предлежание плода при разогнутой головке, предполагаемой массе плода более 3600 или менее 2500 г, в ножном и смешанном ягодичном предлежании, сочетании с анатомически измененным тазом матери, с отягощенным акушерским анамнезом, рубцом на матке;
- 17.7. многоплодная беременность:
 - 17.7.1. хроническая гипоксия одного из плодов;
 - 17.7.2. неправильное положение I плода;
 - 17.7.3. поперечное положение II плода;
 - 17.7.4. неэффективность родовозбуждения утеротониками и родостимуляции в течение 3 часов;
 - 17.7.5. сросшаяся двойня;
 - 17.7.6. фето-фетальный трансфузионный синдром;
 - 17.7.7. три и более плода;
- 17.8. вспомогательные репродуктивные технологии при осложненном акушерско-гинекологическом анамнезе;
- 17.9. хроническая гипоксия, задержка роста плода, не поддающиеся медикаментозной терапии;
- 17.10. плодово-тазовые диспропорции (анатомически узкий таз II–III степени сужения, опухоли, экзостозы или деформация костей таза, крупный плод с массой более 4400 г);
- 17.11. рубец на матке: два и более кесаревых сечения, одно кесарево сечение в сочетании с другими состояниями, отягощенным акушерским анамнезом, корпоральное кесарево сечение в анамнезе, миомэктомия (за исключением субмукозного расположения

миоматозного узла и субсерозного на тонком основании), операции по поводу пороков развития матки в анамнезе;

17.12. травматические повреждения костей таза, препятствующие родоразрешению через естественные родовые пути;

17.13. пороки развития матки и влагалища, препятствующие родоразрешению через естественные родовые пути;

17.14. анатомические препятствия родам через естественные родовые пути (опухоли шейки матки, низкое (шеечное) расположение большого миоматозного узла, рубцовые деформации шейки матки и влагалища после пластических операций на мочеполовых органах, а также ушивание разрыва III–IV степени в предшествующих родах);

17.15. множественная миома матки больших размеров, дегенерация миоматозных узлов;

17.16. соматические заболевания, требующие исключения потуг (заболевания сердечно-сосудистой, нервной системы в стадии декомпенсации, осложненная миопия высокой степени, трансплантированная почка и другие);

17.17. выраженное варикозное расширение вен вульвы и влагалища;

17.18. экстрагенитальный рак и рак шейки матки, яичников;

17.19. обострение герпетической инфекции половых путей;

17.20. отсутствие лечения ВИЧ-инфекции у матери во время беременности или вирусная нагрузка более 500 копий/мл в 36–38 недель беременности;

17.21. возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с акушерской и экстрагенитальной патологией, с осложненным акушерско-гинекологическим анамнезом;

17.22. некоторые аномалии развития плода (диафрагмальная грыжа, гастрошизис, омфалоцеле, крестцово-копчиковая тератома больших размеров и другое);

17.23. беременность в сроке 287 дней и более в сочетании с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, при незрелой шейке матки и отсутствии эффекта от родовозбуждения;

17.24. преждевременное излитие околоплодных вод и отсутствие эффекта от родовозбуждения;

17.25. аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной терапии;

17.26. острая гипоксия плода;

17.27. клинически узкий таз;

17.28. угрожающий или начинающийся разрыв матки;

17.29. предлежание и выпадение петель пуповины;

17.30. неправильные предлежания и вставления головки плода – лобное, задний вид лицевого предлежания (по подбородку), высокое прямое стояние стреловидного шва;

17.31. состояние агонии или клиническая смерть роженицы при живом плоде.

18. Женщины в послеродовом периоде (далее – родильницы) и новорожденные дети при его неосложненном течении могут быть выписаны из родильного дома (родильного отделения) после родов через естественные родовые пути на 3-и сутки и после кесарева сечения на 5-е сутки при условиях:

18.1. беременность, роды и первые 24 часа послеродового (послеоперационного) периода протекали без осложнений;

18.2. при родоразрешении операцией кесарева сечения родильнице проведена антибиотикопрофилактика путем внутривенного однократного введения высшей разовой дозы ЛС;

18.3. у Rh-отрицательных родильниц родивших резус-положительного ребенка, без титра АТ, отрицательной реакции Кумбса, проведена профилактика резус-сенсibilизации;

18.4. родильница обучена принципам грудного вскармливания, технике сцеживания и уходу за молочными железами, а также уходу за новорожденным;

18.5. родильница ознакомлена с гигиеной послеродового периода и признаками его возможных осложнений, информирована об организациях здравоохранения, куда необходимо обратиться в случае их возникновения;

18.6. период адаптации у новорожденного ребенка протекает без осложнений;

18.7. новорожденному проведены:

вакцинация в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 18 июля 2012 г. № 106;

запись ЭКГ и отоакустическая эмиссия на 2-е сутки жизни с последующей ее передачей с обменной картой (сведения акушерского стационара о новорожденном) в территориальную организацию здравоохранения, обслуживающую детское население;

исследование на фенилкетонурию и гипотиреоз не ранее 72 часов жизни у доношенных новорожденных.

18.8. При выписке родильница получает памятку для родителей (законных представителей).

18.9. Информация о новорожденном и родильнице передается в территориальную организацию здравоохранения в день выписки.

18.10. Амбулаторное наблюдение родильницы проводится с осмотром врача акушера-гинеколога на 7–10 сутки после выписки из акушерского стационара.

19. При возникновении осложнений родов и родоразрешения медицинская помощь осуществляется в соответствии с таблицей 11 настоящего приложения.

Таблица 11

Наблюдение, диагностика и лечение рожениц и родильниц при осложнениях родов и родоразрешения (шифр по МКБ-10 – O60–O75)

Объем оказания медицинской помощи		Средняя длительность лечения и тактика ведения
Диагностика*	Лечение**	
1	2	3
O60 Преждевременные роды (начинающиеся и начавшиеся преждевременные роды).		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	ЛС для токолиза (Группа № 25) (в течение 48–72 часов). Кортикостероиды для профилактики РДС у плода (Группа № 8.1) в сроке 26–35 6/7 недель. Спазмолитики (Группа № 26). Аналгетики (Группа № 31.1, 31.3). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.3) в сроке 154–196 дней, а также при проведении токолиза в сроке 197–237 дней. ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).	Госпитализация в акушерский стационар в сроках беременности 238–258 дней – II перинатального уровня, 197–237 дней – III перинатального уровня, 168–196 дней – IV перинатального уровня. В сроке беременности 154–237 недели возможно пролонгирование беременности. При укорочении шейки матки и/или прохождении цервикального канала до 3 см – токолиз в течение 48–72 часов, необходимых для завершения профилактики РДС плода. Токолиз осуществляется только при регистрации родовой деятельности на КТГ. Профилактика РДС у плода проводится с 26 недель. При сглаженной шейке матки и раскрытии более 3 см токолиз не проводится: в сроке 154–237 дней роды ведутся как начавшиеся преждевременные – максимальное обезболивание, спазмолитики, амниотомия не ранее 7–8 см, без защиты промежности; эпизиотомия. При выполнении кесарева сечения извлечение плода производят в целом плодном пузыре; в сроке 238–258 дней токолиз не проводится, и роды ведут через естественные родовые пути: максимальное обезболивание, спазмолитики, амниотомия не ранее 7–8 см, без защиты промежности.

		<p>При предполагаемой массе плода менее 1500 г целесообразно родоразрешение кесаревым сечением.</p> <p>При ПРПО: в сроке 154–237 дней – согласно шифру по МКБ-10 О42.2 в таблице 8 настоящего приложения, в сроке 238–258 дней – согласно шифру по МКБ-10 О42.0 в таблице 8 настоящего приложения.</p> <p>В родах выполняется эпизиотомия.</p> <p>Альтернативой являются «вертикальные» роды.</p> <p>Во всех случаях родоразрешения до 37 недель беременности отделение новорожденного от матери (пересечение пуповины) проводится у резус-отрицательных рожениц – сразу, у всех других – осуществлять отсроченное пережатие пуповины (плацентарную трансфузию) в течение 60–120 секунд, а в случае необходимости немедленного отделения ребенка – проводить пересечение пуповины после «сцеживания».</p>
	<p>Примечание. При преждевременных родах (через естественные родовые пути, а равно кесаревым сечением) ребенок после рождения (извлечения) должен располагаться ниже уровня неотделившейся плаценты. Пережатие и пересечение пуповины по возможности производят не ранее 60–120 сек. после рождения (плацентарная трансфузия), но в условиях поддержания теплового режима новорожденного, а в случае необходимости быстрого отделения ребенка для проведения реанимационных мероприятий – после «сцеживания» пуповинной крови от плаценты к новорожденному.</p>	
<p>Об1 Неудачная попытка стимуляции родов медикаментозными средствами.</p> <p>Об1.1 инструментальными методами.</p> <p>Об1.9 неуточненная.</p>		
<p>Согласно таблице 9 настоящего приложения.</p>	<p>После операции: Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) по показаниям. Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.3, 11.6, 11.7) по показаниям. Аналгетики (Группа № 31.4).</p>	<p>Кесарево сечение.</p>
<p>Об2.0 Первичная слабость родовой деятельности.</p>		
<p>Согласно таблице 9 настоящего приложения. Диагноз устанавливается при скорости раскрытия шейки матки менее 1 см/ч в течение 2 часов до раскрытия 6 см. КТГ.</p>	<p>Средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции (Группа № 9.2). Аналгетики (Группа № 31.3, 31.4). Спазмолитики (Группа № 26). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).</p>	<p>Лечебные мероприятия проводятся не более 6 часов от момента постановки диагноза; при проведении акушерского сна – 9 часов.</p> <p>При целом плодном пузыре – амниотомия, наблюдение 2 часа, при отсутствии динамики раскрытия шейки матки – родостимуляция утеротониками: в латентной фазе родов (раскрытие до 4 см) динопростомом, в активной фазе родов (при раскрытии более 4 см) – окситоцином.</p> <p>Вагинальный осмотр проводится для оценки эффективности родостимуляции через 3 часа.</p> <p>Через 6 часов стимуляции проводится врачебный консилиум для решения вопроса о продолжении введения утеротоников либо завершении родов кесаревым сечением.</p> <p>Кесарево сечение при отсутствии эффекта от медикаментозного лечения слабости и/или острой гипоксии плода.</p>

Об2.1 Вторичная слабость родовой деятельности.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения. Диагноз устанавливается при скорости раскрытия шейки матки менее 1 см/ч в течение 2 часов после 6 см. КТГ.	Средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции (Группа № 9.2: окситоцин). Аналгетики (Группа № 31.1, 31.3). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).	Родостимуляция (окситоцином) проводится не более 3–4 часов. При слабости потуг – 2 часа у первородящих и 1 час у повторнородящих. При отсутствии эффекта от родостимуляции в течение 2 часов врачебным консилиумом определяется тактика родоразрешения. При расположении головки плода в широкой плоскости малого таза и выше – кесарево сечение, при расположении головки плода ниже широкой плоскости малого таза – вакуум-экстракция.
Об2.3 Стремительные роды (4 часа у первородящих, 2 часа у повторнородящих).		
Согласно таблице 9 настоящего приложения. КТГ.	ЛС для токолиза (Группа № 25). Аналгетики (Группа № 31.1, 31.3). Спазмолитики (Группа № 26).	Лечебные мероприятия проводятся в течение 1–2 ч.
Об2.4 Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки (дискоординация родовой деятельности).		
Согласно таблице 9 настоящего приложения. Непрерывное мониторирование КТГ.	ЛС для токолиза (Группа № 25). Аналгетики (Группа № 31.1, 31.3, 31.4). Спазмолитики (Группа № 26). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).	1–2 часа от постановки диагноза до принятия решения о смене акушерской тактики. Кесарево сечение при отсутствии эффекта от лечения, острой гипоксии плода.
Об3.2 Задержка рождения второго плода из двойни, тройни и т. д.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	Средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря и родостимуляции (Группа № 9.2).	20–40 мин. После рождения первого плода амниотомия последующего плодного пузыря производится после восстановления полноценной сократительной активности матки, принятия плодом продольного положения и вставления предлежащей части в плоскость входа в малый таз (не более 40 минут после рождения предыдущего плода). При отсутствии вышеуказанной акушерской ситуации, поперечном положении, острой гипоксии плода – кесарево сечение. Оказание акушерского пособия по Цовьянову при тазовом предлежании. Эпизиотомия по показаниям.
Об4.0 Затрудненные роды вследствие неполного поворота головки плода (асинклитическое вставление головки плода, высокое прямое и низкое поперечное стояние головки).		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	–	Кесарево сечение.
Об4.1 Затрудненные роды вследствие ягодичного предлежания.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	–	Кесарево сечение. Любое осложнение родов при родах в тазовом предлежании является основанием для пересмотра плана ведения родов.
Об4.2 Затрудненные роды вследствие лицевого предлежания.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	–	Кесарево сечение.
Об4.3 Затрудненные роды вследствие лобного предлежания.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	–	Кесарево сечение.
Об5.0 Затрудненные роды вследствие деформации таза.		
Об5.1 Затрудненные роды вследствие равномерно суженного таза.		
Об5.2 Затрудненные роды вследствие сужения входа таза.		

Об5.3 Затрудненные роды вследствие сужения выходного отверстия и среднего диаметра таза. (Клинически узкий таз).		
Согласно таблице 9 настоящего приложения. Блок А. Блок В. В родах оценка признаков Цангенмейстера, Вастена. КТГ.	Ведение родов с функциональной оценкой таза.	Кесарево сечение при выявлении признаков клинического несоответствия и постановке диагноза.
Об6.0 Затрудненные роды вследствие предлежания плечика (дистоция плечиков).		
Согласно таблице 9 настоящего приложения. Непрерывная КТГ. Критерии дистоции плечиков: затруднение выведения плечиков плода акушерскими приемами в течение 1 минуты после рождения головки, когда легкая тракция не приводит к их рождению.		Акушерское пособие при дистоции плечиков: 1. срединно-боковая эпизиотомия, если она не была произведена ранее; максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных и коленных суставах (прием МакРобертса); 2. умеренное давление ассистентом над лобком дорсально или косо-дорсально в течение 30–60 сек, чтобы сдвинуть переднее плечико из прямого в косой размер; 3. одноименной рукой во влагалище войти по спинке плода и давить на переднее плечико сзади (на лопатку), чтобы перевести плечики в косой размер таза (прием Рубина) или войти к заднему плечику спереди по груди и давить на заднее плечико спереди, чтобы перевести плечики в косой размер таза (прием Вудса); 4. одномоментное давление двумя руками на заднее плечико спереди и на переднее сзади, чтобы перевести плечики в косой размер (винт Вудса); 5. одноименной рукой следовать по задней ручке до локтя и «умывающим» движением в направлении от спинки к груди извлечь заднюю ручку плода. После этого рождается переднее плечико. Если переднее плечо не освобождается, то поворотом на 180 градусов оно переводится в заднее и извлекается.
Об6.1 Затрудненные роды вследствие сцепления близнецов.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения. УЗИ плодов. КТГ.	–	Кесарево сечение.
Об6.3 Затрудненные роды вследствие других аномалий плода (ВПР: гидроцефалия, анэнцефалия и другое).		
УЗИ плода.		Плодоразрушающая операция.
Об6.4 Неудачная попытка вызвать роды неуточненная (неудачная попытка индукции родов).		
Критерии постановки диагноза: отсутствие эффекта от мероприятий по индукции родов – механических (палочки ламинарий, баллонный цервикальный катетер, амниотомия), медикаментозных (мифепристон, гели с динопростомом, инфузия динопростона).		При незрелой шейке матки осуществляется преиндукция родов (1-е сутки): введение цервикального баллонного катетера или палочек ламинарии (согласно пунктам 5 и 6 таблицы 2 приложения 2) или прием мифепристона (согласно пункту 1 Группы № 9.1 приложения 2). Далее при недостаточно зрелой шейке матки и отсутствии возможности для амниотомии (2-е сутки) проводится введение простагландинсодержащих гелей (согласно пунктам 2 и 3 Группы № 9.1 приложения 2) или прием

		<p>мифепристона или инфузия динопростона.</p> <p>Далее по достижении зрелой шейки матки проводится индукция родов амниотомией.</p> <p>При отсутствии эффекта от указанных мероприятий (неудачная попытка индукции родов) – родоразрешение кесаревым сечением.</p>
<p>О66.5 Неудачная попытка применения вакуум-экстрактора и наложения щипцов неуточненная.</p>		
<p>Согласно таблице 9 настоящего приложения.</p>	–	<p>Кесарево сечение при живом плоде.</p> <p>Головку плода подтолкнуть вверх до плоскости входа или широкой части малого таза. При необходимости ассистент удерживает головку рукой до выполнения кесарева сечения.</p> <p>При гибели плода – плодоразрушающая операция.</p>
<p>О68.0 Роды, осложнившиеся изменениями частоты сердечных сокращений плода (острая гипоксия плода – брадикардия, нарушения ритма и тахикардия у плода).</p>		
<p>Согласно таблице 9 настоящего приложения.</p> <p>КТГ-мониторинг.</p> <p>Влагалищное исследование.</p> <p>Уточнение характера околоплодных вод.</p>	<p>ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).</p> <p>Спазмолитики (Группа № 26).</p>	<p>При поздних и вариабельных децелерациях, синусоидальном ритме на КТГ показано экстренное родоразрешение:</p> <p>в I периоде родов – кесаревым сечением;</p> <p>во II периоде родов – эпизиотомия/вакуум-экстракция плода.</p> <p>Роды через естественные родовые пути могут быть продолжены:</p> <p>если децелерации возникли на фоне гиперстимуляции маточной активности, которая устранена прекращением введения утеротоников (назначением β-миметиков по показаниям), и нормальный сердечный ритм плода восстановился;</p> <p>если децелерации возникли на фоне регионарной аналгезии, и после поворота роженицы на бок нормальный ритм восстановился;</p> <p>если завершение родов прогнозируется в течение 2 часов при непродолжительных и неглубоких децелерациях, отсутствии их усугубления, стабильной базальной частоте, амплитуде осцилляций больше 3, отсутствии ранее патологии со стороны плода и матери.</p>
<p>О68.1 Роды, осложнившиеся выходом мекония в амниотическую жидкость.</p>		
<p>Согласно таблице 9 настоящего приложения.</p> <p>Непрерывная КТГ.</p> <p>Влагалищное исследование.</p> <p>Контроль характера околоплодных вод.</p>	<p>ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).</p> <p>Спазмолитики (Группа № 26).</p> <p>Группа № 24 пункт 2 (диазепам) при родоразрешении через естественные родовые пути.</p>	<p>При поздних и вариабельных децелерациях на КТГ показано экстренное родоразрешение в зависимости от акушерской ситуации.</p> <p>При зеленых прозрачных околоплодных водах и отсутствии признаков гипоксии плода на КТГ – ведение родов через естественные родовые пути. Введение диазепама для профилактики меконеальной аспирации.</p>
<p>О68.2 Роды, осложнившиеся изменениями частоты сердечных сокращений плода с выходом мекония в амниотическую жидкость.</p>		
<p>О68.3 Роды, осложнившиеся появлением биохимических признаков стресса плода.</p>		
<p>Согласно таблице 9 настоящего приложения.</p> <p>Непрерывная КТГ.</p> <p>Влагалищное исследование.</p> <p>Контроль характера околоплодных вод.</p>		<p>Кесарево сечение.</p>

<p>О69.0 Роды, осложнившиеся выпадением пуповины. О69.1 Роды, осложнившиеся обвитием пуповины вокруг шеи со сдавлением. О69.2 Роды, осложнившиеся запутыванием пуповины. О69.3 Роды, осложнившиеся короткой пуповиной. О69.4 Роды, осложнившиеся предлежанием сосуда. О69.5 Роды, осложнившиеся повреждением сосудов пуповины. О69.8 Роды, осложнившиеся другими патологическими состояниями пуповины. О69.9 Роды, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины неуточненным.</p>		
<p>Согласно таблице 9 настоящего приложения. Непрерывная КТГ. Контроль характера околоплодных вод.</p>	<p>–</p>	<p>В I периоде родов показано кесарево сечение. До оперативного родоразрешения уменьшение вероятности сжатия пуповины путем придания роженице коленно-локтевого положения и (или) одновременного ручного смещения предлежащей части в краниальном направлении, если головка не прижата ко входу в малый таз. При возникновении осложнения во II периоде родов – завершение рождения плода в течение 5 минут: ускорение рождения плода с помощью эпизиотомии, перинеотомии, вакуум-экстракции плода, извлечения плода за тазовый конец при тазовом предлежании. При рождении головки попытаться ослабить пуповину, при невозможности ослабить – пересечь между двумя зажимами.</p>
<p>О70.0 Разрыв промежности I степени в процессе родоразрешения. О70.1 Разрыв промежности II степени в процессе родоразрешения. О70.2 Разрыв промежности III степени в процессе родоразрешения. О70.3 Разрыв промежности IV степени в процессе родоразрешения.</p>		
<p>Осмотр родовых путей.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) при разрывах промежности III–IV степени. Аналгетики и анестетики (Группа № 31.2, 31.4). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40) по показаниям.</p>	<p>3–7 дней. Ушивание разрывов производится при местном или общем обезболивании. При разрыве I степени ушивается стенка влагалища и кожа. Ушивание производится синтетическим рассасывающимся шовным материалом: на кожу отдельные швы или внутрикожный шов. При II степени дополнительно ушиваются мышцы промежности путем наложения отдельных погружных швов При III степени дополнительно ушивается сфинктер прямой кишки. Восстановление промежности при разрыве III степени начинают со сфинктера прямой кишки. При IV степени дополнительно ушивается разрыв стенки прямой кишки. Швы на кишку накладываются со стороны слизистой отдельными синтетическими рассасывающимися швами с захватом слизистой и мышечного слоев кишки и завязыванием лигатур в просвет кишки. Затем ушивают сфинктер и далее, как при разрыве II степени. При разрывах III–IV степени – постельный режим 1–3 суток. Родильнице не рекомендуется сидеть в течение 2 недель.</p>
<p>О71.0 Исключена. О71.1 Исключена. О71.2 Послеродовой выворот матки.</p>		

Согласно таблице 9 настоящего приложения. Блок Г.	Аналгетики (Группа № 31.4). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4) при сохранении матки. Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39).	Под общим наркозом отделяется плацента, если она еще прикреплена. Слизистую матки смазывают стерильным вазелином, гелем. Пальцами рук, размещенными в дне матки путем давления в направлении маточного зева и под контролем руки, распложенной над лонным сочленением, вправляют матку. При невозможности вправления с помощью руки, выполняется задняя кольпотомия, рассечение задней стенки матки в продольном направлении, выворот и ушивание матки с последующим ее введением в брюшную полость через сделанное кольпотомное отверстие (операция Кюстнера). При очевидном омертвлении тканей матки или воспалении производится экстирпация матки влагалитическим доступом. При этом влагалитце наглухо не ушивается, а брюшная полость дренируется через оставленное отверстие. Гистологическое исследование операционного материала.
O71.3 Акушерский разрыв шейки матки.		
Осмотр родовых путей	–	Ушивание разрыва шейки матки рассасывающимся шовным материалом в 2 ряда непрерывными или отдельными швами.
O71.4 Акушерский разрыв только верхнего отдела влагалитца.		
Осмотр родовых путей.	Аналгетики (Группа № 31.4) по показаниям. Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39).	Ушивание разрыва влагалитца рассасывающимся шовным материалом.
O71.5 Другие акушерские травмы тазовых органов (мочевого пузыря, уретры).		
Осмотр родовых путей. Коагулограмма. Консультация врача-уролога.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.7). Аналгетики (Группа № 31.4). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39).	При повреждениях мочевого пузыря: лапаротомия, оценка отношения раны к устьям мочеточников, швы накладывают синтетическим рассасывающимся шовным материалом в 2 ряда, линия швов прикрывается пузырно-маточной складкой. При повреждении уретры: уретру отсепаровывают от слизистой влагалитца, рану сшивают в поперечном направлении на катетере без прокалывания слизистой уретры, слизистую влагалитца ушивают в продольном направлении. Постоянный катетер в мочевом пузыре оставляют на 5–14 суток
O71.6 Акушерские травмы тазовых суставов и связок.		
УЗИ лонного сочленения. R-графия костей таза. Консультация врача-хирурга, врача-травматолога-ортопеда.	Постельный режим в позе «лягушки», фиксирующая повязка. Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3). Аналгетики (Группа № 31.1). НПВС (Группа № 29). Микронутриентная терапия (Группа № 41).	Хирургическое лечение по показаниям.
O71.7 Акушерская гематома таза (промежности, влагалитца, вульвы).		
Осмотр родовых путей. Ректальное исследование. ОАК.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7).	Непрогрессирующие гематомы до 4–5 см прошить без вскрытия. Гематомы более 4–5 см и нарастающие –

Коагулограмма. УЗИ по показаниям.	Аналгетики (Группа № 31.2, 31.4). НПВС (Группа № 29). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39).	вскрытие, опорожнение, лигирование кровотокающих сосудов, ушивание ложа гематомы, дренирование гематомы (по показаниям). Дополнительные лечебные мероприятия – в соответствии с возникшими или предполагаемыми осложнениями.
О72 Исключена.		
О72.0 Кровотечение в третьем периоде родов.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения. ОАК. Коагулограмма + Д-димеры. Определение групп крови по системам АВО и резус. КОС.	Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Средства для лечения маточного кровотечения (Группа № 9.5). Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) или Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7). Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Аналгетики (Группа № 31.4).	При наличии признаков отделения плаценты – выделить послед наружными приемами. При отсутствии признаков отделения плаценты и кровопотере более 250 мл – ручное отделение плаценты и выделение последа на фоне внутривенного введения окситоцина 10 ЕД (инфузоматом, капельно), 1 мл метилэргометрина или 1 мл карбетоцина при завершении операции, введение транексамовой кислоты в дозе 1 г внутривенно медленно. При отсутствии эффекта – осмотр родовых путей для исключения разрывов, введение баллонного катетера или клеммирование параметриев; мизопростол 800–1000 мкг (4–5 таб.) ректально; обсудить консилиумом необходимость введения концентрата факторов свертывания. При превышении кровопотери 3 ПДК (= 20 % ОЦК) – лапаротомия для хирургического гемостаза: перевязка восходящих ветвей маточных сосудов, маточных ветвей яичниковых сосудов в собственных связках яичников, а при необходимости и в круглых связках; швы по В-Lynch или матрасные швы на матку. Если кровотечение не остановлено, и кровопотеря достигла 1500 мл – производят надвлагалищную ампутацию матки без придатков (или в исключительных случаях экстирпацию матки без придатков – при травме шейки матки, ДВС). Удаление матки после остановки кровотечения выполняется только при наличии сопутствующей патологии органа: при лапаротомии был обнаружен разрыв матки (согласно шифру по МКБ-10 настоящего приложения О71.1), тотальное пропитывание матки кровью (матка Кювелера – ампутация матки) или наличие признаков воспалительного процесса (экстирпация матки). Во всех случаях дренируется брюшная полость.
О72.1 Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде (кровотечения в течение 2 часов после родов).		
Определение групп крови по системам АВО и резус. ОАК. Коагулограмма+ спонтанный фибринолиз. Д-димеры.	Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18). Средства для лечения маточного	При превышении имеющейся общей кровопотери 1 ПДК (одномоментно/парциально/непрерывно): введение утеротоников – окситоцин 10 ЕД внутривенно по инфузомату или капельно; метилэргометрин 1 мл

<p>Тромбоэластография. КОС. БАК.</p>	<p>кровотечения (Группа № 9.5). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Аналгетики (Группа № 31.4).</p>	<p>внутривенно или карбетоцин 1 мл внутривенно; введение транексамовой кислоты в дозе 1 г внутривенно медленно; наружный массаж матки; при отсутствии эффекта или одномоментном превышении кровопотери 1,5 ПДК (= 10 % ОЦК, ОЦК = 7 % массы тела) – ручное обследование полости матки в условиях анестезиологического пособия. При диагностике разрыва матки – лапаротомия (см. О71.1). При отсутствии эффекта – повторный осмотр родовых путей для исключения разрывов, введение маточного баллонного катетера или клеммирование параметриев; мизопростол 800–1000 мкг (4–5 таб.) ректально; обсудить консилиумом необходимость введения концентрата факторов свертывания. При превышении кровопотери 3 ПДК (= 20 % ОЦК) – лапаротомия для хирургического гемостаза: перевязка восходящих ветвей маточных сосудов, маточных ветвей яичниковых сосудов в собственных связках яичников, а при необходимости и в круглых связках; швы по В-Lynch или матрасные швы на матку. Если кровотечение не остановлено, и кровопотеря достигла 1500 мл – производят надвлагалищную ампутацию матки без придатков (или в исключительных случаях экстирпацию матки без придатков – при травме шейки матки, ДВС, воспалительные изменения). Удаление матки после остановки кровотечения выполняется только при наличии сопутствующей патологии органа: при лапаротомии был обнаружен разрыв матки (согласно шифру по МКБ-10 настоящего приложения О71.1), тотальное пропитывание матки кровью (матка Кювелера – ампутация матки) или наличие признаков воспалительного процесса (экстирпация матки). Во всех случаях дренируется брюшная полость.</p>
<p>при кесаревом сечении</p>		
<p>во время операции: ОАК Коагулограмма Д-димеры Тромбоэластография КОС БАК</p>	<p>Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18). Средства для лечения маточного кровотечения (Группа № 9.5). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39).</p>	<p>Достижение полноценного сокращения матки возможно только при восстановлении ее целостности (ушивание кесарского разреза). Для лечения гипотонии: введение внутривенно утеротоников – метилэргометрин 1 мл или карбетоцин 1 мл; введение транексамовой кислоты в дозе 1 г внутривенно медленно. При отсутствии эффекта – хирургический гемостаз: перевязка восходящих ветвей маточных сосудов, маточных ветвей яичниковых сосудов в собственных связках яичников, при необходимости и в круглых связках (девакуляризация матки); швы по В-Lynch или матрасные швы на матку.</p>

		Если кровотечение не остановлено – надвлагалищная ампутация матки без придатков (или в исключительных случаях экстирпация матки без придатков – при ДВС, воспалительных изменениях).
O72.2 Позднее или вторичное послеродовое кровотечение (кровотечение, развившееся через 2 часа после родов и до окончания послеродового периода).		
ОАК. Коагулограмма + Д-димеры. Спонтанный фибринолиз. Определение групп крови по системам АВО и резус. Тромбоэластография.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7). Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18). Средства для лечения маточного кровотечения (Группа № 9.5). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Аналгетики (Группа № 31.4).	Наладить инфузию в периферические вены; введение утеротоников – окситоцин 10 ЕД внутривенно по инфузому или капельно; введение транексамовой кислоты в дозе 1 г внутривенно медленно; наружный массаж матки; кюретаж полости матки в условиях анестезиологического пособия, введение внутривенно метилэргометрина 1 мл или карбетоцина 1 мл однократно, повторный осмотр родовых путей для исключения разрывов, введение маточного баллонного катетера или клеммирование параметриев; мизопропростол 800–1000 мкг (4–5 таб.) ректально; обсудить консилиумом необходимость введения концентрата факторов свертывания. При превышении кровопотери 3 ПДК (= 20 % ОЦК) – лапаротомия для хирургического гемостаза: перевязка восходящих ветвей маточных сосудов, маточных ветвей яичниковых сосудов в собственных связках яичников, при необходимости и в круглых связках (деваскуляризация матки); швы по В-Lynch или матрасные швы на матку. Если кровотечение не остановлено или достигло 1500 мл – надвлагалищная ампутация матки без придатков (или в исключительных случаях экстирпацию матки без придатков – при ДВС, воспалительных изменениях).
O72.3 Послеродовая (ой) коагуляционный дефект, афибриногенемия, фибринолиз.		
ОАК. Коагулограмма. Спонтанный фибринолиз. Д-димеры. Тромбоэластография. Определение групп крови по системам АВО и резус. Консультация врача-гематолога.	Лечение аналогично шифру по МКБ-10 настоящего приложения O72.1 + специфическая коррекция гемостаза в соответствии с его патологией.	Действия согласно шифру по МКБ-10 настоящего приложения O72.1. На фоне внутривенной антибактериальной, инфузионной терапии, коррекции коагуляционных свойств совместно с врачом анестезиологом-реаниматологом, врачом-гематологом.
O73.0 Задержка плаценты без кровотечения.		
	Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Аналгетики (Группа № 31.4).	При наличии признаков отделения плаценты – выделить послед наружными приемами. При отсутствии признаков отделения в течении 30 минут – ручное отделение плаценты и выделение последа в условиях анестезиологического пособия. Гистологическое исследование операционного материала.
O73.1 Задержка частей плаценты или плодных оболочек без кровотечения.		

Осмотр последа.	Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Аналгетики (Группа № 31.4).	Кюретаж полости матки. Гистологическое исследование операционного материала.
О74 Осложнения, связанные с проведением анестезии во время родов и родоразрешения.		
Лечебно-диагностические мероприятия проводит врач-анестезиолог-реаниматолог.		
О75 Другие осложнения родов и родоразрешения, не классифицированные в других рубриках.		
О75.0 Дистресс матери во время родов и родоразрешения.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения. Определение групп крови по системам АВО и резус.	Лечебные мероприятия – в соответствии с возникшими или предполагаемыми осложнениями.	При нарушении состояния плода или ухудшении состояния матери – экстренное родоразрешение: кесаревым сечением.
О75.1 Шок во время родов или после родов и родоразрешения.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения. ОАК. БАК + Электролиты. КОС. Коагулограмма+ Д-димеры. Спонтанный фибринолиз. Определение групп крови по системам АВО и резус.	Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Препараты крови (Группа № 18) с учетом гемодинамических и лабораторных показателей. Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7).	Реанимационные мероприятия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом согласно протоколу сердечно-легочной реанимации. Экстренное родоразрешение (акушерские щипцы, кесарево сечение) после выведения из шока в соответствии с акушерскими условиями. Другие лечебные мероприятия – в соответствии с возникшими или предполагаемыми осложнениями.
О75.2 Гипертермия во время родов, не классифицированная в других рубриках.		
О75.3 Другие инфекции во время родов.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения. Измерение температуры тела каждые 3 часа. Непрерывная КТГ.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3). Инфузионная терапия (Группа № 17.2). НПВС (Группа № 29).	Госпитализация в акушерское наблюдательное отделение акушерского стационара. Лечение основного заболевания. На 4–6 сутки после родоразрешения при отсутствии эффекта от лечения перевод в профильное отделение организации здравоохранения.
О75.5 Задержка родов после искусственного разрыва плодных оболочек (отсутствие спонтанной родовой деятельности при индукции родов амниотомией).		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	Аналгетики (Группа № 31.1, 31.3). Средства для индукции родов при отсутствии плодного пузыря (Группа № 9.2). Спазмолитики (Группа № 26).	Родовозбуждение утеротониками начинать при отсутствии спонтанной родовой деятельности через 3 часа у первородящих, через 4 часа – у повторнородящих. Через 6 часов введения утеротоников консилиумом обсудить вопрос об эффективности родовозбуждения/стимуляции, при отсутствии эффекта – завершить роды кесаревым сечением. Ведение родов – согласно таблице 9 настоящего приложения.
О75.7 Исключена.		

* Объем диагностических обследований согласно блокам, приведенным в приложении 1.

** Лекарственная терапия и немедикаментозное лечение согласно приложению 2.

20. Медицинская помощь при возникновении осложнений в послеродовом периоде оказывается родильницам согласно таблице 12 настоящего приложения.

Таблица 12

Наблюдение, диагностика и лечение родильниц при осложнениях послеродового периода (шифр по МКБ-10 O85–O92)

Объем оказания медицинской помощи		Тактика ведения и средняя длительность лечения
Диагностика*	Лечение**	
1	2	3
<p>О85 Послеродовой сепсис О86.4 Гипертермия неясного происхождения, возникшая после родов О86.8 Другие уточненные послеродовые инфекции (послеродовой эндометрит, перитонит).</p>		
<p>Блок А. Блок В. Блок Г 1/5-7. БАК. Электролиты крови. КОС. Д-димеры. Посев из цервикального канала на чувствительность к АБ. Блок Е.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19). Инфузионная терапия (Группа № 17.3). ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Противогрибковые средства (Группа № 13). НПВС (Группа № 29) по показаниям. Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 18) по показаниям. Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16) по показаниям.</p>	<p>7–14 дней. Первичный очаг инфекции – матка: кюретаж полости послеродовой матки; внутриматочный диализ; экстракорпоральная детоксикация при возможности ее выполнения. При отсутствии положительной динамики/нарастании воспалительной реакции (клинические, лабораторные, инструментально-функциональные показатели) в течение 24–72 часов – экстирпация матки с трубами. Принятие решения об экстирпации матки с трубами в более ранние сроки – до 24 часов от выскабливания послеродовой матки и начала интенсивной терапии – при генерализации процесса. Гистологическое исследование операционного материала. Первичный очаг инфекции вне матки (молочная железа, промежность и другое): санация первичного очага. При верификации экстрагенитального первичного очага – перевод в профильное (хирургическое) отделение организации здравоохранения.</p>
<p>О86.0 Инфекция хирургической акушерской раны (инфицированная(ый) рана кесарева сечения, шов промежности). О90.0 Расхождение швов после кесарева сечения. О90.1 Расхождение швов промежности.</p>		
<p>Блок А. Блок В. Блок Г 1/5-7. Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ. Блок Е.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Иммуноглобулины (Группа № 32). Противогрибковые средства (Группа № 13). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).</p>	<p>7–14 дней. Обработка раны антисептиками; при необходимости дренирование раны. В случае инфильтрации краев раны, гнойного отделяемого из раны, прорезывания швов – швы распустить: открытое ведение раны.</p>
<p>О86.1 Другие инфекции половых путей после родов (цервицит, вагинит).</p>		
<p>Блок А. Блок В. Блок Г однократно. Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ однократно. Блок Е.</p>	<p>Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).</p>	<p>5–7 дней.</p>
<p>О86.2 Инфекции мочевых путей после родов.</p>		
<p>Блок Б ежедневно. Блок В. Блок Г – 1/7. Анализ мочи по Нечипоренко 1/7. Анализ мочи по Зимницкому 1/7 по показаниям. УЗИ почек. Консультации врача-</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Спазмолитики (Группа № 26). Фитопрепараты для лечения инфекций мочевыводящих путей в акушерстве (Группа № 44.1). Инфузионная терапия (Группа № 17.2) по показаниям.</p>	<p>5–7 дней. При необходимости оперативного вмешательства, отсутствии эффекта от лечения – перевод в урологическое отделение организации здравоохранения.</p>

терапевта; по показаниям уролога и нефролога.	Противогрибковые средства (Группа № 13) по показаниям.	
О87.0 Поверхностный тромбофлебит в послеродовом периоде.		
Блок Б ежедневно. Блок В 1/7-10. Блок Г – 1/5-7. УЗИ глубоких вен. Консультации врача-хирурга; по показаниям ангиохирурга.	Компрессионный трикотаж. Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19). Ангиопротекторы (Группа № 27) для системного и местного использования, чередуя с гепариновой мазью (1000 ЕД). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	5–8 дней. При необходимости оперативного вмешательства, отсутствии эффекта от лечения – перевод в хирургическое отделение организации здравоохранения.
О87.1 Глубокий флеботромбоз в послеродовом периоде. О87.8 Другие венозные осложнения в послеродовом периоде. О87.9 Венозные осложнения в послеродовом периоде неуточненные.		
Блок Б ежедневно. Блок В 1/7-10. Блок Г – 1/3-5. Д-димеры. АФС и тромбофилии (по показаниям). УЗИ глубоких вен нижних конечностей, малого таза. Рентгенография органов грудной клетки и ангиография по показаниям. Консультации врача-хирурга, ангиохирурга, врача-гематолога.	Постельный режим. Возвышенное положение конечности(ей). Компрессионный трикотаж. Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19). Ангиопротекторы (Группа № 27). Инфузионная терапия (Группа № 17.2) по показаниям. ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22) по показаниям.	Перевод/госпитализация в хирургическое отделение организации здравоохранения.
О87.2 Геморрой в послеродовом периоде.		
Блок Б ежедневно. Блок В при поступлении и по показаниям. Блок Г – при поступлении и по показаниям. Консультация врача-проктолога.	Ангиопротекторы (Группа № 27) для системного и местного использования. ЛС для лечения геморроя (Группа № 30). ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Аналгетики (Группа № 31). НПВС (Группа № 29). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	5–7 дней. При необходимости оперативного вмешательства, отсутствии эффекта от лечения – перевод в хирургическое (проктологическое) отделение организации здравоохранения.
О87.3 Тромбоз церебральных вен в послеродовом периоде.		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Д-димеры. АФС и наследственные тромбофилии, гипергомоцистеинемия (по показаниям). Консультации врача-терапевта, врача-реаниматолога, врача-невролога, врача-нейрохирурга. КТ головного мозга.	Согласно шифру по МКБ-10 настоящего приложения О87.1.	7–14 дней Перевод/госпитализация в неврологическое/нейрохирургическое отделение организации здравоохранения.
О99.1 Исключена.		

Блок А ежедневно. Блок В – 1/7-10. Блок Г – 1/7-10. Д-димеры – 1/28 и по показаниям. Антитромбин III – по показаниям. АФС. Блок Д при поступлении и по показаниям. Консультация врача-гематолога.	Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) по показаниям – риск тромбоэмболических осложнений (или «состояние тромботической готовности»). ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22) по показаниям. Микронутриентная терапия (Группа № 41) – фолиевая кислота при гипергомоцистеинемии.	Родоразрешение в РНПЦМД женщин с тромбофилиями высокого риска.
О88.0 Акушерская воздушная эмболия.		
Профиль АД, подсчет пульса, ЧСС, ЭКГ, ЧД, пульсоксиметрия, аускультация сердца, уровень сознания по шкале ком Глазго до начала реанимации. Дальнейший контроль состояния совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом. ЭХО-КГ, R грудной клетки по стабилизации состояния.	Лечебные мероприятия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом. Устранить вероятность попадания воздуха в сосудистое русло (через иглу в вене, центральный катетер, вводящие сосуды в разрезе на матке при кесаревом сечении). Поместить пациентку в положение Тренделенбурга, повернуть на левый бок для аккумуляции воздуха в области верхушки правого желудочка. Дальнейшие мероприятия совместно с анестезиологом-реаниматологом. Допускается попытка аспирации воздуха через центральный катетер, для чего он продвигается в полость правого желудочка. Ингаляция кислорода, при неэффективном дыхании – интубация трахеи и ИВЛ. При неэффективном кровообращении – по протоколу сердечно-легочной реанимации. При акушерской воздушной эмболии во время беременности и родов и прогрессирующем ухудшении состоянии плода – экстренное кесарево сечение.	Дальнейшее лечение – в отделении анестезиологии и реанимации организации здравоохранения.
О88.1 Эмболия амниотической жидкостью.		
Профиль АД, подсчет пульса, ЧСС, ЭКГ, ЧД, пульсоксиметрия, аускультация сердца, уровень сознания по шкале ком Глазго, коагулограмма. Дальнейший контроль состояния совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом. ЭХО-КГ, R грудной клетки по стабилизации состояния.	Лечебные мероприятия совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом: 1. Комплекс мер сердечно-легочной-мозговой реанимации при кардиопульмональном шоке. 2. Ликвидация бронхоспазма и артериоспазма. 3. Лечение ДВС-синдрома и коагулопатического кровотечения (согласно шифру по МКБ-10 O72 настоящего приложения), в том числе хирургическим методом. Кортикостероиды для системного применения (Группа № 8).	При эмболии амниотической жидкостью до рождения плода – экстренное кесарево сечение в условиях общей эндотрахеальной анестезии с ИВЛ. Остановка маточного кровотечения (согласно шифру по МКБ-10 O72 настоящего приложения). Дальнейшее лечение – в отделении анестезиологии и реанимации организации здравоохранения.
О88.2 Акушерская эмболия сгустками крови (тромбоэмболия).		
Профиль АД, подсчет пульса, ЧСС, ЭКГ, ЧД, аускультация сердца, уровень сознания по шкале ком Глазго,	Постельный режим. Ингаляция кислорода. Внутривенный доступ. При неадекватной вентиляции легких – интубация трахеи и	Тактика и длительность лечения, ведения беременности и родоразрешения определяется врачом-консилиумом.

<p>коагулограмма, до начала реанимации Дальнейший контроль состояния совместно с врачом анестезиологом-реаниматологом. ЭХО-КГ, R, КТ грудной клетки по стабилизации состояния. Консультация врача-кардиохирурга.</p>	<p>ИВЛ. Лечение согласно шифру по МКБ-10 O87.1 настоящего приложения. Тромболитическая терапия тканевыми активаторами плазминогена по показаниям в отделении реанимации. В остром периоде – Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19) – гепарин в дозе 1000–1200 ЕД/ч, постоянная инфузия шприцевым дозатором под контролем АЧТВ. В подостром периоде: до 12 и после 36 недель – Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19); с 13 до 36 недель – Антагонисты витамина К (Группа № 20); в послеродовом периоде – переход с гепарина на антагонисты витамина К (Группа № 20).</p>	
<p>О88.3 Акушерская пиемическая и септическая эмболия</p>		
<p>Диагностика согласно шифру по МКБ-10 O85 настоящего приложения.</p>	<p>Лечение аналогично лечению согласно шифру по МКБ-10 настоящего приложения O85. Вторичные гнойники при пиемической эмболии наиболее часто образуются в легких, почках, печени, мозговых оболочках, головном мозге. Вскрытие и дренирование гнойников в профильных стационарах.</p>	<p>Прерывание беременности/родоразрешение в соответствии с акушерскими показаниями.</p>
<p>О89.0 Легочные осложнения вследствие применения анестезии в послеродовом периоде. О89.1 Осложнения со стороны сердца вследствие применения анестезии в послеродовом периоде. О89.2 Осложнения со стороны ЦНС вследствие применения анестезии в послеродовом периоде. О89.3 Токсическая реакция на местную анестезию. О89.4 Головные боли, связанные с проведением спинальной и эпидуральной анестезии в послеродовом периоде. О89.5 Другие осложнения спинномозговой и эпидуральной анестезии в послеродовом периоде. О89.6 Неудачная попытка или трудности при интубации в послеродовом периоде. О89.8 Другие осложнения анестезии в послеродовом периоде. О89.9 Осложнения анестезии в послеродовом периоде неуточненные.</p>		
<p>Диагностика и лечение проводятся врачом-анестезиологом-реаниматологом.</p>	<p>Длительность лечения определяется конкретным видом осложнения. При необходимости применения лекарственных средств, запрещенных в период грудного вскармливания – временное прекращение кормления или подавление лактации ингибиторами пролактина (Группа № 7).</p>	
<p>О90.2 Гематома акушерской хирургической раны.</p>		
<p>Блок А. Блок В. Блок Г 1/5-7. Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ. Блок Е.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.6, 11.7). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Аналгетики (Группа № 31.4). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Иммуноглобулины (Группа № 32). Противогрибковые средства (Группа № 13).</p>	<p>7–10 дней. Вскрытие гематомы. Удаление жидкой крови и сгустков. Остановка кровотечения, если оно продолжается. Дренирование ложа гематомы (по показаниям), ушивание раны.</p>

	Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	
О90.3 Кардиомиопатия в послеродовом периоде.		
Диагностика и лечение совместно с врачом-анестезиологом-реаниматологом, врачом-терапевтом, врачом-кардиологом.		Перевод в кардиологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения по показаниям.
О90.5 Послеродовой тиреоидит.		
Диагностика и лечение совместно с врачом-терапевтом и врачом-эндокринологом. Послеродовой тиреоидит – разновидность аутоиммунного тиреоидита, который обычно проявляется через 3 месяца после родов при клинических и лабораторных симптомах тиреотоксикоза.		Госпитализация в эндокринологическое/терапевтическое отделение организации здравоохранения по показаниям.
О91.0 Инфекции соска, связанные с деторождением.		
Блок А. Блок В. УЗИ молочных желез. Бактериологическое исследование отделяемого молочной железы на флору и чувствительность к АБ.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Ингибиторы пролактина (Группа № 7) по показаниям. Иммуноглобулины (Группа № 32). ФТЛ.	Временное прекращение кормления пораженной грудью. Сцеживание. При наличии абсцесса – госпитализация в хирургическое отделение организации здравоохранения.
О91.1 Абсцесс молочной железы, связанный с деторождением.		
Блок А. Блок В. УЗИ молочных желез. Бактериологическое исследование отделяемого молочной железы на флору и чувствительность к АБ.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3, 11.7). Ингибиторы пролактина (Группа № 7). Инфузионная терапия (Группа № 17.2). Аналгетики (Группа № 31.1, 31.4). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16) по показаниям. Иммуноглобулины (Группа № 32). ФТЛ.	Временное прекращение кормления. Сцеживание. Госпитализация в хирургическое отделение организации здравоохранения.
О91.2 Негнойный мастит, связанный с деторождением.		
Блок А. Блок В. УЗИ молочных желез. Бактериологическое исследование отделяемого молочной железы на флору и чувствительность к АБ.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11.1, 11.2, 11.3). Аналгетики (Группа № 31.1). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Агонисты дофаминовых рецепторов (Группа № 7) по показаниям. Иммуноглобулины (Группа № 32). ФТЛ.	Кормление не противопоказано, контроль сцеживания.
О92.0 Втянутый сосок.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.		Накладки на соски при кормлении новорожденного.
О92.1 Трещина соска, связанная с деторождением.		
О92.2 Другие и неуточненные изменения молочной железы, связанные с деторождением.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	Повышение репаративных свойств эпителия (Группа № 45). ФТЛ.	Накладки на соски.
О92.3 Агалактия.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	ИРТ. Окситоцин и его производные (Группа № 9.6. – демокситоцин).	Неспособность к лактации вследствие врожденного отсутствия железистой ткани в молочной железе – специфического лечения нет. Вскармливание искусственными смесями.

O92.4 Гипогалактия.		
O92.5 Слабая [подавленная] лактация.		
Согласно таблице 9 настоящего приложения.	Окситоцин и его производные (Группа № 9.6. – демокситоцин). ФТЛ, ИРТ.	Раннее прикладывание к груди, обучение технике правильного кормления и сцеживания.

* Объем диагностических обследований согласно блокам, приведенным в приложении 1.

** Лекарственная терапия и немедикаментозное лечение согласно приложению 2.

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Медицинское наблюдение
и оказание медицинской помощи
женщинам в акушерстве
и гинекологии»

Диагностика и лечение гинекологических заболеваний в амбулаторных и стационарных условиях

1. Диагностика и лечение болезней молочной железы осуществляются согласно таблице 1 настоящего приложения.

Таблица 1

Болезни молочной железы (шифр по МКБ-10 N60)

Объем оказания медицинской помощи		Средняя длительность лечения.*** Тактика ведения
Диагностика*	Лечение**	
N60 Доброкачественная дисплазия молочной железы. Включено: фиброзно-кистозная мастопатия.		
N60.0 Солитарная киста молочной железы.		
N60.1 Диффузная кистозная мастопатия.		
N60.2 Фиброаденоз молочной желез.		
N60.3 Фибросклероз молочной железы.		
N60.8 Другие доброкачественные дисплазии молочной желез.		
N60.9 Доброкачественная дисплазия молочной железы неуточненная.		
Блок Б. Блок В. УЗИ молочных желез. Маммография по показаниям. Консультация врача-маммолога.	Фитопрепараты для нормализации гормонального фона с эстроген-гестагеноподобным эффектом (Группа № 44.3).	3–6 месяцев.

2. Диагностика и лечение воспалительных заболеваний женских половых органов определяются нозологической формой (в соответствии с МКБ-10) и проводятся согласно таблице 2 настоящего приложения.

Таблица 2

Воспалительные болезни женских тазовых органов (шифр по МКБ-10 N70–N77)

Объем оказания медицинской помощи		Средняя длительность лечения*** Тактика ведения
Диагностика*	Лечение**	
1	2	3
N70.0 Острый сальпингит и оофорит		
Блок Б. Блок В. Блок Г 1/5-10. С-реактивный белок (далее – СРБ). Блок Е. Блок З.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). НПВС (Группа № 29). Противогрибковые средства (Группа № 13). Инфузионная терапия (Группа № 17.2) по показаниям. Пребиотики, пробиотики и эубиотики	10–14 дней. Срочная госпитализация в гинекологическое отделение организации здравоохранения, оказывающей стационарную медицинскую помощь (далее – гинекологическое отделение).

Консультация врача-хирурга по показаниям.	(Группа № 40). Иммуноглобулины (Группа № 32). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6).	При наличии внутриматочного контрацептива (далее – ВМК) его извлечение до начала лечения. Лечебно-диагностическая лапароскопия по показаниям. Оперативное лечение: удаление маточной трубы (труб) по показаниям. В период реабилитации: комбинированные оральные контрацептивы (далее – КОК), немедикаментозное лечение: физиотерапевтическое лечение (далее – ФТЛ), иглорефлексотерапия (далее – ИРТ), гипербарическая оксигенация (далее – ГБО), иммуномодулирующая терапия до 3 месяцев.
N70.1 Хронический сальпингит и оофорит		
Блок Б. Блок В. Блок Г 1/7-10. Блок Е. Блок З.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). НПВС (Группа № 29). Противогрибковые средства (Группа № 13). Ферментные ЛС (Группа № 38). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). Иммуноглобулины (Группа № 32). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6).	10–14 дней. При обострении – госпитализация в гинекологическое отделение. Удаление маточной трубы (труб) по показаниям. В период реабилитации: КОК, немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО, надвенное лазерное облучение крови), лечение в санатории гинекологического профиля.
N71.0 Острая воспалительная болезнь матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г 1/5-7. СРБ. Блок Е. Блок З.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). НПВС (Группа № 29). Противогрибковые средства (Группа № 13). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). Инфузионная терапия (Группа № 17) по показаниям.	10–14 дней. Срочная госпитализация в гинекологическое отделение. До начала лечения извлечение ВМК с мазком-отпечатком, цитологическим исследованием. В период реабилитации КОК, Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО). Показания для удаления матки: абсцесс матки, пиометра.
N71.1 Хроническая воспалительная болезнь матки		
N71.9 Воспалительная болезнь матки неуточненная		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Аспирационная биопсия эндометрия. Гистологическое иммуногистохимическое исследование эндометрия. Блок З.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). НПВС (Группа № 29). Противогрибковые средства (Группа № 13). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). Ферментные ЛС (Группа № 38). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Противоанемические средства (Группа № 21) по медицинским показаниям.	10–14 дней. В период реабилитации: КОК, иммуномодуляторы – до 3 месяцев, немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО), надвенное лазерное облучение крови, лечение в санатории гинекологического профиля.
N72 Воспалительная болезнь шейки матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г 1/5-7. Блок Е. Расширенная кольпоскопия с цитологией. Прицельная биопсия шейки матки. Гистологическое исследование. Блок З.	Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Иммуноглобулины (Группа № 32) Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Антивирусные средства прямого действия (Группа № 14) по показаниям. Противогрибковые средства (Группа № 13)	

	по показаниям. Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40).	
N73.0 Острый параметрит и тазовый целлюлит		
Блок Б. Блок В. Блок Г 1/5-7. СРБ. Блок Е. Блок З.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Иммуноглобулины (Группа № 32). НПВС (Группа № 29). Противогрибковые средства (Группа № 13). Инфузионная терапия (Группа № 17). Ферментные ЛС (Группа № 38). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40).	14–21 день. Срочная госпитализация в гинекологическое отделение. Хирургическое лечение при формировании абсцесса, его перфорации в брюшную полость. Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).
N73.1 Хронический параметрит и тазовый целлюлит		
N73.2 Параметрит и тазовый целлюлит неуточненные		
Блок Б. Блок В. Блок Г 1/7. Блок Е. Блок З.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Иммуноглобулины (Группа № 32). НПВС (Группа № 29). Противогрибковые средства (Группа № 13) по показаниям. Ферментные ЛС (Группа № 38). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28).	14–21 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. В период реабилитации: немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО, надвенное лазерное облучение крови), лечение в санатории гинекологического профиля.
N73.3 Острый тазовый перитонит у женщин		
Блок Б. Блок В. Блок Г 1/3-5. СРБ. Блок Е. УЗИ органов брюшной полости. Блок З. Консультация врача-хирурга по показаниям.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Иммуноглобулины (Группа № 32). НПВС (Группа № 29). Противогрибковые средства (Группа № 13). Инфузионная терапия (Группа № 17). Ферментные ЛС (Группа № 38). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). Противоанемические средства (Группа № 21) по медицинским показаниям.	Экстренная госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство лапароскопическим или абдоминальным доступом (по показаниям). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).
N73.4 Хронический тазовый перитонит у женщин		
N73.5 Тазовый перитонит у женщин неуточненный		
Блок Б. Блок В. Блок Г 1/7. Блок Е. Блок З.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. Иммуноглобулины (Группа № 32). НПВС (Группа № 29). Противогрибковые средства (Группа № 13). Ферментные ЛС (Группа № 38). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). ЛС, улучшающие кровоток в тканях (Группа № 28). Противоанемические средства (Группа № 21) по медицинским показаниям.	10–14 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Лечебно-диагностическая лапароскопия (по показаниям). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО, надвенное лазерное облучение крови).
N73.6 Тазовые перитонеальные спайки у женщин		
Блок Б. Блок В. Блок Г 1/7. Блок Е. Блок З.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. Иммуноглобулины (Группа № 32). НПВС (Группа № 29). Противогрибковые средства (Группа № 13) по показаниям. Ферментные ЛС (Группа № 38). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40).	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Лечебно-диагностическая лапароскопия по показаниям. Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).
N74.0 Туберкулезная инфекция шейки матки (A18.1+)		
Блок Б. Блок В.	Лечение в тубдиспансере.	

<p>Реакция Манту. Блок Е. Блок З. Посев менструальной крови на микобактерии туберкулеза (далее – МБТ). Рентгенография органов грудной клетки.</p>		
<p>N74.1 Воспалительные болезни женских тазовых органов туберкулезной этиологии (A18.1+)</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Реакция Манту. Блок Е. Блок З. Посев менструальной крови на МБТ. Рентгенография органов грудной клетки. Метросальпингография (далее – МСГ).</p>	<p>Лечение в тубдиспансере.</p>	
<p>N74.2 Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные сифилисом (A51.4+, A52.7+)</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Е. Блок З: НВs, НCV, инфекции, передаваемые половым путем (далее – ИППП), вирус папилломы человека (далее – ВПЧ), вирус простого герпеса (далее – ВПГ). Консультация врача-дерматовенеролога.</p>	<p>Лечение в кожно-венерологическом диспансере.</p>	
<p>N74.3 Гонококковые воспалительные болезни женских тазовых органов (A54.2+)</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Е. Блок З: ИППП, ВПЧ, ВПГ. Консультация врача-дерматовенеролога.</p>	<p>Лечение в кожно-венерологическом диспансере.</p>	
<p>N74.4 Воспалительные болезни женских тазовых органов, вызванные хламидиями (A56.1+)</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Е. Блок З: ИППП, ВПЧ, ВПГ.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Иммуноглобулины (Группа № 32). НПВС (Группа № 29). Противогрибковые средства (Группа № 13) по показаниям. Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО, надвенное лазерное облучение крови).</p>	
<p>N75.0 Киста бартолиновой железы</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Е. Блок З. Гистологическое исследование.</p>	<p>Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Аналгетики (Группа № 31). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям.</p>	<p>5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Плановое оперативное вмешательство: удаление кисты или марсупиализация.</p>
<p>N75.1 Абсцесс бартолиновой железы</p>		
<p>Блок Б. Блок В.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11).</p>	<p>5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое</p>

Блок Е. Блок З.	Иммуноглобулины (Группа № 32). НПВС (Группа № 29). Аналгетики (Группа № 31).	отделение. Оперативное вмешательство: вскрытие, дренирование абсцесса.
N75.8 Другие болезни бартолиновой железы N75.9 Болезнь бартолиновой железы неуточненная		
Блок Б. Блок В. Блок Е. Блок З. Гистологическое исследование.	Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Аналгетики (Группа № 31). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям.	5–7 дней
N76.0 Острый вагинит		
Блок Б. Блок В. Блок З.	Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Иммуноглобулины (Группа № 32). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	
N76.1 Подострый и хронический вагинит		
Блок Б. Блок В. Блок З.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. Иммуноглобулины (Группа № 32). Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	
N76.2 Острый вульвит		
Блок Б. Блок В. Блок З.	Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	
N76.3 Подострый и хронический вульвит		
Блок Б. Блок В. Блок З.	Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. Иммуноглобулины (Группа № 32). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	
N76.4 Абсцесс вульвы		
Блок Б. Блок В. Блок Е. Блок З.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Иммуноглобулины (Группа № 32). НПВС (Группа № 29). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: вскрытие, дренирование абсцесса.
N76.5 Изъязвление влагалища		
Блок Б. Блок В. Блок З.	Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие	

	<p>средства (Группа № 16). Иммуноглобулины (Группа № 32). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. Антивирусные средства прямого действия (Группа № 14) по показаниям.</p>	
<p>N76.6 Изъязвление вульвы N76.8 Другие уточненные воспалительные болезни влагалища и вульвы</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок З.</p>	<p>Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Иммуноглобулины (Группа № 32). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. Антивирусные средства прямого действия (Группа № 14) по показаниям.</p>	

3. Диагностика и лечение невоспалительных заболеваний женских половых органов определяются нозологической формой (в соответствии с МКБ-10) и проводятся согласно таблице 3 настоящего приложения.

Таблица 3

Невоспалительные болезни женских половых органов (шифр по МКБ-10 N80–N99)

Объем оказания медицинской помощи		Средняя длительность лечения*** Тактика ведения
Диагностика*	Лечение**	
1	2	3
<p>N80.0 Эндометриоз матки (аденомиоз)</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Гистологическое исследование. Консультация врача-гематолога по медицинским показаниям, а именно: отсутствие эффекта от ранее проводимой противанемической терапии в полном объеме и (или) необходимость исключения патологии системы гемостаза, консультация врача-трансфузиолога по медицинским показаниям.</p>	<p>Гормональное лечение от 6 месяцев до 2–3 лет: Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (Группа № 1) Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Противоанемические средства (Группа № 21). Иммуноглобулины (Группа № 32). НПВС (Группа № 29). Ингибиторы ароматаз (Группа № 43). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО). При отсутствии эффекта от противанемической терапии – препараты крови, ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.</p>	<p>1–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Гистероскопия для выявления эндометриoidных ходов на 5–7 день менструального цикла. Оперативное вмешательство по медицинским показаниям: органосохраняющее (удаление узловой формы аденомиоза) с использованием противоспаечных барьеров или радикальное (гистерэктомия с придатками). Послеоперационная медицинская реабилитация в амбулаторных условиях от 6 месяцев до 2–3 лет.</p>
<p>N80.1 Эндометриоз яичников</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Антимюллеров гормон (далее – АМГ) (при бесплодии).</p>	<p>НПВС (Группа № 29). Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) периоперационно. Послеоперационная медицинская реабилитация на 6 месяцев. Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Аналоги гонадотропин-рилизинг</p>	<p>3–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство при образовании более 5 см (при планировании вспомогательных репродуктивных технологий (далее – ВРТ) – лапароскопия при образовании более 4 см) с экспресс-</p>

Онкомаркеры (СА-125, HE 4). Гистологическое исследование.	гормона (Группа № 1). Ингибиторы ароматаз (Группа № 43). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	биопсией опухоли. Послеоперационная медицинская реабилитация в амбулаторных условиях гормональными средствами от 6 месяцев до 2–3 лет. При рецидиве эндометриом яичников – консультация врача-репродуктолога перед оперативным вмешательством для решения вопроса о проведении экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) с витрификацией яйцеклеток или эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в матку после хирургического удаления кист.
N80.2 Эндометриоз маточной трубы		
N80.3 Эндометриоз тазовой брюшины		
Блок Б. Блок В. Блок Е. Блок З. Гистологическое исследование.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) периоперационно. НПВС (Группа № 29). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО). Послеоперационная медицинская реабилитация: Синтетические гестагены (Группа № 3.2), Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (Группа № 1). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	3–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Лечебно-диагностическая лапароскопия с коагуляцией очагов эндометриоза. Послеоперационная медицинская реабилитация в амбулаторных условиях от 6 месяцев до 2–3 лет.
N80.4 Эндометриоз ректовагинальной перегородки и влагалища		
Блок Б. Блок В. Блок Е. Блок З. Гистологическое исследование.	НПВС (Группа № 29). Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) периоперационно. Гормонотерапия от 6 мес. до 2–3 лет. Синтетические гестагены (Группа № 3.2) Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (Группа № 1). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	3–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство – иссечение очагов эндометриоза методом лапароскопии или вагинальным способом. При вовлечении кишечника и мочевыводящих путей – иссечение очагов эндометриоза с участием врача-акушера-гинеколога, врача-хирурга-проктолога, врача-уролога, врача-ангиохирурга. Послеоперационная медицинская реабилитация в амбулаторных условиях от 6 месяцев до 2–3 лет синтетическими гестагенами.
N80.5 Эндометриоз кишечника		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. УЗИ органов брюшной полости. Рентгеноскопия желудка и кишечника. Колоноскопия. Консультация врача-хирурга, врача-проктолога по показаниям.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) периоперационно. Послеоперационная медицинская реабилитация: Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (Группа № 1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство в специализированном стационаре. Послеоперационная медицинская реабилитация в амбулаторных условиях от 6 месяцев до 2–3 лет синтетическими гестагенами.
N80.6 Эндометриоз кожного рубца		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Гистологическое исследование.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) периоперационно. Послеоперационная медицинская реабилитация: Синтетические гестагены (Группа № 3.2), Аналоги гонадотропин-рилизинг	3–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство – иссечение очагов эндометриоза. Послеоперационная медицинская

Консультация врача-хирурга.	гормона (Группа № 1). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	реабилитация в амбулаторных условиях 6 месяцев синтетическими гестагенами.
N80.8 Другой эндометриоз N80.9 Эндометриоз неуточненный		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Антимюллеров гормон (далее – АМГ) (при бесплодии). Онкомаркеры (СА-125, HE 4). Гистологическое исследование.	НПВС (Группа № 29). Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) периоперационно. Послеоперационная медицинская реабилитация на 6 месяцев. Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (Группа № 1). Ингибиторы ароматаз (Группа № 43). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	Лечение по показаниям в профильных отделениях организации здравоохранения, оказывающей стационарную медицинскую помощь.
N81.0 Уретроцеле у женщин N81.1 Цистоцеле N81.2 Неполное выпадение матки и влагалища N81.3 Полное выпадение матки и влагалища N81.4 Выпадение матки и влагалища неуточненное N81.5 Энтероцеле влагалища N81.6 Ректоцеле N81.8 Другие формы выпадения женских половых органов N81.9 Выпадение женских половых органов неуточненное N83.4 Выпадение и грыжа яичника и маточной трубы		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Бактериологическое исследование мочи на флору и чувствительность к антибиотикам (далее – АБ) перед операцией. Блок Е. Консультация врача-уролога, врача-проктолога (по показаниям). Блок З. Пайпель-биопсия эндометрия. Раздельное диагностическое выскабливание (далее – РДВ) проводится по показаниям: патология эндометрия по данным УЗИ органов малого таза (далее – ОМТ) и (или) при аномальных маточных кровотечениях.	При невозможности хирургического лечения или при начальных стадиях пролапса тазовых органов – тренировка мышц тазового дна, поведенческая терапия, установка влагалищных пессариев из силикона. Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15) по показаниям. После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Аналгетики (Группа № 31). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Ферментные ЛС (Группа № 38). Эстрогены (Группа № 5).	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство в плановом порядке: реконструктивно-пластические операции за счет собственных тканей и с применением синтетических сетчатых протезов из полипропилена (толщина нити не более 12 микрон, толщина сетки не более 0,56 мм) влагалищным методом, методом лапаротомии, лапароскопии. Цистоцеле I степени и ректоцеле I степени, лечение с использованием CO ₂ лазера. Удаление матки или укорочение шейки, пластические операции на прямой кишке, мочевом пузыре и уретре – при наличии патологии органа.
N82.0 Пузырно-влагалищный свищ N82.1 Другие свищи женских мочеполовых путей		
Блок Б. Блок В. Блок Г по показаниям. Блок Е. Контрастная рентгенография свищевого хода. Цистоскопия. Консультация врача-уролога.	После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Аналгетики (Группа № 31). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	7–14 дней. Госпитализация в урологическое отделение. Оперативное вмешательство.

<p>N82.2 Свищ влагалищно-тонкокишечный N82.3 Свищ влагалищно-толстокишечный N82.4 Другие кишечно-генитальные свищи у женщин N82.8 Другие свищи женских половых органов N82.9 Свищ женских половых органов неуточненный</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Контрастная рентгенография свищевого хода. Консультация врача-хирурга.</p>	<p>Госпитализация в проктологическое/хирургическое отделение. Оперативное вмешательство.</p>	
<p>N82.5 Свищи генитально-кожные у женщин</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Контрастная рентгенография свищевого хода.</p>	<p>После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Анальгетики (Группа № 31). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).</p>	<p>5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: иссечение свищевого хода.</p>
<p>N83.0 Фолликулярная киста яичника [включая апоплексию яичника] N83.1 Киста желтого тела N83.2 Другие и неуточненные кисты яичника</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Гистологическое исследование.</p>	<p>Аналоги натурального прогестерона (Группа № 3). НПВС (Группа № 29). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) периоперационно. Анальгетики (Группа № 31). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО). При апоплексии яичника: Гемостатики (Группа № 10). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). НПВС (Группа № 29). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 39). Инфузионная терапия (Группа № 17). Противоанемические средства (Группа № 21) по медицинским показаниям.</p>	<p>3–7 дней. Для женщин репродуктивного возраста – кисты до 6 см в диаметре однокамерные без дополнительных по внутренней поверхности капсулы и в полости включений по данным ультразвукового исследования (далее – УЗИ), уровень онкомаркеров крови СА 125, HE-4 в норме: выжидательная тактика или гормонотерапия 3–6 месяцев. Госпитализация в гинекологическое отделение. При отсутствии регресса или увеличении размеров на фоне терапии – оперативное вмешательство – цистэктомия с экспресс-биопсией (оперативное вмешательство после предварительного лечения в амбулаторных условиях). Для женщин в менопаузе: кисты однокамерные без дополнительных по внутренней поверхности капсулы и в полости включений (онкомаркеры СА 125, HE-4, в норме): наблюдение в амбулаторных условиях с УЗИ контролем 1 раз в 6 месяцев. При увеличении размеров яичникового образования или изменении эхографической структуры – хирургическое вмешательство в объеме двусторонней аднексэктомии с экспресс-биопсией и гистологическим исследованием. При апоплексии яичника: срочная госпитализация в гинекологическое отделение; при отсутствии эффекта от консервативного лечения, наличии жалоб на боль внизу живота и наличии жидкости в малом тазу (УЗИ, кульдоцентез) показано экстренное оперативное лечение.</p>
<p>N83.3 Приобретенная атрофия яичника и маточной трубы</p>		

Наблюдение в амбулаторных условиях. Менопаузальная гормональная терапия (далее – МГТ) по показаниям.		
N83.5 Перекручивание яичника, ножки яичника и маточной трубы		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Аналгетики (Группа № 31). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	3–7 дней Срочная госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное лечение: органосохраняющая операция; удаление органов – при некрозе.
N83.6 Гематосальпинкс		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Аналгетики (Группа № 31). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	3–7 дней. Срочная госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: опорожнение гематосальпинкса, при геморрагическом пропитывании стенок трубы – ее удаление.
N83.7 Гематома широкой связки матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Аналгетики (Группа № 31). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО). Противоанемические средства (Группа № 21) по медицинским показаниям.	5–10 дней. Срочная госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: опорожнение гематомы, лигирование кровотокающих сосудов.
N83.8 Другие невоспалительные болезни яичника, маточной трубы и широкой связки матки		
N83.9 Невоспалительная болезнь яичника, маточной трубы и широкой связки матки неуточненная		
Блок Б. Блок В. Блок Е.	Лечение соответственно выявленной патологии.	
N84.0 Полип тела матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Гистероскопия и (или) РДВ. Гистологическое исследование. Консультация врача-гематолога по медицинским показаниям, а именно: отсутствие эффекта от ранее проводимой противоанемической терапии в полном объеме и (или) необходимость исключения патологии системы гемостаза, консультация врача-трансфузиолога по медицинским показаниям.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Противоанемические средства (Группа № 21). При отсутствии эффекта от противоанемической терапии – препараты крови, ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.	1–3 дня. Госпитализация в гинекологическое отделение. Гистероскопия и (или) раздельное диагностическое выскабливание (далее – РДВ), полипэктомия. Дальнейшая тактика определяется результатами гистологического исследования: (контроль состояния эндометрия через 3 месяца по данным УЗИ, по показаниям пайпель-биопсия, радикальное оперативное вмешательство при аденоматозном полипе после консультации врачом-онкологом. УЗИ контроль через 3, 6, 12 месяцев. При аденоматозном полипе – консультация врача-онколога.
N84.1 Полип шейки матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Кольпоскопия. Гистологическое исследование.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12).	1–3 дня. Полипэктомия. Выскабливание слизистой цервикального канала, аспирационная биопсия эндометрия. Дальнейшая тактика определяется результатами гистологического исследования. УЗИ контроль через 3 месяца.
N84.2 Полип влагалища		
N84.3 Полип вульвы		

Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Кольпоскопия. Гистологическое исследование.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) по показаниям. Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15).	1–3 дня. Полипэктомия.
№85.0 Железистая гиперплазия эндометрия		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Гистологическое исследование. УЗИ с оценкой толщины эндометрия (норма до 5 мм у менопаузальных женщин). Консультация врача-гематолога по медицинским показаниям, а именно: отсутствие эффекта от ранее проводимой противоанемической терапии в полном объеме и (или) необходимость исключения патологии системы гемостаза, консультация врача-трансфузиолога по медицинским показаниям.	Предпочтительный метод лечения синтетическими гестагенами (Группа № 3.2). Решение о тактике лечения после оценки следующих параметров: возраст, желание сохранить фертильность, менопаузальный статус, индекс массы тела, гистологический диагноз, риск развития рака. Хирургическое лечение вторичное или альтернативное при рецидивирующей или резистентной железистой гиперплазии. Абляция эндометрия – вариант лечения. Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Гормонотерапия в послеоперационном периоде (в амбулаторных условиях): Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона (Группа № 1). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3). Синтетические гестагены (Группа № 3.2) в репродуктивном возрасте. Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Противоанемические средства (Группа № 21). При отсутствии эффекта от противоанемической терапии – препараты крови, ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.	1–3 дня. Госпитализация в гинекологическое отделение. Гистероскопия и (или) РДВ, абляция эндометрия по показаниям. При подтверждении гистологического диагноза – гормональная терапия до 6 месяцев, УЗИ контроль через 3, 6, 12 месяцев. Аспирационная биопсия через 6 месяцев. При сложной гиперплазии – гистероскопия через 6 месяцев. Гормональная терапия 3–6 месяцев. УЗИ контроль через 3, 6 месяцев. Контрольный кюретаж или биопсия через 3–6 месяцев. Хирургическое вмешательство в объеме гистерэктомии с билатеральной сальпингооофорэктомией. При персистирующей гиперплазии лечение только хирургическое. Контрольный осмотр ежегодно.
№85.1 Аденоматозная гиперплазия эндометрия		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Гистероскопия с биопсией и (или) РДВ и (или) гистерорезектоскопия. Гистологическое исследование. При подтверждении гистологического диагноза консультация врача-онколога для определения лечебной стратегии. УЗИ с оценкой толщины эндометрия (норма до 5 мм у менопаузальных женщин).	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) Основной метод лечения хирургический. Гормонотерапия как альтернативное лечение у молодых пациенток, желающих сохранить фертильность и пожилых женщин при противопоказаниях к хирургическому лечению. Абляция эндометрия – вариант лечения. При персистирующей, резистентной, рецидивирующей гиперплазии лечение только хирургическое. Гормонотерапия (в амбулаторных условиях): синтетические гестагены (Группа № 3.2). Противоанемические средства (Группа № 21). При отсутствии эффекта от противоанемической терапии – препараты крови, ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.	1–3 дня. Госпитализация в гинекологическое отделение. Гистероскопия и (или) РДВ. При подтверждении гистологического диагноза консультация врача-онколога для определения тактики лечения. Хирургическое вмешательство в объеме гистерэктомии. Контрольный осмотр ежегодно.

Консультация врача-гематолога по медицинским показаниям, а именно: отсутствие эффекта от ранее проводимой противоанемической терапии в полном объеме и (или) необходимость исключения патологии системы гемостаза, консультация врача-трансфузиолога по медицинским показаниям.		
N85.2 Гипертрофия матки N85.3 Субинволюция матки N85.4 Неправильное положение матки		
Блок Б. Блок В. Блок Е. Блок З. Аспирационная биопсия из полости матки по показаниям. Пайпель-биопсия эндометрия по показаниям.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12).	1–3 дня. Дальнейшая тактика ведения в зависимости от выявленной патологии.
N85.5 Выворот матки		
Блок Б. Блок В. Блок Е. Блок З. Гистологическое исследование.	После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Аналгетики (Группа № 31). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство – удаление матки.
N85.6 Внутриматочные синехии		
Блок Б. Блок В. Блок З. Гистологическое исследование. Блок Е.	После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Аналгетики (Группа № 31). ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	1–3 дня. Госпитализация в гинекологическое отделение. Гистероскопия с рассечением синехий на 5–7 день менструального цикла. Для профилактики повторного образования синехий – введение ВМК с последующим извлечением после очередной менструации, если не преследуется цель длительной контрацепции.
N85.7 Гематометра		
Блок Б. Блок В. Блок Е. Блок З. Гистологическое исследование.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Аналгетики (Группа № 31). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ГБО). Гемостатики (Группа № 10).	1–3 дня. Госпитализация в гинекологическое отделение. Кюретаж полости матки на фоне утеротоников.
N85.8 Другие уточненные невоспалительные болезни матки N85.9 Невоспалительная болезнь матки неуточненная		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Гистероскопия с биопсией и (или) РДВ и (или) гистерорезектоскопия. Гистологическое исследование.	Лечение согласно выявленной патологии.	

Консультация врача-онколога по показаниям. УЗИ ОМТ.		
№86. Эрозия и эктропион шейки матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок 3: ПЦР ВПЧ, ВПГ. Кольпоскопия. Прицельная биопсия шейки матки. Гистологическое исследование.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. Иммуноглобулины (Группа № 32). Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антивирусные средства прямого действия (Группа № 14) по показаниям. Противогрибковые средства (Группа № 13) по показаниям. Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40).	При неэффективности консервативной терапии оперативное вмешательство: методы локальной деструкции (результат биопсии должен быть известен до применения деструктивной методики) эксцизионные процедуры, включая конизацию (петлевая, ножевая), реконструктивно-пластические операции на шейке матки. Кольпоскопия и цитологический контроль через 3 месяца. Цитологический контроль через 6, 12 месяцев. Кольпоскопия через 12 месяцев.
№87.0 Слабовыраженная дисплазия шейки матки (соответствует цервикальной интраэпителиальной неоплазии I степени, низкого риска)		
Блок Б. Блок В. Блок 3: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Цитологическое исследование мазков из шейки матки и цервикального канала на атипичные клетки. Расширенная кольпоскопия с прицельной или эксцизионной биопсией шейки матки. Эндоцервикальный кюретаж. Блок Г. Блок Е. Гистологическое исследование.	При удовлетворительной кольпоскопии приоритетная тактика – наблюдение. В редких случаях у женщин старше 50 лет показано обоснованное направление на кольпоскопию с прицельной или эксцизионной биопсией. При неудовлетворительной кольпоскопии – эксцизионные процедуры. Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. Иммуноглобулины (Группа № 32). Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). Антивирусные средства прямого действия (Группа № 14) по показаниям. После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Анальгетики (Группа № 31). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	При неэффективности консервативной терапии: методы локальной деструкции. Оперативное вмешательство: конизация, ампутация шейки матки. Удовлетворительная кольпоскопия: наблюдение, цитологический контроль из шейки матки и цервикального канала на атипичные клетки через 12 и 24 месяца. ВПЧ тестирование через 12 месяцев. Кольпоскопия через 12 месяцев. Неудовлетворительная кольпоскопия: эксцизионные процедуры под кольпоскопическим контролем (петлевая, ножевая). Цитологический контроль из шейки матки и цервикального канала через 6, 12, 24 месяца. ВПЧ тестирование через 12 месяцев по показаниям. Кольпоскопия через 6 месяцев. При рецидиве – только эксцизионные процедуры.
№87.1 Дисплазия шейки матки умеренная (соответствует цервикальной интраэпителиальной неоплазии II степени, высокого риска)		
Блок Б. Блок В. ВПЧ тестирование. Цитологическое исследование мазков из шейки матки и цервикального канала на атипичные клетки. Расширенная кольпоскопия с эксцизионной биопсией шейки матки. Эндоцервикальный кюретаж. Гистологическое исследование.	Подлежит активной хирургической тактике. Приоритетная тактика – эксцизионные процедуры (петлевая, ножевая).	1–5 дней. Удовлетворительная кольпоскопия: предпочтительно – эксцизионные процедуры (петлевая, ножевая), приемлемо – местные деструктивные процедуры (лазерная абляция, холодная коагуляция, радикальная диатермия) после гистологической верификации диагноза. Неудовлетворительная кольпоскопия: только эксцизионные процедуры (петлевая эксцизионная процедура или ножевая конизация). Цитологический контроль из шейки матки и цервикального канала через 6, 12, 18, 24 месяца, затем ежегодно в течение 5 лет. ВПЧ тестирование через 12 месяцев. Кольпоскопия через 6 месяцев.

<p>N87.2 Резко выраженная дисплазия шейки матки, не классифицированная в других рубриках (соответствует цервикальной интраэпителиальной неоплазии III степени, высокого риска) Исключена: карцинома in situ шейки матки (D 06)</p>		
<p>Блок Б. Блок В. ВПЧ тестирование. Цитологическое исследование мазков из шейки матки и цервикального канала на атипичные клетки. Расширенная кольпоскопия с эксцизионной биопсией шейки матки. Эндоцервикальный кюретаж. Гистологическое исследование.</p>	<p>Подлежит активной хирургической тактике. Приоритетная тактика – эксцизионные процедуры (петлевая, ножевая).</p>	<p>1–5 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Удовлетворительная кольпоскопия: предпочтительно – эксцизионные процедуры (петлевая, ножевая), В редких ситуациях приемлемо – местные деструктивные процедуры (лазерная абляция, холодная коагуляция, радикальная диатермия) после гистологической верификации диагноза. Неудовлетворительная кольпоскопия: только эксцизионные процедуры (петлевая эксцизионная процедура или ножевая конизация, ампутация шейки матки). Гистерэктомия только при невозможности выполнить эксцизионные процедуры (ампутацию) или при наличии другого гинекологического заболевания, являющегося показанием к гистерэктомии. Цитологический контроль из шейки матки и цервикального канала через 6, 12, 18, 24 месяца, затем ежегодно в течение 5 лет. ВПЧ тестирование через 12 месяцев. Кольпоскопия через 6 месяцев.</p>
<p>N88.0 Лейкоплакия шейки матки</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок З: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Цитологическое исследование мазков из шейки матки и цервикального канала на атипичные клетки. Расширенная кольпоскопия с прицельной или эксцизионной биопсией шейки матки. Эндоцервикальный кюретаж. Блок Г. Блок Е. Гистологическое исследование.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. Иммуноглобулины (Группа № 32). Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). НПВС (Группа № 29). Антивирусные средства прямого действия (Группа № 14) по показаниям. Микронутриентная терапия (Группа № 41). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ).</p>	<p>Контроль излеченности: через 1 месяц; через 3 месяца; 1 раз в 6 месяцев в течение 2 лет. Госпитализация в гинекологическое отделение при неэффективности консервативной терапии: методы локальной деструкции; оперативное вмешательство – конизация, ампутация шейки матки.</p>
<p>N88.1 Старый разрыв шейки матки</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок З: ВИЧ, ИППП, ВПГ, ВПЧ. Блок Г. Блок Е. Кольпоскопия. Прицельная биопсия шейки матки. Гистологическое исследование.</p>	<p>Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). По показаниям: Иммуноглобулины (Группа № 32). Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). НПВС (Группа № 29). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). Антивирусные средства прямого действия (Группа № 14) по показаниям. Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).</p>	<p>4–6 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: реконструктивно-пластические операции на шейке матки.</p>
<p>N88.2 Стриктура и стеноз шейки матки</p>		

Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	1–3 дня. Госпитализация в гинекологическое отделение. При приобретенном стенозе (заращении) цервикального канала – восстановление проходимости (бужирование) за исключением постменопаузы.
N88.3 Недостаточность шейки матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. МСГ.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Реконструктивно-пластические операции на шейке матки при ее деформации.
N88.4 Гипертрофическое удлинение шейки матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Кольпоскопия. РДВ. Гистологическое исследование.	После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Анальгетики (Группа № 31). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: ампутация шейки матки.
N88.8 Другие уточненные невоспалительные болезни шейки матки		
N88.9 Невоспалительная болезнь шейки матки неуточненная		
Блок Б. Блок В. Блок 3: ВИЧ, ИППП, ВПГ, ВПЧ. Блок Г. Блок Е. Кольпоскопия. Прицельная биопсия шейки матки. Гистологическое исследование.	Лечения согласно выявленной патологии.	
N89.0 Слабовыраженная дисплазия влагалища (вагинальная интраэпителиальная неоплазия I степени)		
Блок Б. Блок В. ВПЧ-тестирование. Блок Г. Блок Е. Кольпоскопия. Прицельная биопсия влагалища. Гистологическое исследование.	В подавляющем большинстве случаев лечение не требуется, приоритетная тактика – наблюдение. Санация половых путей в зависимости от вида возбудителей.	Динамическое наблюдение 12 месяцев. При персистирующей дисплазии (более 12 месяцев) эксцизионные процедуры. Методы локальной деструкции после гистологического подтверждения (криодеструкция не рекомендуется из-за отсутствия контроля посттерапевтических изменений во избежание повреждения мочевого пузыря и прямой кишки). При неэффективности консервативного лечения методы локальной деструкции.
N89.1 Умеренная дисплазия влагалища (вагинальная интраэпителиальная неоплазия II степени)		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. ВПЧ тестирование. Вагиноскопия. Кольпоскопия. Прицельная или эксцизионная биопсия влагалища. Гистологическое исследование. Консультация врача-онколога по показаниям.	Подлежит активной хирургической тактике. Приоритетная тактика – широкая локальная эксцизия с окружающим участком здоровой стенки влагалища. Лучевая терапия (брахитерапия) применяется при мультифокальном или тотальном поражении влагалища, рецидивах заболевания после локального воздействия, а также при высоком риске хирургического вмешательства. Лучевая терапия проводится на всю слизистую влагалища.	1–3 дня. Эксцизионные процедуры (ножевая, петлевая). Методы локальной деструкции возможны только после гистологического подтверждения. Наблюдение – ежегодно.
N89.2 Резко выраженная дисплазия влагалища, не классифицированная в других рубриках (вагинальная интраэпителиальная неоплазия III степени)		
N89.3 Дисплазия влагалища неуточненная		

Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. ВПЧ тестирование. Вагиноскопия. Кольпоскопия. Прицельная или эксцизионная биопсия влагалища. Гистологическое исследование.	Подлежит активной хирургической тактике. Приоритетная тактика – широкая локальная эксцизия с окружающим участком здоровой стенки влагалища. Лучевая терапия (брахитерапия) применяется при мультифокальном или тотальном поражении влагалища, рецидивах заболевания после локального воздействия, а также при высоком риске хирургического вмешательства. Лучевая терапия проводится на всю слизистую влагалища.	1–3 дня. Эксцизионные процедуры (ножевая, петлевая). Методы локальной деструкции возможны только после гистологического подтверждения. Наблюдение – ежегодно.
N89.4 Лейкоплакия влагалища		
Блок Б. Блок В. Блок 3: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Блок Г. Блок Е. Кольпоскопия. Прицельная биопсия влагалища. Гистологическое исследование.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). НПВС (Группа № 29). Иммуномодулирующая терапия в гинекологии (Группа № 32). Антивирусные средства прямого действия (Группа № 14) по показаниям. Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ).	При неэффективности консервативного лечения методы локальной деструкции.
N89.5 Стриктура и атрезия влагалища		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Анальгетики (Группа № 31). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Реконструктивно-пластические операции по восстановлению нормальной анатомии влагалища.
N89.6 Плотная девственная плева		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	3–5 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: рассечение девственной плевы.
N89.7 Гематокольпос		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	3–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: реконструктивно-пластические операции по восстановлению нормальной анатомии влагалища. При врожденных аномалиях развития матки (аплазия шейки матки) – оперативное вмешательство: удаление матки с трубами.
N89.8 Другие невоспалительные болезни влагалища		
N89.9 Невоспалительная болезнь влагалища неуточненная		
Обследование для исключения онкопатологии.	Лечение в соответствии с выявленной патологией.	
N90.0 Слабовыраженная дисплазия вульвы		
Блок Б. Блок В. Блок 3: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Блок Г. Блок Е. Вульвоскопия. Прицельная биопсия	Подлежит активной хирургической тактике. Лечение сопутствующей патологии вульвы и влагалища.	1–5 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Локальная эксцизия пораженных участков. При сливающихся поражениях – эксцизия одним блоком. Подкожная вульвэктомия. При обширных дефектах пластическое

вульвы. Гистологическое исследование.		укрытие свободным кожным лоскутом. Из методов локальной деструкции возможно применение лазерной вапоризации после гистологического подтверждения. Наблюдение ежегодно.
N90.1 Умеренная дисплазия вульвы (вульварная интраэпителиальная неоплазия II степени). N90.2 Резко выраженная дисплазия вульвы, не классифицированная в других рубриках (вульварная интраэпителиальная неоплазия III степени). N90.3 Дисплазия вульвы неуточненная		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. ВПЧ-тестирование. Вульвоскопия. Прицельная или эксцизионная биопсия вульвы. Гистологическое исследование. Возможна консультация врача-онколога.	Подлежит активной хирургической тактике. Лечение сопутствующей патологии вульвы и влагалища.	1–5 дней. Локальная эксцизия пораженных участков. При сливающихся поражениях – эксцизия одним блоком. Подкожная вульвэктомия. При обширных дефектах пластическое укрытие свободным кожным лоскутом. Из методов локальной деструкции возможно применение лазерной вапоризации после гистологического подтверждения. Наблюдение ежегодно.
N90.4 Лейкоплакия вульвы		
Блок Б. Блок В. Блок З: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Блок Г. Блок Е. Вульвоскопия. Прицельная или эксцизионная биопсия вульвы. Гистологическое исследование.	Подлежит активной хирургической тактике. Лечение сопутствующей патологии вульвы и влагалища.	1–5 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Локальная эксцизия пораженных участков. При сливающихся поражениях – эксцизия одним блоком. Подкожная вульвэктомия. При обширных дефектах пластическое укрытие свободным кожным лоскутом. Наблюдение ежегодно.
N90.5 Атрофия вульвы		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Вульвоскопия с прицельной биопсией. Гистологическое исследование.	Эстрогены (Группа № 5). Микронутриентная терапия (Группа № 41). СО ₂ лазер (№ 3). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	Лечение в амбулаторных условиях.
N90.6 Гипертрофия вульвы		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Гистологическое исследование.	После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Аналгетики (Группа № 31). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: реконструктивно-пластические операции по восстановлению нормальной анатомии вульвы.
N90.7 Киста вульвы		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Гистологическое исследование.	После операции: Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Аналгетики (Группа № 31). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: удаление кисты.
N90.8 Другие уточненные невоспалительные болезни вульвы и промежности. N90.9 Невоспалительная болезнь вульвы и промежности неуточненная		
Обследование для исключения онкопатологии.	Лечение в соответствии с выявленной патологией.	
N91.0 Первичная аменорея		

<p>Блок Б. Блок В. Ректовагинальное исследование. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-генетика. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов. По показаниям: МРТ гипоталамо-гипофизарной области (для исключения опухоли гипофиза); КТ надпочечников по показаниям (для исключения опухоли надпочечников); консультация врача-терапевта, врача-офтальмолога.</p>	<p>Эстрогены (Группа № 5). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Стимуляторы овуляции – Гонадотропины (Группа № 2) при нормо- и гипогонадотропной аменорее, нормальной структуре яичников и женском кариотипе. Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).</p>	<p>В репродуктивных целях: при нормо- и гипонадотропной аменорее, нормальной структуре яичников – МГТ (эстрогены + гестагены) с последующей стимуляцией яичников гонадотропином и (или) ВРТ.</p>
<p>№91.1 Вторичная аменорея</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Ректовагинальное исследование. Тест на беременность в репродуктивном возрасте. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов. По показаниям: компьютерная томография (далее – КТ) надпочечников по показаниям (для исключения опухоли надпочечников); магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) гипоталамо-гипофизарной области (для исключения опухоли гипофиза); консультация врача-терапевта, врача-офтальмолога.</p>	<p>Эстрогены (Группа № 5). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО). Стимуляторы овуляции – Гонадотропины (Группа № 2) при нормо- и гипогонадотропной аменорее, нормальной структуре яичников и женском кариотипе.</p>	<p>Коррекция гормональной терапии с целью дальнейшего лечения в амбулаторных условиях. В репродуктивных целях: при нормо- и гипонадотропной аменорее, нормальном женском кариотипе, нормальной структуре яичников – МГТ (эстрогены+ гестагены) с последующей стимуляцией яичников гонадотропинами и (или) ВРТ.</p>
<p>№91.2 Аменорея неуточненная</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Ректовагинальное исследование.</p>	<p>Эстрогены (Группа № 5). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Гормональные контрацептивы для</p>	<p>При выявлении в кариотипе Y-хромосомы – удаление гонад. При отсутствии ВПР половой системы – гормональная терапия с учетом выявленной</p>

<p>Блок Г. Блок Е. Консультация врача-генетика. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов. По показаниям: МРТ гипоталамо-гипофизарной области (для исключения опухоли гипофиза); КТ надпочечников по показаниям (для исключения опухоли надпочечников); консультация врача-терапевта, врача-офтальмолога.</p>	<p>системного применения (Группа № 6). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Стимуляторы овуляции – Гонадотропины (Группа № 2) при нормо- и гипогонадотропной аменорее, нормальной структуре яичников и женском кариотипе. Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).</p>	<p>формы аменореи и фенотипических проявлений патологии. При наличии ВПР половой системы – коррекция аномалий, гормональное лечение по согласованию с эндокринологом. В репродуктивных целях: при нормо- и гипонадотропной аменорее, нормальном женском кариотипе, нормальной структуре яичников – МГТ (эстрогены + гестагены) с последующей стимуляцией яичников гонадотропином и (или) ВРТ.</p>
<p>№91.3 Первичная олигоменорея</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Ректовагинальное исследование. Блок Г. Блок Е. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов. По показаниям: МРТ гипоталамо-гипофизарной области (для исключения опухоли гипофиза); КТ надпочечников по показаниям (для исключения опухоли надпочечников); консультация врача-терапевта, врача-офтальмолога.</p>	<p>Эстрогены (Группа № 5). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).</p>	<p>В зависимости от выявленного уровня поражения в гипоталамо-гипофизарно-яичниково-маточной системе и возраста пациентки. Определение тактики дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.</p>
<p>№91.4 Вторичная олигоменорея</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Ректовагинальное исследование. Блок Г. Блок Е. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов. По показаниям:</p>	<p>Эстрогены (Группа № 5). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).</p>	<p>В зависимости от выявленного уровня поражения в гипоталамо-гипофизарно-яичниково-маточной системе и возраста пациентки. Определение тактики дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.</p>

<p>МРТ гипоталамо-гипофизарной области (для исключения опухоли гипофиза); КТ надпочечников по показаниям (для исключения опухоли надпочечников). Гистероскопия по показаниям. Консультация врача-терапевта, врача-офтальмолога.</p>		
<p>№91.5 Олигоменорея неуточненная</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Ректовагинальное исследование. Блок Г. Блок Е. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов. По показаниям: МРТ гипоталамо-гипофизарной области (для исключения опухоли гипофиза); КТ надпочечников по показаниям (для исключения опухоли надпочечников). Гистероскопия по показаниям. Консультация врача-терапевта, врача-офтальмолога.</p>	<p>Эстрогены (Группа № 5). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).</p>	<p>В зависимости от выявленного уровня поражения в гипоталамо-гипофизарно-яичниково-маточной системе и возраста пациентки. Определение тактики дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.</p>
<p>№92.0 Обильные и частые менструации при регулярном цикле</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. ИППП. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов, их метаболитов. Гистероскопия по показаниям. По показаниям консультация врача-терапевта.</p>	<p>Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10). Противоанемические средства (Группа № 21). После РДВ и гормонального статуса: Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Агонисты дофаминовых рецепторов (Группа № 7) по показаниям. Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).</p>	<p>В амбулаторных условиях – гормональная терапия с учетом данных гормонального обследования и результатов гистологического исследования, гемостатическая терапия.</p>
<p>№92.1 Обильные и частые менструации при нерегулярном цикле</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. ИППП.</p>	<p>Противоанемические средства (Группа № 21) по показаниям. Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10).</p>	<p>В амбулаторных условиях – гормональная терапия с учетом данных гормонального обследования и результатов гистологического исследования, гемостатическая терапия.</p>

<p>Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов, их метаболитов. Гистероскопия и (или) РДВ по показаниям. По показаниям консультация врача-терапевта. Гистологическое исследование.</p>	<p>После РДВ и гормонального статуса: Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Агонисты дофаминовых рецепторов (Группа № 7) по показаниям. Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).</p>	
<p>№92.2 Обильные менструации в пубертатном периоде</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов, их метаболитов. Гистероскопия по показаниям. Консультация врача-терапевта по медицинским показаниям, врача-гематолога по медицинским показаниям, а именно: отсутствие эффекта от ранее проводимой противоанемической терапии в полном объеме и (или) необходимость исключения патологии системы гемостаза, консультация врача-трансфузиолога по медицинским показаниям.</p>	<p>Противоанемические средства (Группа № 21) по показаниям. Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10). Ингибиторы фибринолиза (Группа № 21). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Агонисты дофаминовых рецепторов (Группа № 7) по показаниям. Препараты крови и ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.</p>	<p>10–14 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Гормональный гемостаз: КОК по 1 таблетке через 2 часа № 4 в первый день, по 1 таблетке через 2 часа № 3 во второй день, по 1 таблетке через 2 часа № 2 в третий, с 4 по 21 день – 1 таблетка в сутки. При усилении кровотечения на фоне проведения гормонального гемостаза – суточная доза не снижается. РДВ проводится по жизненным показаниям (гистологическое исследование).</p>
<p>№92.3 Овуляторные кровотечения</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. ИППП Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов, их метаболитов. Гистероскопия по показаниям. По показаниям консультация врача-</p>	<p>Лечение основного заболевания. Противоанемические средства (Группа № 21) по показаниям. Гемостатики (Группа № 10). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).</p>	<p>В амбулаторных условиях – гормональная терапия: КОК.</p>

терапевта, врача-эндокринолога.		
N92.4 Обильные кровотечения в предменопаузном периоде		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-гематолога по медицинским показаниям, а именно: отсутствие эффекта от ранее проводимой противоанемической терапии в полном объеме и (или) необходимость исключения патологии системы гемостаза, консультация врача-трансфузиолога по медицинским показаниям.	Прогестагены для МГТ (Группа № 3.4). Эстрогены (Группа № 5). Противоанемические средства (Группа № 21). При отсутствии эффекта от противоанемической терапии – препараты крови, ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.	Системная МГТ умеренных и тяжелых менопаузальных симптомов. При атипичической гиперплазии эндометрия (далее – ГЭ) показано оперативное лечение. При простой и комплексной ГЭ – МГТ в циклическом или непрерывном режиме. При комплексной ГЭ, рецидивирующей ГЭ или при сочетании ГЭ с аденомиозом и/или миомой матки – МГТ в непрерывном режиме.
N92.5 Другие уточненные формы нерегулярных менструаций		
N92.6 Нерегулярные менструации неуточненные		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. ИППП. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов, их метаболитов. Гистероскопия и (или) РДВ по показаниям По показаниям консультация врача-терапевта. Гистологическое исследование.	Противоанемические средства (Группа № 21) по показаниям. Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10). После РДВ и гормонального статуса: Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Агонисты дофаминовых рецепторов (Группа № 7) по показаниям. Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	В амбулаторных условиях – гормональная терапия с учетом данных гормонального и гистологического исследования, гемостатическая терапия.
N93.0 Посткоитальные или контактные кровотечения		
Блок Б. Блок В. Блок 3: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Блок Г. Блок Е. Кольпоскопия. Прицельная биопсия шейки матки. Гистологическое исследование.	Гемостатики (Группа № 10). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11).	Лечение основного заболевания.
N93.8 Другие уточненные аномальные кровотечения из матки и влагалища		
N93.9 Аномальное маточное и влагалищное кровотечение неуточненное		
Обследование для исключения онкопатологии.	Гемостатики (Группа № 10).	Лечение в соответствии с выявленной патологией.
N94.0 Боли в середине менструального цикла		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	НПВС (Группа № 29). Аналгетики (Группа № 31). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6).	Лечение в амбулаторных условиях 3–6 месяцев. Госпитализация в гинекологическое

	Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	отделение для исключения ургентной патологии.
N94.1 Диспареуния		
Блок Б. Блок В. Блок З: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Блок Г. Блок Е. По показаниям кольпоскопия.	НПВС (Группа № 29). СО2 лазер. Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	Лечение в соответствии с выявленной патологией.
N94.2 Вагинизм		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Кольпоскопия по показаниям. Консультация врача-психотерапевта.	НПВС (Группа № 29). Микронутриентная терапия (Группа № 41). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	Лечение в соответствии с выявленной патологией.
N94.3 Синдром предменструального напряжения		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Контроль объема выпитой жидкости и диуреза. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов, их метаболитов.	Фитопрепараты для нормализации гормонального фона с эстроген-гестагеноподобным эффектом (Группа № 44.3). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Эстрогены (Группа № 5). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Микронутриентная терапия (Группа № 41). НПВС (Группа № 29). Аналгетики (Группа № 31).	
N94.4 Первичная дисменорея		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов, их метаболитов. Консультация врача-терапевта по показаниям.	НПВС (Группа № 29). Аналгетики (Группа № 31). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Агонисты дофаминовых рецепторов (Группа № 7). Микронутриентная терапия (Группа № 41).	5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Далее – в амбулаторных условиях – 3–6 месяцев.
N94.5 Вторичная дисменорея.		
N94.6 Дисменорея неуточненная.		
N94.8 Другие уточненные состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом.		
N94.9 Состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом, неуточненные.		
Блок Б. Блок В. Блок З: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Блок Г. Блок Е. Исследование гормонов щитовидной железы.		Лечение в соответствии с выявленной патологией.

<p>Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов по показаниям. Консультация врача-терапевта по показаниям.</p>	
<p>M81.0 Постменопаузный остеопороз</p>	
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.</p>	<p>Прогестагены для МГТ (Группа 3.4). Эстрогены (Группа № 5). Комбинированные гормональные ЛС для МГТ (Группа № 6.2).</p> <p>Системная МГТ. При отсутствии матки МГТ эстрогенами. МГТ является терапией первой линии для профилактики остеопороза и переломов у женщин с повышенным риском переломов в постменопаузе в возрасте до 60 лет и/или длительностью менопаузы до 10 лет.</p>
<p>N95 Нарушения менопаузы и другие нарушения в околоменопаузном периоде N95.1 Менопауза и климактерическое состояние у женщины N95.2 Постменопаузный атрофический вагинит N95.3 Состояния, связанные с искусственно вызванной менопаузой N95.8 Другие уточненные нарушения менопаузного и перименопаузного периода N95.9 Менопаузные и перименопаузные нарушения неуточненные</p>	
<p>N95.0 Постменопаузные кровотечения</p>	
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Аспирационная биопсия. Маммография. Кольпоскопия по показаниям. Консультация врача-онколога, врача-гематолога по медицинским показаниям, а именно: отсутствие эффекта от ранее проводимой противоанемической терапии в полном объеме и (или) необходимость исключения патологии системы гемостаза, консультация врача-трансфузиолога по медицинским показаниям.</p>	<p>Противоанемические средства (Группа № 21) по показаниям. Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10). Препараты крови и ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.</p> <p>1–3 дня. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство по показаниям.</p>
<p>N95.1 Менопаузное и климактерическое состояние у женщин</p>	
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Если вазомоторные симптомы persistируют до 60–70 лет, следует исключить гиперпролактинемия, заболевания щитовидной железы, гонадотропному гипофиза (МРТ). Пациенткам с тяжелой депрессией и не</p>	<p>Фитопрепараты для нормализации гормонального фона с эстроген-гестагеноподобным эффектом (Группа № 44.3). Прогестагены для МГТ (Группа 3.4). Эстрогены (Группа № 5). Комбинированные гормональные ЛС для МГТ (Группа № 6.2).</p> <p>Системная МГТ При отсутствии матки МГТ эстрогенами. Если показанием к гистерэктомии являлся аденомиоз, то им показана только комбинированная терапия. Заместительная терапия андрогенами может рассматриваться при наличии признаков андроген-дефицита, особенно при снижении сексуального желания и возбуждения после овариэктомии. Терапия андрогенами показана при гипофизарной и надпочечниковой недостаточности. МГТ является эффективной терапией умеренных и тяжелых менопаузальных симптомов и обладает наибольшими эффектами у женщин моложе 60 лет в</p>

<p>отвечающим на МГТ показано консультирование у психиатра.</p>		<p>течение 10 лет постменопаузы. Монотерапия эстрогенами назначается женщинам с удаленной маткой. Используются препараты, содержащие эстрадиол 17(3, эстрадиолавалерат, эстриол. Пути введения: пероральный (таблетки) и парентеральный (накожный – гели/пластыри; вагинальный – таблетки/кремы/свечи/кольца; инъекционный); прерывистые курсы или непрерывный режим. Монотерапия прогестагенами назначаются в фазе менопаузального перехода или в перименопаузе для регуляции цикла и лечения гиперпластических процессов. Используется микронизированный прогестерон (перорально или вагинально), дидрогестерон перорально. Возможно введение ВМС с левоноргестрелом с контрацептивной и лечебной целью. II. Комбинированная терапия в циклическом режиме Двухфазные препараты назначаются в фазе менопаузального перехода или в перименопаузе – непрерывный циклический режим (эстрадиол/дидрогестерон, 1/10, 2/10) либо прерывистый циклический режим (см. приложение). Следует информировать женщину о том, что препараты для МГТ не обладают контрацептивным эффектом. III. Монофазная комбинированная терапия в непрерывном режиме Назначается в постменопаузе. Эстрогены с прогестагенами, низкодозированные (эстрадиол/дидрогестерон, 1/5, эстрадиол/дроспиренон), а также тиболон, который в организме метаболизируется в эстроген, гестаген и андроген. При гиперандрогении следует отдавать предпочтение препаратам с антиандрогенным эффектом (эстрадиолавалерат + ципротерона ацетат).</p>
<p>№95.2 Постменопаузный атрофический вагинит</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Маммография. Денситометрия. Консультация врача-психолога. Консультация врача-терапевта, по показаниям.</p>	<p>Эстрогены (Группа № 5). Комбинированные гормональные ЛС для МГТ (Группа № 6.2). Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15). Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Пребиотики, пробиотики и эубиотики (Группа № 40). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО). СО₂ лазер.</p>	<p>Лечение в амбулаторных условиях не менее 1 года. Системная МГТ. Местная терапия препаратами эстриола в дозировке от 0,03 до 0,5 мг, начиная с ежедневного применения и по мере улучшения – 2 раза в неделю (6–24 месяца).</p>
<p>№95.3 Состояния, связанные с искусственно вызванной менопаузой</p>		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Маммография. Денситометрия. Консультация врача-психолога.</p>	<p>Гестагены для МГТ (Группа № 3.4). Эстрогены, в том числе для МГТ (Группа № 5). Комбинированные гормональные ЛС для МГТ (Группа № 6.2). Гормональные контрацептивы для системного применения для МГТ (Группа № 6.2). СО₂ лазер по показаниям.</p>	<p>Лечение в амбулаторных условиях не менее 1 года (назначение МГТ при отсутствии противопоказаний до возраста наступления физиологической менопаузы).</p>

	Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	
№96 Привычный выкидыш		
Блок Б. Блок В. Блок З: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Блок Г. Исследование центральных и периферических половых гормонов, их метаболитов (пролактин). Исследование гормонов щитовидной железы. Обследование на АФС. Блок Е. По показаниям консультация врача-терапевта, врача-генетика.	Лечение в соответствии с выявленной патологией.	
№97.0 Женское бесплодие, связанное с отсутствием овуляции		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок З. Пероральный тест толерантности глюкозы (далее – ПТТГ). Блок Е. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов, их метаболитов по показаниям. УЗИ фолликулогенеза. УЗИ щитовидной железы. Консультация врача-эндокринолога по показаниям.	Стимуляция овуляции – Гонадотропины (Группа № 2). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Эстрогены (Группа № 5). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Микронутриентная терапия (Группа № 41). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	Обследование (1–3 месяца) и стимуляция овуляции (1–3 цикла) – в амбулаторных условиях. Госпитализация в гинекологическое отделение. Лечебно-диагностическая лапароскопия и хирургическая стимуляция овуляции по показаниям после определения АМГ и при значениях лютеинизирующего гормона (далее – ЛГ) выше 15 МЕ/мл (3–5 дней) и отсутствие эффекта от приема КОК в течение 4 месяцев. Вспомогательные репродуктивные технологии по показаниям (от 1 до 3 месяцев).
№97.1 Женское бесплодие трубного происхождения, связанное с врожденной аномалией маточных труб. Трубная: непроходимость, закупорка, стеноз		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. МСГ. Консультация врача-терапевта.	В послеоперационном периоде: антибиотикопрофилактика (Группа № 12) по показаниям. НПВС (Группа № 29). Аналгетики (Группа № 31). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО, надвенное лазерное облучение крови).	3–5 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Лечебно-диагностическая лапароскопия, реконструктивно-пластические операции на маточных трубах.
№97.2 Женское бесплодие маточного происхождения, связанное с врожденной аномалией матки. Дефект имплантации эмбрионов		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Гистероскопия и (или) РДВ.	В послеоперационном периоде: антибиотикопрофилактика (Группа № 12). НПВС (Группа № 29). Аналгетики (Группа № 31).	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. При добавочном маточном роге – его удаление; при внутриматочной перегородке – ее иссечение; при

Лапароскопия по показаниям. Консультация врача-генетика по показаниям.	Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	внутриматочных синехиях – рассечение спаек.
N97.3 Женское бесплодие цервикального происхождения		
Блок Б. Блок В. Блок 3: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Блок Г. Блок Е. Посткоитальный тест. Кольпоскопия по показаниям.	ВРТ (искусственная инсеминация спермой мужа или донора, ЭКО).	
N97.4 Женское бесплодие, связанное с мужскими факторами		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок 3: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Спермограмма.	Лечение мужа врачом-андрологом. ВРТ (искусственная инсеминация спермой мужа или донора, ЭКО).	
N97.8 Другие формы женского бесплодия N97.9 Женское бесплодие неуточненное		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок 3. Пероральный тест толерантности глюкозы (далее – ПТТГ). Блок Е. Исследование гормонов щитовидной железы. Исследование центральных и периферических половых гормонов, их метаболитов по показаниям. УЗИ фолликулогенеза. УЗИ щитовидной железы. Консультация врача-эндокринолога по показаниям.	Лечение в соответствии с выявленной патологией	
N98.0 Инфекция, связанная с искусственным оплодотворением		
Блок Б. Блок В. Блок 3: ИППП, ВПГ, ВПЧ. Блок Г. ВИЧ. Блок Е. Посев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11). Имуноглобулины (Группа № 32). НПВС (Группа № 29). Противогрибковые средства (Группа № 13). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	10–14 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение.
N98.1 Гиперстимуляция яичников		
Блок Б. Измерение массы тела женщины и суточного диуреза ежедневно до купирования	Инфузионная терапия (Группа № 17). Препараты плазмы крови и плазмозамещающие препараты (Группа № 19). Лапароцентез по показаниям.	7–21 день. Легкая степень – возможно в амбулаторных условиях. Госпитализация при средней и тяжелой степени

симптомов, окружности живота ежедневно. Блок Г. Электролиты крови. Антитромбин III (далее – АТ III). Кислотно-основное состояние (далее – КОС) по показаниям. Блок Е. УЗИ органов брюшной полости. УЗИ сердца по показаниям. УЗИ плевральной полости по показаниям. Консультация врача-терапевта. Консультация сосудистого и торакального врача-хирурга по показаниям.	Аналгетики (Группа № 31). Противорвотные средства и средства для устранения тошноты (Группа № 35) (по показаниям). Прямые антикоагулянты на основе гепарина и его производных (Группа № 19). Микронутриентная терапия (Группа № 41) (по показаниям).	в гинекологическое отделение, при тяжелой степени – в отделение анестезиологии и реанимации.
N98.8 Другие осложнения, связанные с искусственным оплодотворением (ранения смежных органов, сосудов, кровотечения)		
Блок Г.	Гемостатики (Группа № 10). Инфузионная терапия (Группа № 17). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11).	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Хирургическое вмешательство.

4. Диагностика и лечение других нарушений мочеполовой системы осуществляются согласно таблице 4 настоящего приложения.

Таблица 4

Другие нарушения мочеполовой системы (шифр по МКБ-10 N99)

Объем оказания медицинской помощи		Средняя длительность лечения*** Тактика ведения
Диагностика*	Лечение**	
N99.2 Послеоперационные спайки влагалища		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16).	3–5 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство.
N99.3 Выпадение свода влагалища после экстирпации матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство – реконструктивно-пластические операции при выпадении половых органов.

5. Диагностика и лечение при прерывании беременности проводятся согласно таблице 5 настоящего приложения.

Таблица 5

Беременность с abortивным исходом (шифр по МКБ-10 O00–O04)

Объем оказания медицинской помощи		Средняя длительность лечения*** Тактика ведения
Диагностика*	Лечение**	

1	2	3
О00.0 Абдоминальная [брюшная] беременность О00.1 Трубная беременность О00.2 Яичниковая беременность		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Анализ мочи (крови) на хорионический гонадотропин человека (далее – ХГЧ). Кульдоцентез.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. Аналгетики (Группа № 31). Синтетические гестагены (Группа № 3.2) в период медицинской реабилитации 2–3 месяца. Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) до 72 часов при резус-отрицательной принадлежности женщины. Противоанемические средства (Группа № 21) по медицинским показаниям. Препараты крови и ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.	3–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: удаление аномально расположенного плодного яйца с удалением тканей хориона/плодовместилища.
О01.0 Пузырный занос классический О01.1 Пузырный занос неполный и частичный О01.9 Пузырный занос неуточненный		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Анализ мочи (крови) на ХГЧ. Кульдоцентез. Гистероскопия по показаниям. РДВ. Консультация врача-онколога.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10). Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) до 72 часов при резус-отрицательной принадлежности женщины. Противоанемические средства (Группа № 21) по медицинским показаниям. Препараты крови и ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.	3–7 дней. Госпитализация в онкологический стационар после верификации диагноза (патоморфологическое исследование).
О02.0 Погибшее плодное яйцо О02.1 Несостоявшийся выкидыш О02.8 Другие уточненные аномальные продукты зачатия О02.9 Аномальный продукт зачатия неуточненный		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Гистероскопия по показаниям.	Средства для медикаментозного прерывания беременности (до 21 6/7 недель беременности) (Группа № 9.3). Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10). Иммуноглобулины для профилактики резус-сенсibilизации (Группа № 33) до 72 часов при резус-отрицательной принадлежности женщины. Противоанемические средства (Группа № 21) по медицинским показаниям. Препараты крови и ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.	2–5 дней. Медикаментозный аборт в амбулаторных условиях до 46 дней беременности, в сроке 47 дней – 21 6/7 недели беременности: госпитализация в гинекологическое отделение. По показаниям (отсутствие эффекта) хирургическое удаление остатков плодного яйца – кюретаж полости матки.
О03 Самопроизвольный выкидыш		
Блок В. Блок Г. Блок Е.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Гемостатики (Группа № 10). Иммуноглобулины для профилактики	2–5 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Хирургическое удаление остатков плодного яйца – кюретаж полости матки.

	резус-сенсбилизации (Группа № 33) до 72 часов при резус-отрицательной принадлежности женщины. Противоанемические средства (Группа № 21) по медицинским показаниям. Препараты крови и ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.	
O04 Исключен		

6. Диагностика и лечение новообразований женских половых органов определяются нозологической формой (в соответствии с МКБ-10) и проводятся согласно таблице 6 настоящего приложения.

Таблица 6

Новообразования (шифр по МКБ-10 D06–D07, D25–D28)

Объем оказания медицинской помощи		Средняя длительность лечения*** Тактика ведения
Диагностика*	Лечение**	
1	2	3
D06 Рак in situ шейки матки (соответствует цервикальной интраэпителиальной неоплазии III степени, высокого риска) Исключена: дисплазия тяжелой степени БДУ (N87.2)		
Блок Б. Блок В. ВПЧ тестирование. Цитологическое исследование мазков из шейки матки и цервикального канала на атипичные клетки. Расширенная кольпоскопия с эксцизионной биопсией шейки матки. Эндоцервикальный кюретаж. Гистологическое исследование.	Антибактериальные средства для системного применения (Группа № 11) по показаниям. Аналгетики (Группа № 31) по показаниям. Антисептические и дезинфицирующие средства (Группа № 16). Антисептические и противомикробные ЛС для применения в гинекологии (Группа № 15) по показаниям.	Подлежит активной хирургической тактике. Госпитализация в онкологический стационар. Только эксцизионные процедуры (петлевая эксцизионная процедура, ножевая конизация, ампутация шейки матки). Гистерэктомия только при невозможности выполнить эксцизионные процедуры (ампутацию) или при наличии другого гинекологического заболевания, являющегося показанием к гистерэктомии. Цитологический контроль из шейки матки и цервикального канала через 6, 12, 18, 24 месяца, затем ежегодно в течение 5 лет. ВПЧ тестирование через 12 месяцев по показаниям. Кольпоскопия через 6 месяцев.
D07.0 Карцинома in situ эндометрия		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Гистероскопия и (или) РДВ. Гистологическое исследование. Консультация врача-онколога УЗИ с оценкой толщины эндометрия (норма до 5 мм у менопаузальных женщин).	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12) Основной метод лечения хирургический. Гормонотерапия как альтернативное лечение у молодых пациенток, желающих сохранить фертильность, и пожилых женщин при противопоказаниях к хирургическому лечению. Абляция эндометрия – вариант лечения. При персистирующей, резистентной, рецидивирующей гиперплазии лечение только хирургическое. Гормонотерапия (в амбулаторных условиях): синтетические гестагены (Группа № 3.2).	1–3 дня. При подтверждении гистологического диагноза консультация врача-онколога для определения тактики лечения. Госпитализация в онкологический стационар. Хирургическое вмешательство: гистерэктомия. Контрольный осмотр ежегодно.

D07.1 Карцинома in situ вульвы		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. ВПЧ-тестирование. Вульвоскопия. Прицельная или эксцизионная биопсия вульвы. Гистологическое исследование. Консультация врача-онколога.</p>	<p>Подлежит активной хирургической тактике. Лечение сопутствующей патологии вульвы и влагалища.</p>	<p>1–5 дней. Госпитализация в онкологический стационар. Локальная эксцизия пораженных участков. При сливающихся поражениях – эксцизия одним блоком. Подкожная вульвэктомия. При обширных дефектах пластическое укрытие свободным кожным лоскутом. Из методов локальной деструкции возможно применение лазерной вапоризации после гистологического подтверждения. Наблюдение ежегодно.</p>
D07.2 Карцинома in situ влагалища		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. ВПЧ тестирование. Вагиноскопия. Кольпоскопия. Прицельная или эксцизионная биопсия влагалища. Гистологическое исследование. Консультация врача-онколога.</p>	<p>Подлежит активной хирургической тактике. Приоритетная тактика – широкая локальная эксцизия с окружающим участком здоровой стенки влагалища. Лучевая терапия (брахитерапия) применяется при мультифокальном или тотальном поражении влагалища, рецидивах заболевания после локального воздействия, а также при высоком риске хирургического вмешательства. Лучевая терапия проводится на всю слизистую влагалища.</p>	<p>1–3 дня. Госпитализация в онкологический стационар. Эксцизионные процедуры (ножевая, петлевая). Методы локальной деструкции возможны только после гистологического подтверждения. Наблюдение – ежегодно.</p>
D07.3 Карцинома in situ других и неуточненных женских половых органов		
<p>Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Исследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С. УЗИ органов малого таза сочетать с оценкой кровотока в новообразовании. Аспират-биопсия эндометрия или РДВ. Кульдоцентез по показаниям (при наличии асцита, в перименопаузе при УЗИ признаках злокачественности образования). Фиброгастродуоденоскопия (далее – ФГДС). Тотальная колоноскопия при УЗИ признаках подозрения на злокачественность образования. Рентгенография органов грудной клетки (далее – ОГК) по показаниям. КТ ОГК, органов брюшной полости (далее – ОБП), ОМТ по показаниям. Онкомаркеры крови СА-125 и НЕ-4. Онкомаркеры крови: раковый эмбриональный антиген (далее – РЭА) и а-фетопротеин по показаниям при подозрении на</p>	<p>Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31.1).</p>	<p>3–10 дней. Лечение у врача-онколога. Госпитализация в онкологический стационар. Оперативное вмешательство – удаление новообразования методом лапароскопии или лапаротомии при обязательном гистологическом исследовании срочном и стандартном.</p>

герминогенную опухоль (у девушек и молодых женщин с ультразвуковыми признаками злокачественности образования). Консультация врача-онколога.		
D25.0 Подслизистая лейомиома матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Исследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С. Гистероскопия + РДВ по показаниям. Гистологическое исследование. Консультация врача-гематолога по медицинским показаниям, а именно: отсутствие эффекта от ранее проводимой противоанемической терапии в полном объеме и (или) необходимость исключения патологии системы гемостаза, консультация врача-трансфузиолога по медицинским показаниям.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31.1). Гемостатики (Группа № 10). Средства для профилактики маточного кровотечения (Группа № 9.4). Противоанемические средства (Группа № 21) по показаниям. Инфузионная терапия (Группа № 17). ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). При отсутствии эффекта от противоанемической терапии – препараты крови, ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.	2–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: гистерорезектоскопия (при диаметре узла до 4 см), миомэктомия, гистерэктомия; надвлагалищная ампутация матки только при отсутствии патологии шейки матки в сочетании с экцизией цервикального канала. Предоперационная и (или) послеоперационная терапия по показаниям (на 3 месяца агонисты Гн-РГ или антигестаген или селективный модулятор прогестероновых рецепторов).
D25.1 Интрамуральная лейомиома матки D25.2 Субсерозная лейомиома матки D25.9 Лейомиома матки неуточненная		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Исследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С. Гистероскопия + РДВ по показаниям или пайпель-биопсия эндометрия. Гистологическое исследование. Консультация врача-гематолога по медицинским показаниям, а именно: отсутствие эффекта от ранее проводимой противоанемической терапии в полном объеме и (или) необходимость исключения патологии системы гемостаза, консультация врача-трансфузиолога по медицинским показаниям.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31). ЛС для дезагрегантной терапии (Группа № 22). Инфузионная терапия (Группа № 17). Противоанемические средства (Группа № 21) по показаниям. При отсутствии эффекта от противоанемической терапии – препараты крови, ее компоненты (Группа № 18) по медицинским показаниям.	3–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: миомэктомия с применением противоспаечных барьеров, гистерэктомия методом лапаротомии или лапароскопии, надвлагалищная ампутация матки только при отсутствии патологии шейки матки в сочетании с экцизией цервикального канала. При некрозе или перекрутке ножки узла лейомиомы матки на фоне беременности – оперативное вмешательство. Эмболизация маточных артерий – в позднем репродуктивном возрасте и в перименопаузе, при симптомном течении лейомиомы и невозможности выполнить хирургическое вмешательство из-за экстрагенитальной патологии. Медикаментозная терапия на 3–6 месяцев при интрамуральной, подслизистой лейомиоме для уменьшения узлов (агонисты гн-РГ, антигестаген, селективный модулятор прогестероновых рецепторов). Медикаментозная терапия для снижения кровопотери без изменения размеров узлов (левоноргестрелсодержащая ВМК, синтетические гестагены).
D26.0 Шейки матки D26.1 Тела матки		

D26.7 Других частей матки D26.9 Матки неуточненной части		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Кольпоскопия по показаниям. Биопсия шейки матки по показаниям. Гистологическое исследование.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	2–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство – удаление новообразования.
D27 Доброкачественные новообразования яичника		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Исследование на сифилис, ВИЧ, гепатиты В и С. УЗИ органов малого таза сочетать с оценкой кровотока в новообразовании. Аспират-биопсия эндометрия или РДВ. Кульдоцентез по показаниям (при наличии асцита, в перименопаузе при УЗИ признаках злокачественности образования). ФГДС. Тотальная колоноскопия при УЗИ признаках подозрения на злокачественность образования. Рентгенография ОГК по показаниям. КТ ОГК, ОБП, ОМТ по показаниям. Онкомаркеры крови СА-125 и НЕ-4. Онкомаркеры крови РЭА и а-фетопротеин по показаниям при подозрении на герминогенную опухоль (у девушек и молодых женщин с УЗИ признаками злокачественности образования).	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	3–10 дней. При высоких уровнях онкомаркеров лечение у врача-онколога. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство – удаление новообразования методом лапароскопии или лапаротомии при обязательном гистологическом исследовании срочном и стандартном. В постменопаузе двусторонняя аднексэктомия. Во время беременности в сроке 16–21 неделя – удаление новообразования преимущественно методом лапароскопии, после 20 недель – преимущественно путем лапаротомии.
D28 Доброкачественные новообразования других неуточненных женских половых органов D28.0 Вульвы D28.1 Влагалища D28.2 Маточных труб и связок D28.7 Других уточненных женских половых органов D28.9 Женских половых органов неуточненной локализации		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	2–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство – удаление новообразования.

7. Диагностика и лечение заболеваний женских половых органов гормонального генеза осуществляются согласно таблице 3 настоящего приложения.

Таблица 7

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (шифр по МКБ-10 E22, E25, E28, E34.5)

Объем оказания медицинской помощи		Средняя длительность лечения*** Тактика ведения
Диагностика*	Лечение**	
1	2	3
E22.1 Гиперпролактинемия; Пролактин-секретирующая опухоль гипофиза		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Тест на беременность в репродуктивном возрасте. Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов (ТТГ, пролактин, Big-пролактин). МРТ гипофиза. Консультация врача-эндокринолога; врача-невролога, врача-окулиста (определение полей зрения).	Ингибиторы пролактина (Группа № 7).	Лечение в амбулаторных условиях. При планировании беременности – стимуляция овуляции на фоне приема агонистов дофамина.
E25 Аденогенитальные расстройства		
E25.0 Врожденная гиперплазия коры надпочечников		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Тест на беременность в репродуктивном возрасте. Исследование центральных и периферических половых гормонов и их метаболитов. КТ надпочечников. Определение 21-гидроксилазы. По показаниям консультация врача-терапевта, врача-эндокринолога.	Эстрогены (Группа № 5). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Кортикостероиды для системного применения (Группа № 8).	Лечение в амбулаторных условиях. При планировании беременности – стимуляция овуляции на фоне приема глюкокортикоидов. Индивидуальный подбор дозы глюкокортикостероидов при мутации 21-гидроксилазы. Прием глюкокортикостероидов до проведения биопсии ворсин хориона (далее – БВХ) или амниоцентеза, решение о дальнейшем приеме глюкокортикостероидов – после определения пола плода.
E28.0 Избыток эстрогенов		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6).	Лечение в амбулаторных условиях. Оперативное вмешательство (РДВ или гистероскопия) при подозрении на патологию эндометрия; 1–3 дня.
E28.1 Избыток андрогенов. Гиперсекреция овариальных андрогенов		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Спиринолактон – 25–50 мг 1–2 раза в сутки. При врожденной дисфункции коры надпочечников – согласно Е 25.0	Лечение в амбулаторных условиях. КОК. Оперативное вмешательство при наличии объемных образований надпочечников в урологическом отделении.
E28.2 Синдром поликистоза яичников (далее – СПКЯ)		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	Пероральные гипогликемические ЛС (Группа № 42). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Ингибиторы пролактина (Группа № 7). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Гонадотропины (Группа № 2). Эстрогены (Группа № 5). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6).	При бесплодии, обусловленном СПКЯ: обследование (1–3 месяца), коррекция метаболических нарушений (от 6 месяцев), стимуляция овуляции (1–3 цикла) в амбулаторных условиях. Госпитализация в гинекологическое отделение. Лечебно-диагностическая лапароскопия по показаниям после определения АМГ, ЛГ более 15 МЕ/мл и при отсутствии эффекта от лечения КОК или МГТ в течение 4 месяцев и ЛГ

		15 МЕ/мл и медикаментозной стимуляции овуляции (3–5 дней). ВРТ по показаниям (от 1–3 месяцев).
E28.3 Первичная яичниковая недостаточность Низкое содержание эстрогенов Преждевременная менопауза БДУ Устойчивый овариальный синдром		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Маммография. Денситометрия.	Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Эстрогены (Группа № 5). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6).	Лечение в амбулаторных условиях. В репродуктивных целях при нормо- и гипогонадотропной аменорее, нормальном женском кариотипе, нормальной структуре яичников – МГТ (эстрогены + гестагены) с последующей стимуляцией яичников гонадотропином и (или) ВРТ.
E28.8 Другие виды дисфункции яичников Гиперфункция яичников БДУ.		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е.	Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2).	Лечение в амбулаторных условиях.
E28.9 Дисфункция яичников неуточненная		
	Эстрогены (Группа № 5).	Лечение в амбулаторных условиях.
E34.5 Синдром андрогенной резистентности Мужской псевдогермафродитизм с андрогенной резистентностью Тестикулярная феминизация		
Блок Б. Блок Г. Блок Е. Определение кариотипа. Консультация врача-терапевта, врача-генетика, врача-эндокринолога.	Наблюдение. При оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (Группа № 12), Аналгетики (Группа № 31). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6).	3–5 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Удаление тестикул. Вульвовагинопластика, кольпопоз по показаниям.

8. Диагностика и лечение врожденных аномалий развития и хромосомных нарушений проводятся согласно таблице 8 настоящего приложения.

Таблица 8

Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (шифр по МКБ-10 Q50–Q52, Q96–Q99)

Объем оказания медицинской помощи		Средняя длительность лечения*** Тактика ведения
Диагностика*	Лечение**	
1	2	3
Q50 Врожденные аномалии [пороки развития] яичников, фаллопиевых труб и широких связок		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта, врача-генетика, врача-эндокринолога.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	3–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Оперативное вмешательство: биопсия яичника, цистэктомия, удаление яичника.
Q51.0 Агенезия и аплазия матки		
Наблюдение.		
Q51.1 Удвоение тела матки с удвоением шейки матки и влагалища		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	Наблюдение. При бесплодии, не связанном с гормональными, причинами, перитонеальными и инфекционными факторами, а также при дискомфорте вследствие наличия перегородки во

		влагалище, ее рассечение с последующим формированием единого влагалища.
Q51.2 Другие удвоения матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	Госпитализация в гинекологическое отделение. Удаление добавочного образования тела матки с трубой, входящей в это образование.
Q51.3 Двурогая матка		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	Наблюдение. Госпитализация в гинекологическое отделение. При привычном невынашивании беременности – операция по созданию общей полости матки.
Q51.4 Однорогая матка		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	Наблюдение.
Q51.5 Агенезия и аплазия шейки матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Удаление тела матки с трубами при функционирующем эндометрии.
Q51.6 Эмбриональная киста шейки матки		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	3–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Цистэктомия.
Q51.7 Врожденный свищ между маткой и пищеварительным и мочепускательными трактами		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта, врача-хирурга.		Оперативное вмешательство.
Q51.8 Другие врожденные аномалии тела и шейки матки.		
Гипоплазия тела и шейки матки.		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Эстрогены (Группа № 5). Аналоги эндогенного прогестерона (Группа № 3.1). Синтетические гестагены (Группа № 3.2). Гормональные контрацептивы для системного применения (Группа № 6). Микронутриентная терапия (Группа № 41). Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО).	Наблюдение. Курсы гормональной терапии длительностью не менее 1 года. Немедикаментозное лечение (ФТЛ, ИРТ, ГБО) 2 раза в год.
Q51.9 Врожденная аномалия тела и шейки матки неуточненная		
Наблюдение.		
Q52.0 Врожденное отсутствие влагалища		
Блок Б. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Наблюдение, при оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (Группа № 12). Аналгетики (Группа № 31).	14 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Кольпопоз с использованием кожи, резецированного участка толстой кишки, брюшины.

		Увеличение объема рудимента влагалища за счет его вдавления или растяжения.
Q52.1 Удвоение влагалища		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Наблюдение. При оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (Группа № 12), Аналгетики (Группа № 31).	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Создание единого влагалища при наличии дискомфорта от присутствия перегородки. Рассечение перегородки, в том числе во время беременности и родов, при опасности ее отрыва от стенок влагалища в процессе рождения плода
Q52.2 Врожденный ректовагинальный свищ		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Наблюдение. При оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (Группа № 12), Аналгетики (Группа № 31).	Оперативное вмешательство в специализированном стационаре.
Q52.3 Девственная плева, полностью закрывающая вход во влагалище		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Наблюдение. При оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (Группа № 12), Аналгетики (Группа № 31).	3–5 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Перфорация девственной плевы для создания оттока менструальной крови.
Q52.4 Другие врожденные аномалии влагалища Киста Нукка врожденная, Киста влагалища эмбриональная		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Наблюдение. При оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (Группа № 12), Аналгетики (Группа № 31).	5–7 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. Цистэктомия.
Q52.5 Сращение губ Q52.6 Врожденная аномалия клитора Q52.7 Другие врожденные аномалии вульвы (отсутствие, киста, другие аномалии)		
Блок Б. Блок В при наличии возможности. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Наблюдение. При оперативном лечении: Антибиотикопрофилактика (Группа № 12), Аналгетики (Группа № 31).	7–10 дней. Госпитализация в гинекологическое отделение. При сращении половых губ – хирургическое рассечение. При врожденных аномалиях клитора – лечение в зависимости от вида от аномалии. При отсутствии вульвы – вульвопластика. При наличии кисты – цистэктомия. При других аномалиях – лечение в зависимости от вида аномалии.
Q52.8 Другие уточненные врожденные аномалии женских половых органов Q52.9 Врожденная аномалия женских половых органов неуточненная		
Блок Б. Блок В при наличии возможности. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта.	Наблюдение, при оперативном вмешательстве: антибиотикопрофилактика (Группа № 12); Аналгетики (Группа № 31).	Лечение в зависимости от вида аномалии.
Q96.0 Каритип 45,X, Q96.1 Каритип 46,X iso (Xq), Q96.2 Каритип 46,X с аномальной половой хромосомой, за исключением iso (Xq)		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта, врача-	Наблюдение. При оперативном вмешательстве: антибиотикопрофилактика (Группа № 12); Аналгетики (Группа № 31).	Наблюдение. В репродуктивных целях (при наличии матки) – МГТ (эстрогены + гестагены) с последующим ЭКО с донорскими ооцитами.

генетика, врача-эндокринолога.		
Q96.3 Мозаицизм 45,X/46,XX или XY, Q96.4 Мозаицизм 45,X/другая клеточная линия (линии) с аномальной половой хромосомой		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Консультация врача-терапевта, врача-генетика, врача-эндокринолога.	Наблюдение. При оперативном вмешательстве: антибиотикопрофилактика (Группа № 12); Аналгетики (Группа № 31).	Удаление гонад при наличии Y хромосомы. Вульвовагинопластика – по показаниям. В репродуктивных целях – МГТ (эстрогены + гестагены) с последующим ЭКО с донорскими ооцитами.
Q96.8 Другие варианты синдрома Тернера		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок З.	Наблюдение.	В репродуктивных целях – МГТ (эстрогены + гестагены) с последующим ЭКО с донорскими ооцитами.
Q96.9 Синдром Тернера неуточненный		
Блок Е. Блок З. Консультация врача-терапевта, врача-генетика, врача-эндокринолога.	Наблюдение.	
Q97.0 Кариотип 47,XXX Q97.1 Женщина с более чем тремя X-хромосомами Q97.2 Мозаицизм, цепочки с различным числом X-хромосом		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Консультация врача-терапевта, врача-генетика, врача-эндокринолога.	Наблюдение, при оперативном вмешательстве: антибиотикопрофилактика (Группа № 12); Аналгетики (Группа № 31).	Госпитализация в гинекологическое отделение. Вульвовагинопластика – по показаниям. Наблюдение. В репродуктивных целях – ЭКО с преимплантационной генетической диагностикой.
Q97.3 Женщина с 46,XY-кариотипом		
Блок Б. Блок В при наличии возможности. Блок Г. Блок Е. Блок З. Консультация врача-терапевта, врача-генетика.	Наблюдение. При оперативном вмешательстве: антибиотикопрофилактика (Группа № 12); Аналгетики (Группа № 31).	Госпитализация в гинекологическое отделение. Удаление гонад при наличии Y хромосомы. Вульвовагинопластика – по показаниям. В репродуктивных целях – МГТ (эстрогены + гестагены) с последующим ЭКО с донорскими ооцитами.
Q97.8 Другие уточненные аномальные половые хромосомы, женский фенотип Q97.9 Аномалия половых хромосом, женский фенотип, неуточненная		
Блок Б. Блок В. при наличии возможности Блок Г. Блок Е. Блок З. Консультация врача-терапевта, врача-генетика.	Наблюдение. При оперативном вмешательстве: антибиотикопрофилактика (Группа № 12); Аналгетики (Группа № 31).	Госпитализация в гинекологическое отделение. Удаление гонад при наличии Y хромосомы. Вульвовагинопластика – по показаниям.
Q99.0 Мозаик [химера] 46,XX/46,XY		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Консультация врача-терапевта, врача-генетика.	Наблюдение. При оперативном вмешательстве: антибиотикопрофилактика (Группа № 12); Аналгетики (Группа № 31).	Госпитализация в гинекологическое отделение. Удаление гонад при наличии Y хромосомы. Вульвовагинопластика – по показаниям. В репродуктивных целях – МГТ (эстрогены + гестагены) с последующим ЭКО с донорскими ооцитами.

Q99.1 46,XX истинный гермафродит		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е., 3 Консультация врача-терапевта, врача-генетика.	Наблюдение. При оперативном вмешательстве: антибиотикопрофилактика (Группа № 12); Аналгетики (Группа № 31).	Госпитализация в гинекологическое отделение. Удаление яичка или овотестиса.
Q99.2 Ломкая X-хромосома		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Консультация врача-терапевта, врача-генетика, врача-эндокринолога.	Наблюдение. При оперативном вмешательстве: антибиотикопрофилактика (Группа № 12); Аналгетики (Группа № 31).	Госпитализация в гинекологическое отделение. Вульвовагинопластика – по показаниям.
Q99.8 Другие уточненные хромосомные аномалии		
Q99.9 Хромосомная аномалия неуточненная		
Блок Б. Блок В. Блок Г. Блок Е. Блок З. Консультация врача-терапевта, врача-генетика, врача-эндокринолога.	Наблюдение. При оперативном вмешательстве: антибиотикопрофилактика (Группа № 12); Аналгетики (Группа № 31).	Удаление гонад при наличии Y хромосомы. Госпитализация в гинекологическое отделение. Вульвовагинопластика – по показаниям.

* Объем диагностических обследований согласно блокам, приведенным в приложении 1.

** Лекарственная терапия и немедикаментозное лечение согласно приложению 2.

*** Средняя длительность лечения в днях указана при госпитализации в больничную организацию здравоохранения (стационар). Лечение в амбулаторных условиях проводится по всем нозологическим формам при отсутствии (до появления) показаний для госпитализации.