

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАЛУЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

ПРИКАЗ

от 26 августа 2019г.

№ 854

**Об обеспечении преемственности
при оказании помощи по профилю
«акушерство и гинекология» в медицинских
организациях Калужской области**

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11. 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (ред. от 12.01.2016), с целью обеспечения преемственности в работе медицинских организаций, оказывающих помощь по профилю «акушерство и гинекология»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить алгоритм оказания планово-консультативной медицинской помощи женщинам в период беременности в клиничко-диагностическом отделении перинатального центра ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница» в соответствии с приложением №1 к настоящему приказу.

2. Утвердить перечень показаний для госпитализации беременных женщин и рожениц в акушерские отделения медицинских организаций II и III групп в соответствии с приложением № 2 к настоящему приказу

3. Утвердить алгоритм действий при угрожающих /начавшихся преждевременных родах для медицинских организаций I II групп в соответствии с приложением № 3 к настоящему приказу

4. Утвердить карту наблюдения при эвакуации беременных/рожениц с преждевременными родами в соответствии с приложением № 4 к настоящему приказу

5. Утвердить форму листа маршрутизации беременной женщины на родоразрешение в соответствии с приложением №5 к настоящему приказу.

5.1. Главным врачам медицинских организаций, оказывающим медицинскую помощь женщинам в период беременности осуществлять:

5.1.1. контроль за соблюдением алгоритма оказания плановой консультативно-диагностической помощи беременным, своевременности эвакуации при угрожающих/начавшихся преждевременных родах, правильности оформления карт наблюдения при эвакуации беременных/рожениц с преждевременными родами, оформлением листов маршрутизации беременной на родоразрешение в сроке беременности 35-36 недель в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11. 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания

медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (ред. от 12.01.2016);

5.1.2. госпитализацию пациенток в соответствии с листом маршрутизации беременной на родоразрешение, форма которого утверждена настоящим приказом, оформленным при диспансерном наблюдении беременной в сроке беременности 35 - 36 недель.

5.1.3. госпитализацию в случае изменения акушерской ситуации в соответствии с диагнозом и степенью риска развития осложнений.

6. Приказ вступает в силу с момента его подписания.

Министр

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long, sweeping tail that extends downwards and to the left.

К.Н. Баранов

**Алгоритм оказания плановой консультативной медицинской помощи
женщинам в период беременности в клиничко-диагностическом отделении
перинатального центра ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая
больница»**

В консультативно-диагностическое отделение перинатального центра (КДО ПЦ) направляются беременные женщины:

- с экстрагенитальными заболеваниями для определения акушерской тактики и дальнейшего наблюдения совместно со специалистами по профилю заболевания, включая рост беременной женщины ниже 150 см, алкоголизм, наркоманию у одного или обоих супругов;
- с отягощенным акушерским анамнезом (возраст до 18 лет, первобеременные старше 35 лет, невынашивание, бесплодие, случаи перинатальной смерти, рождение детей с высокой и низкой массой тела, рубец на матке после операций на матке и придатках, преэклампсия, эклампсия, акушерские кровотечения, рождение детей с врожденными пороками развития, пузырный занос, прием тератогенных препаратов);
- с акушерскими осложнениями (ранний токсикоз с метаболическими нарушениями, угроза прерывания беременности, гипертензивные расстройства, гестационный сахарный диабет), анатомически узкий таз, иммунологический конфликт (Rh и ABO изосенсибилизация), анемия, неправильное положение плода, патология плаценты, плацентарные нарушения, многоплодие, многоводие, маловодие, индуцированная беременность, подозрение на внутриутробную инфекцию, наличие опухолевидных образований матки и придатков);
- с выявленной патологией развития плода для определения акушерской тактики и места родоразрешения.

**В КДО ПЦ подлежат диспансерному наблюдению в период беременности
пациентки:**

- с двумя и более перинатальными потерями (самопроизвольные выкидыши, регрессирующие беременности, антенатальные гибели плодов, мертворождения);
- с беременностью, наступившей после бесплодия, по поводу которого семейная пара наблюдалась у врача акушера-гинеколога консультативно-диагностического отделения перинатального центра, ведущего специализированный прием по вопросам бесплодного брака;
- с многоплодной беременностью;
- с беременностью, наступившей в результате использования вспомогательных репродуктивных технологий;
- с преждевременной отслойкой плаценты в анамнезе;
- с преждевременными родами в сроке 22 – 34 недели в анамнезе;
- с предлежанием или вращением плаценты в анамнезе;
- с преэклампсией, эклампсией в анамнезе;
- с холестазом, гепатозом беременных в анамнезе;
- с задержкой внутриутробного роста плода II – III степени в анамнезе;

- с изоиммунизацией при беременности в анамнезе;
- с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
- с тромбозами, тромбоэмболиями в анамнезе;
- с заболеваниями органов дыхания, сопровождающимися легочной или сердечно-легочной недостаточностью;
- с диффузными заболеваниями соединительной ткани, антифосфолипидным синдромом;
- с заболеваниями почек, сопровождающимися почечной недостаточностью и/или артериальной гипертензией, аномалиями развития мочевыводящих путей, беременностью после нефрэктомии;
- с заболеваниями печени (хронические гепатиты с биохимической активностью, цирроз печени);
- с эндокринными заболеваниями (сахарный диабет I и II тип, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);
- с заболеваниями органов зрения (отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);
- с заболеваниями крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);
- с заболеваниями нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);
- с миастенией;
- со злокачественными новообразованиями в анамнезе;
- с сосудистыми мальформациями, аневризмами сосудов.

В случае отказа пациентки от наблюдения в КДО ПЦ в индивидуальной карте беременной и родильницы оформляется информированный отказ (копия отказа вклеивается в амбулаторную карту КДО ПЦ). Заведующая КДО ПЦ передает сведения об отказе пациентки в медицинскую организацию по месту ее прикрепления (заведующей женской консультацией/заместителю главного врача по лечебной работе посредством телефонограммы). Пациентка, отказавшаяся от диспансерного наблюдения в КДО ПЦ, берется на учет в АДКЦ.

Алгоритм направления беременных на плановую консультативную помощь

1. Беременные женщины обследуются в амбулаторных условиях по месту прикрепления в сроке до 10-11 недель в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (ред. от 12.01.2016), при наличии показаний направляются в КДО ПЦ для консультации или постановки на диспансерный учет.
2. При наличии показаний пациентки направляются на консультацию в КДО ПЦ с учетом возникновения осложнений в период беременности, но не реже, чем 1 раз за триместр.
3. При направлении на консультацию в КДО ПЦ врач акушер-гинеколог (врач общей практики), осуществляющий наблюдение за беременной, выдает пациентке:

направление, отражающее цель консультации; заключения смежных специалистов; результаты клинико-лабораторных и инструментальных исследований; выписки о стационарном лечении; паспорт предыдущих операций «кесарево сечение»; выписки о проведенных ранее оперативных вмешательствах на матке и придатках с результатами патологоанатомических и патогистологических заключений.

4. Врач КДО ПЦ осматривает пациентку, оценивает результаты имеющихся обследований, при необходимости проводит дополнительное обследование и дает рекомендации по дальнейшему ведению беременной.

5. При установлении у беременной женщины высокого риска по хромосомным нарушениям у плода в I триместре беременности и (или) выявлении врожденных аномалий (пороков развития) у плода в I, II и III триместрах беременности врач акушер-гинеколог, осуществляющий наблюдение, направляет её в медико-генетическую консультацию ПЦ для консультирования и установления или подтверждения пренатального диагноза с использованием инвазивных методов исследований.

6. При установлении в медико-генетической консультации пренатального диагноза врожденных аномалий (пороков развития) у плода, определение дальнейшей тактики ведения беременности осуществляется перинатальным консилиумом врачей.

7. В случае выявления у беременной тяжелой соматической патологии в соответствии с заключениями профильных врачей-специалистов врач акушер-гинеколог до 10-11 недель беременности направляет пациентку на перинатальный консилиум для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности. По заключению перинатального консилиума определяется место искусственного прерывания беременности либо диспансерного наблюдения.

8. Окончательное заключение о возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода определяется до 22 недель беременности.

9. При сроке беременности 35-36 недель с учетом течения беременности по триместрам, оценки риска осложнений дальнейшего течения беременности и родов на основании результатов всех проведенных исследований, в том числе консультаций врачей-специалистов, врачом-акушером-гинекологом формулируется полный клинический диагноз и определяется место планового родоразрешения. Оформляется лист маршрутизации беременной на родоразрешение (согласно приложению № 5 к настоящему приказу за подписью врача акушера-гинеколога, осуществляющего наблюдение пациентки, заведующего женской консультацией (заместителя главного врача по лечебной работе). Беременная женщина и члены ее семьи заблаговременно информируются врачом акушером-гинекологом о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение. Вопрос о необходимости направления в стационар до родов решается индивидуально. Лист маршрутизации вклеивается в индивидуальную карту беременной и родильницы и обменную карту беременной на 1 странице.

10. Врачи женских консультаций осуществляют плановое направление в стационар беременных женщин на родоразрешение с учетом степени риска возникновения осложнений в родах.

11. Для осуществления плановой госпитализации в перинатальный центр, врач женской консультации направляет беременную в КДО ПЦ в 36-37 недель.

12. Для оказания стационарной медицинской помощи беременным женщинам, проживающим в районах, отдаленных от акушерских стационаров, и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но

нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений, беременные женщины направляются в отделение сестринского ухода для беременных женщин.

13. В случае, если женщина не имеет возможности приехать на очную консультацию, вопрос о плановой госпитализации решается через АДКЦ или с помощью телемедицинской консультации.

Перечень показаний для госпитализации беременных женщин и рожениц в акушерские отделения II - III групп.

Перечень показаний для госпитализации беременных женщин и рожениц в акушерские отделения перинатального центра (IIIa группы):

- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 22 – 34,6 недель;
- медицинские показания для прерывания беременности в сроке 22 недели и более;
- предлежание плаценты, подтвержденное при УЗИ в сроке 34 – 36 недель; подтвержденное вращение плаценты – при сроке 33 – 34 недели, подозрение на вращение плаценты - 26-27 недель;
- поперечное и косое положение плода;
- преэклампсия, эклампсия;
- холестаз, гепатоз беременных;
- кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при наличии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III – IV степени при предыдущих родах;
- задержка внутриутробного роста плода II – III степени;
- изоиммунизация при беременности;
- многоплодная беременность монохориальная, дихориальная при наличии осложнений;
- наличие у плода врожденных аномалий (пороков развития), требующих хирургической коррекции;
- метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);
- водянка плода;
- тяжелое много- и маловодие;
- заболевания сердечно-сосудистой системы (ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия);
- тромбозы, тромбоэмболии и тромбофлебиты в анамнезе и при настоящей беременности;
- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
- диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
- заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;

- заболевания печени (токсический гепатит, острые и хронические гепатиты с биохимической активностью, цирроз печени);
- эндокринные заболевания (сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность);
- заболевания органов зрения (отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома);
- заболевания крови (гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови);
- заболевания нервной системы (эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов);
- миастения;
- злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;
- сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;
- перенесенные в анамнезе тяжелые черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза;
- прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины, при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

Перечень показаний для госпитализации беременных женщин и рожениц в акушерские отделения стационаров II группы (ГБУЗ КО «Городской родильный дом», родильный дом ФГБУЗ «Клиническая больница № 8» ФМБА России, г. Обнинск)

- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);
- увеличение щитовидной железы без нарушения функции;
- миопия;
- хронический пиелонефрит без нарушения функции;
- инфекции мочевыводящих путей вне обострения;
- заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);
- перенесенная беременность;
- предполагаемый крупный плод;
- анатомическое сужение таза I-II степени;
- тазовое предлежание плода;
- низкое расположение плаценты;
- мертворождение в анамнезе;
- внутриутробная гибель плода;
- многоплодная беременность дихориальная неосложненная;
- кесарево сечение в анамнезе при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки при отсутствии признаков несостоятельности рубца на матке;
- беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;
- многоводие;
- преждевременные роды, включая родовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности 35-36,6 недель;
- задержка внутриутробного роста плода I-II степени.

Алгоритм действий при угрожающих/начавшихся преждевременных родах для медицинских организаций I II групп.

Организация медицинской эвакуации беременных женщин, рожениц и родильниц при преждевременных родах.

Маршрутизация:

- от 22 до 34,6 недель – медицинские организации III группы
- от 35 до 36,6 недель – медицинские организации II группы

Диагностика преждевременных родов на догоспитальном этапе.

1. Комплексная оценка: клинические симптомы и объективные исследования.

2. Прогностические маркеры:

- определение длины шейки матки с помощью гинекологического исследования и/или УЗИ (цервикометрия < 25 мм);
- определение фосфорилированного протеина-1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1) в цервикальном канале.

Показания для госпитализации

1. Регулярные схватки (не менее 4-х за 20 минут наблюдения);
2. Динамические изменения со стороны шейки матки;
3. ПСИФР-1 в цервикальном канале.
4. Дородовое излитие околоплодных вод.

Диагностика:

- оценить характер и количество выделений через 1 час;
- осмотр стерильными зеркалами;
- тест на элементы околоплодных вод;
- УЗИ: олигогидроамнион в сочетании с указанием на истечение жидкости из влагалища.

Алгоритм действий при угрожающих или начавшихся преждевременных родах для медицинских организаций I и II групп

1. Определить показания и противопоказания для перевода пациентки в стационар II или III группы.

2. Определить показания, противопоказания к токолизу и выбрать токолитик.

3. Начать профилактику РДС при сроке беременности от 24 до 34,0 недель (при любом сомнении в истинном гестационном сроке стоит трактовать в сторону меньшего и провести профилактику). Начинать сразу при поступлении пациентки.

4. Начать профилактику инфекционных осложнений.

5. Информировать врача акушера-гинеколога, врача неонатолога-реаниматолога «санитарной авиации» для определения дальнейшей тактики ведения, способа эвакуации. Все рекомендации внести в медицинскую документацию.

6. Решить вопрос о транспортировке после оценки эффективности токолиза в течение 2 часов.

7. Способ эвакуации определяется конкретной акушерской ситуацией и региональными особенностями (эвакуация «от себя» санитарным транспортом медицинской организации или анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой перинатального центра ГБУЗ КО «Калужская областная клиническая больница» (ПЦ)).

8. Транспортировка проводится в сопровождении врача или акушерки (фельдшера) с «укладкой» на роды, в условиях продолжения проведения токолиза.

9. При наличии показаний для индуцированных преждевременных родов (тяжелая экстрагенитальная патология с декомпенсацией, угрожающие жизни осложнения беременности, прогрессирующее ухудшение состояния плода) транспортировка проводится только выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригадой ПЦ.

10. При отсутствии эффекта от токолиза (сохранение схваткообразных болей внизу живота, наличии динамики со стороны родовых путей и раскрытия шейки матки 3 см и более), а также появлении других противопоказаний – пациентка остается в медицинской организации, транспортировка противопоказана. При наличии показаний акушерско-реанимационная бригада и реанимационно-неонатальная бригада ПЦ вызывается «на себя». Дальнейшее ведение преждевременных родов проводится согласно Клиническим рекомендациям (протокол лечения) «Преждевременные роды».

Показания для проведения токолиза

1. Клиника: регулярные схватки (не менее 4 за 20 мин) при сроке беременности от 22 до 33,6 недель.

2. Динамические изменения со стороны шейки матки (укорочение, сглаживание, увеличение степени раскрытия шейки матки).

3. ПСИФР-1 в цервикальном канале.

Противопоказания к токолизу

1. Срок беременности < 22 или ≥ 34 полных недель (проведение токолиза в сроке более 34 недель возможно в случае транспортировки пациентки с преждевременными родами из медицинских организаций I группы);

2. Преждевременный разрыв оболочек при беременности сроком > 30 нед; задержка роста и/или признаки дистресса плода;

3. Хориоамнионит;

4. Отслойка плаценты;

5. Состояние, когда пролонгирование беременности нецелесообразно (эклампсия, преэклампсия, тяжелая экстрагенитальная патология матери);

6. Пороки развития плода, несовместимые с жизнью;

7. Антенатальная гибель плода.

Выбор токолитика

Токолитики	Препарат	Болусное введение	Поддерживающая терапия	Максимальная доза	Контроль	Примечание
1-я линия	Атосибан	0,9 мл в/в (1 флакон) без разведения в течение 1 минуты (начальная доза 6,75 мг)	3ч – в/в инфузия 300 мкг/мин, скорость введения 24 мл/час или 8 кап/мин. До 45ч – 100 мкг/мин, скорость введения 8 мл/ч или 3 капли/мин	330мг/48 часов Повторно применение начинают с 1 этапа, можно начинать в любое время после первого применения препарата, можно повторять до 3 циклов	Температура, пульс, АД, чдд – каждый час; Непрерывный КТГ-мониторинг (при наличии сокращений матки); мониторинг сокращения матки; ЧСС плода	С 24 нед
2-я линия	Нифедипин	20 мг per os	Далее – если сокращения матки сохраняются – 3 дозы по 20 мг через 30 минут, затем по 20-40 мг каждые 4 часа до 48 часов	В течение первого часа 40 мг, 160 мг/сут	Пульс, АД каждые 30 мин в течение первого часа, затем каждый час в течение первых 24 часов, затем каждые 4 часа; непрерывный КТГ-мониторинг (при наличии сокращений матки); ЧСС плода	Информированное согласие с 24 нед
3-я линия	Гексопреналина сульфат	10 мкг (1 ампула по 2 мл)	0,3 мкг/мин, при длительном токолизе 0,075 мкг/мин.	430 мкг/сутки	ЧСС, АД, ЧД матери каждые 15 мин;	С 22 нед

		препарата, разведенного в 10 мл изотонического р-ра, в течение 5-10 мин	- использование в/в систем: концентрат для инфузий разводят в 500 мл изотон.р-ра натрия хлорида. Расчет дозы 0,3 мкг/мин соответствует: 1 ампула (25 мкг) – 120 кап/мин, 2 ампулы (50 мкг) – 60 кап/мин и т.д.; - использование инфузوماتов: 75 мкг концентрата (3 ампулы) разводят в 50 мл изотон.р-ра натрия хлорида, скорость введения 0,075 мкг/мин		Уровень глюкозы крови каждые 4 часа; Объем вводимой жидкости и диуреза; аускультация легких каждые 4 часа; КТГ непрерывно; Сократительная активность матки; ЧСС плода	
4-я линия	Индометацин	100 мг ректально	Повторить через 1 час 100 мг, далее по 50 мг каждые 4-6 ч в течение 48 ч	До 1000 мг	Постоянный контроль ЧСС плода	Информированное согласие с 24 до 32 недель беременности и

Токолитические препараты и их побочные эффекты

препарат	побочные эффекты со стороны матери	побочные эффекты со стороны плода и новорожденного	противопоказания
Атосибан	Головная боль, головокружение, приливы, рвота, тахикардия, артериальная гипотензия, реакция в месте инъекции, гипергликемия, лихорадка, бессонница, зуд, сыпь, послеродовое кровотечение, аллергические реакции		Хориоамнионит, отслойка плаценты, раскрытие шейки матки, дистресс плода, плацентарная недостаточность, преэклампсия, эклампсия, пороки развития плода, антенатальная гибель

			плода, аллергия на конкретные токолитики, < 24 недель или > 33,6 недель.
Нифедипин	Головокружение, запор, диарея, головная боль, тошнота, гипотония, брадикардия, тахикардия, изменения сердечной проводимости, нарушение сократимости левого желудочка, повышение трансаминаз, лекарственный гепатит, задержка жидкости, гипокальциемия, гипогликемия, расширение подкожных сосудов	Нарушение маточно-плацентарного кровотока, тахикардия	Гипотензия, заболевания сердца (например, аортальная недостаточность)
Гексопреналина сульфат	Тахикардия, артериальная гипотензия, тремор, сердцебиение, одышка, дискомфорт в груди, отек легких, гипокалиемия, тошнота, рвота, головные боли, повышение уровня глюкозы крови, нервозность/беспокойство	Тахикардия у плода, гипербилирубинемия, гипокальциемия	Болезни сердца (стеноз устья аорты, миокардит, тахикардии, врожденные и приобретенные пороки сердца, нарушения сердечного ритма); Гипертиреоз; Закрытоугольная форма глаукомы; Инсулинзависимый сахарный диабет; Дистресс плода не связанный с гипертонусом матки
Индометацин	Тошнота, эзофагальный рефлюкс, гастрит	Внутриутробно сужение артериального протока, маловодие,	Дисфункция тромбоцитов или нарушение свертываемости

		некротический энтероколит, олигурия	крови, кровоточивость, нарушение функции печени, язвенный колит, заболевания почек, бронхиальная астма, повышенная чувствительность к аспирину
--	--	--	--

Профилактика РДС плода

Показания:

- преждевременное излитие околоплодных вод в 24-34 недели;
- клинические признаки преждевременных родов в 24-34 недели.

Схемы:

- 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг через 24 часа
- 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг через 12 часов
- 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов

Профилактика инфекционных осложнений:

- при диагностике преждевременных родов

- ампициллин – начальная доза 2 г в/в сразу после диагностики преждевременных родов, затем по 1 г каждые 4 часа до родоразрешения
- цефалоспорины I поколения (цефазолин, цефалексин) начальная доза 1 г в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения
- при положительном результате посева на стрептококк группы В начальная доза 3 г пенициллина в/в, затем по 1,5 г каждые 4 часа до родоразрешения

-при дородовом излитии околоплодных вод

- ампициллин 0,5 г per os каждые 6 часов
- эритромицин 0,5 г per os каждые 6 часов
- при выявлении В-гемолитического стрептококка в микробиологических посевах – пенициллин по 1,5 г в/м каждые 4 часа

Абсолютные противопоказания к медицинской эвакуации:

- агональное состояние пациентки;
- несостоятельность хирургического гемостаза, продолжающееся кровотечение;
- прогрессирующая отслойка плаценты;
- отек головного мозга с прогрессированием дислокационного синдрома;
- прогрессирующая отслойка плаценты;
- рефрактерный шок любого генеза;
- рефрактерная к ИВЛ декомпенсированная дыхательная недостаточность;
- острые дислокационные синдромы в грудной клетке до возможности их разрешения;
- эклампсия;
- неэффективность токолиза при преждевременных родах;
- активная фаза родов (раскрытие шейки матки более 3 см).

Карта наблюдения при эвакуации беременных с преждевременными родами

Медицинская организация (МО)														
Ф.И.О. пациентки														
Срок гестации														
Время доставки в МО I группы		Дата	час				мин							
Время начала токолиза		Дата	час				мин							
Время начала эвакуации		Дата	час				мин							
Метод токолиза														
	Нагрузочная доза						Поддерживающая доза							
Время:														
час. мин.														
Лекарственное средство														
Доза														
Оценка состояния матери и плода														
АД														
Пульс														
ЧСС плода														
Маточные сокращения														
выделения														
Дексаметазон/бетаметазон														
Доза														
Путь введения														
Антибиотики														
Лекарственные средства														
Доза														
Путь введения														
Время доставки в МО (II) III группы	Дата	час				мин								

Подпись сопровождающего лица _____

(Ф.И.О., подпись, должность)

Наименование медицинской организации _____
(печать)

**Лист маршрутизации беременной женщины
на родоразрешение**

(оформляется в 35-36 недель беременности, вклеивается в индивидуальную карту беременной и родильницы,
обменную карту на 1 странице)

Ф.И.О. беременной _____

Диагноз: _____

Степень риска осложнений _____
(низкая, средняя, высокая)

Подлежит родоразрешению в учреждении родовспоможения _____ группы

(наименование медицинской организации для родоразрешения)

Дородовая госпитализация: показана/нет _____
(указать в каком сроке беременности)

Дата _____

Подпись лечащего врача (с расшифровкой) _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

Подпись заведующего женской консультацией
(заместителя главного врача) с расшифровкой _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

Подпись беременной об ознакомлении _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

Подпись законных представителей
беременной /родственников об ознакомлении _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

степень родства _____