



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МУРМАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

от 26.05.2016

г. Мурманск

№ 377

**Об организации оказания медицинской помощи беременным женщинам,  
роженицам, родильницам и новорожденным  
на территории Мурманской области**

Во исполнение приказа 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)», клинических рекомендаций (протоколов лечения), утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, в целях обеспечения доступности и качества медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным **п р и к а з ы в а ю :**

1. Утвердить:

1.1. Порядок организации оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным на территории Мурманской области.

1.2. Шкалу оценки перинатальных факторов риска.

1.3. Показания для госпитализации беременных и рожениц в медицинские организации в зависимости от уровня оказания медицинской помощи.

1.4. Перечень угрожающих жизни состояний и клинических ситуаций, осложнивших течение беременности, родов и послеродового периода, при которых показано консультирование в акушерском дистанционном консультативном центре (далее – АДКЦ) ГОБУЗ «Мурманский областной перинатальный центр».

1.5. Форму консультативного листа АДКЦ.

1.6. Отчетную форму о работе АДКЦ.

1.7. Отчетную форму по анализу преждевременных родов.

1.8. Список неснижаемого запаса лекарственных средств и тест-систем с целью обеспечения экстренной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

2. Главным врачам медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного

оказания гражданам медицинской помощи на территории Мурманской области обеспечить:

2.1. Оказание медицинской помощи женщинам в соответствии с утвержденным Министерством здравоохранения Мурманской области (далее – Министерство) порядком.

2.2. Внедрение в практику медицинских организаций клинических протоколов: «Преждевременные роды», «Преиндукция и индукция родов», «Ведение нормальных родов», «Кесарево сечение», «Акушерские кровотечения», «Артериальная гипертензия во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Преэклампсия и эклампсия», «Гнойно – воспалительные заболевания и сепсис в акушерстве», «Медицинская эвакуация в соответствии с приложением.

2.3. Ознакомление с настоящим приказом всех заинтересованных специалистов под роспись и строгий контроль за его исполнением.

2.4. Организацию в акушерских отделениях доступных видов связи (автоматическая междугородняя телефонная, факсовая, Интернет) для обеспечения круглосуточной связи с АДКЦ МОПЦ и педиатрическим региональным консультативным центром (далее – ПРКЦ) ГОБУЗ «Мурманская клиническая детская больница».

2.5. Проведение ежемесячного анализа тяжелых акушерских осложнений, грубых дефектов оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, всех случаев перинатальной смертности с направлением результатов разборов и медицинской документации профильному специалисту в Министерство.

2.6. Организацию своевременного направления и перевода пациенток акушерско-гинекологического профиля в соответствии с утвержденной маршрутизацией.

2.8. Проведение санитарно-просветительной работы с населением с привлечением СМИ по вопросам соблюдения правил маршрутизации пациенток акушерско-гинекологического профиля.

2.9. Проведение анализа всех случаев преждевременных родов по учреждению с указанием наличия или отсутствия дефектов оказания медицинской помощи, причинах несвоевременной транспортировки в учреждение родовспоможения III уровня, принимаемых мерах по их устранению. Ежеквартальное направление информации в соответствии с формой утвержденной настоящим приказом (приложение № 6), в МОПЦ в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

2.10. Наличие в стационарах оказывающих неотложную медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара неснижаемого запаса лекарственных средств и тест-систем с целью обеспечения экстренной медицинской помощи согласно приложению № 7.

3. Главному врачу ГОБУЗ «Мурманский областной перинатальный центр» Прялухину А.Н. обеспечить:

3.1. Взаимодействие с медицинскими организациями Мурманской области согласно утвержденному порядку.

- 3.2. Функционирование АДКЦ в соответствии с утвержденным порядком.
- 3.3. Своевременное оказание консультативной и методической помощи медицинским организациям Мурманской области и проведение оперативного анализа поступающей информации.
- 3.4. Ежеквартальное предоставление отчета о работе АДКЦ в Министерство по утвержденной форме.
- 3.5. Систематическое проведение анализа дефектов маршрутизации, выполнения алгоритма действий медицинских работников при возникновении экстренной ситуации, в том числе по оказанию медицинской помощи при преждевременных родах.
4. Главному врачу ГОБУЗ «Мурманская детская клиническая больница» Капиносову А.А. обеспечить взаимодействие с медицинскими организациями Мурманской области согласно утвержденному порядку.
5. Главному врачу ГОБУЗ «Мурманский территориальный центр медицины катастроф» Буянову В.М. обеспечить:
  - 5.1. Взаимодействие с медицинскими организациями Мурманской области согласно утвержденному порядку.
  - 5.2. Совместное принятие решения с АДКЦ и ПРКЦ по вопросам выезда консультационно-реанимационной бригады для своевременного оказания медицинской помощи и транспортировки.
6. Специалистам управления организации медицинской помощи и реализации программ здравоохранения Министерства (Пашковский М.М., Гаенко Е.В.) обеспечить мониторинг выполнения медицинскими организациями утвержденного порядка оказания медицинской помощи и рассмотрение материалов по его нарушению на заседаниях Координационного Совета по организации медицинской помощи.
7. Считать утратившим силу приказ Министерства от 15.02.2016 № 109 «Об организации оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным на территории Мурманской области».
8. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Мурманской области Ушакову Л.Г.

**Министр**



**В.Г. Перетрухин**

УТВЕРЖДЕН  
приказом Министерства  
здравоохранения  
Мурманской области  
от 26.05.2016 № 377

**Порядок оказания медицинской помощи беременным женщинам,  
роженицам, родильницам и новорожденным на территории Мурманской  
области**

**Раздел I. Трехуровневая система оказания медицинской помощи  
беременным женщинам, роженицам, родильницам и новорожденным  
на территории Мурманской области**

**Глава 1. Уровни оказания медицинской помощи**

1. Оказание медицинской помощи осуществляется на следующих уровнях:

1) амбулаторный этап – врачами акушерами-гинекологами, а в случае их отсутствия, при физиологически протекающей беременности – врачами общей практики, участковых больниц, врачебных амбулаторий (далее - ВОП, УБ, ВА), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФАПов);

2) стационарный этап – врачами акушерами-гинекологами акушерских отделений районных больниц, городских родильных домов и перинатального центра (при акушерской патологии) или врачами специализированных отделений (при соматической патологии) медицинских организаций.

2. В зависимости от коечной мощности, оснащения, кадрового обеспечения все учреждения родовспоможения в Мурманской области распределяются на уровни по возможности оказания медицинской помощи:

2.1. I уровень:

- акушерские отделения районных больниц, в которых отсутствует круглосуточная дежурная служба врача акушера-гинеколога, врача неонатолога, врача реаниматолога;

2.2. II уровень:

- акушерские стационары, имеющие круглосуточную дежурную службу, включая врача акушера-гинеколога, врача неонатолога, врача анестезиолога-реаниматолога (возможно в составе центральной районной/городской больницы) и отделения анестезиологии-реанимации (или палаты интенсивной терапии) для беременных, рожениц, родильниц и новорожденных;

2.3. III уровень:



- акушерские стационары, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр.

**Распределение медицинских организаций, оказывающих женщинам медицинскую помощь в период беременности, родов и послеродовой период, по уровням оказания медицинской помощи**

**Перечень медицинских учреждений I уровня**

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГБОУЗ «Оленегорская центральная городская больница»
2	ГБОУЗ «Печенгская центральная районная больница»
3	ГБОУЗ «Центральная районная больница ЗАТО г. Североморск»
4	ФГБУЗ ЦМСЧ №120 ФМБА России
5	МКК ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России
6	Филиал ГОАУЗ «Мончегорская центральная районная больница» – Ковдорская больница*
7	ГБОУЗ «Кольская центральная районная больница»*
8	ГБОУЗ «Ловозерская центральная районная больница» □
9	ФГБУЗ МСЧ № 118 ФМБА России
10	МСЧ УФСБ по Мурманской области*
11	МСЧ УМВД по Мурманской области*
12	Филиал ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ» – Терская больница*
13	Филиал ГОБУЗ «Кандалакшская центральная районная больница» - больница н.п. Африканда*
14	ФГКУ «1469 ВМКГ» Министерства обороны
15	МСЧ УФСИН*
16	МСЧ МЧС*
17	ФБУЗ «Больница Кольского научного центра РАН»*

□ - учреждения, оказывающие медицинскую помощь женщинам в период беременности только на амбулаторном этапе

**Перечень медицинских учреждений II уровня**

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГБОУЗ «Апатитско-Кировская центральная городская больница»
2	ГБОУЗ «Кандалакшская центральная районная больница»
3	ГОАУЗ «Мончегорская центральная районная больница»
4	ГБОУЗ «Мурманская городская клиническая больница скорой

	медицинской помощи»
5	ГБОУЗ «Мурманский родильный дом №3»

### Перечень медицинских учреждений III уровня

№ п/п	Наименование медицинской организации
1	ГБОУЗ «Мурманский областной перинатальный центр» (далее МОПЦ)

### Глава 2. Маршрутизация беременных, рожениц, родильниц

При постановке на учет, в 20, 30 и 36 недель гестации производится оценка степени акушерского риска согласно шкалы оценки перинатальных факторов риска в баллах в соответствии с приложением № 1 к настоящему приказу. При возникновении осложнений беременности проводится переоценка степени акушерского риска.

Диспансерное наблюдение беременных на амбулаторном этапе осуществляется согласно действующих приказов, по территориальному принципу.

### Зонирование медицинских организаций, исполняющих функции межмуниципальных центров на территории Мурманской области

Наименование учреждения (I уровень)	Межрайонный центр (II уровень)	III уровень
ГБОУЗ «Центральная районная больница ЗАТО г. Североморск»	ГБОУЗ «Мурманская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»	ГБОУЗ «Мурманский областной перинатальный центр»
ФГБУЗ ЦМСЧ № 120 ФМБА России		
ГБОУЗ «Печенгская центральная районная больница»		
МКК ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России	ГБОУЗ «Мурманский родильный дом №3»	
ГБОУЗ «Кольская центральная районная больница»		
ФБУЗ «Больница Кольского научного центра РАН»	ГБОУЗ «Апатито-Кировская ЦГБ»	
ГБОУЗ «Оленегорская центральная городская больница»		

Филиал ГОАУЗ «Мончегорская центральная районная больница» - Ковдорская больница	ГОАУЗ «Мончегорская центральная районная больница»	
ГОБУЗ «Ловозерская центральная районная больница»		
ФГБУЗ МСЧ № 118 ФМБА России	ГОБУЗ «Кандалакшская центральная районная больница»	
Филиал ГОБУЗ «Кандалакшская ЦРБ» - Терская больница		
Филиал ГОБУЗ «Кандалакшская центральная районная больница» - больница н.п. Африканда		

Медицинские организации I уровня обеспечивают взаимодействие с межрайонными центрами и предоставляют информацию в межрайонные центры (акушерские стационары II уровня).

Медицинские организации, исполняющие функции межрайонных центров:

- обеспечивают взаимодействие с медицинскими организациями I уровня прикрепленных районов;

- осуществляют родоразрешение беременных женщин низкой и средней группы риска своего района, средней группы риска из учреждений родовспоможения прикрепленных районов, а также низкой группы акушерского риска из медицинских организаций, не имеющих акушерских отделений;

- осуществляют направление беременных высокой группы акушерского риска в ГОБУЗ МОПЦ по согласованию с АДКЦ МОПЦ (доставка беременных женщин осуществляется транспортом учреждения родовспоможения, осуществляющего диспансерное наблюдение за беременной женщиной).

#### **Госпитализация и родоразрешение проводится:**

в акушерских стационарах I уровня: пациенток низкой степени риска;

в акушерских стационарах II уровня: пациенток низкой и средней группы акушерского риска;

в акушерском стационаре III уровня (ГОБУЗ «Мурманский областной перинатальный центр»): пациенток любой группы акушерского риска.

**Показания для госпитализации беременных и рожениц в медицинские организации в зависимости от уровня оказания медицинской помощи – смотри приложение № 2.**

При состояниях угрожающих жизни женщины и плода (кровотечение, эклампсия, тяжелая преэклампсия, прогрессирующая преждевременная отслойка плаценты, начавшаяся острая внутриутробная гипоксия плода и др.) госпитализация и родоразрешение производится в ближайший акушерский стационар, вне зависимости от его уровня. Персонал скорой медицинской помощи предупреждает медицинскую организацию и специалиста АДКЦ о планирующейся госпитализации. Обязательным является консультация лечащего врача медицинской организации со специалистом АДКЦ для выработки тактики ведения.

### **Маршрутизация в городе Мурманске:**

Маршрутизация беременных осуществляется в следующем порядке:

1) с территории обслуживания КДО МОПЦ (Ленинский административный округ):

- госпитализация в отделение патологии беременных и родоразрешение беременных женщин *низкой, средней и высокой* степени акушерского риска проводится в ГОБУЗ «Мурманский областной перинатальный центр»;

2) с территории обслуживания женской консультации № 1 и № 3 ГОБУЗ «Мурманская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (Октябрьский административный округ):

- госпитализация в отделение патологии беременных и родоразрешение беременных женщин *низкой и средней* степени акушерского риска проводится в ГОБУЗ «Мурманская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»;
- госпитализация на родоразрешение беременных женщин *высокой* степени акушерского риска – ГОБУЗ «Мурманский областной перинатальный центр».

3) с территории обслуживания женской консультации № 4 (Первомайский административный округ) и МКК ФГБУ «НМХЦ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России:

- госпитализация в отделение патологии беременных и родоразрешение беременных женщин *низкой и средней* степени акушерского риска проводится в ГОБУЗ «Мурманский родильный дом № 3»;
- госпитализация на родоразрешение беременных женщин *высокой* степени акушерского риска – ГОБУЗ «Мурманский областной перинатальный центр».

### **Глава 3. Маршрутизация новорожденных**

1. В акушерские стационары 1 и 2 уровня осуществляется госпитализация:

- доношенных новорожденных, рожденных в этом стационаре и не требующих интенсивной терапии;

- доношенных новорожденных с территории обслуживания акушерского стационара, рожденных вне учреждения родовспоможения и не требующие интенсивной терапии, в течение 1 суток после родов.

2. В ГОБУЗ МОПЦ осуществляется госпитализация всех новорожденных:

- рожденных в ГОБУЗ МОПЦ;

- требующих проведения интенсивной терапии в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных с территории Мурманской области;

- с врожденными аномалиями развития (за исключением хирургической патологии, требующей срочной хирургической помощи и новорожденных имеющих врожденный порок сердца или признаки нарушения ритма сердца, требующие постоянного кардиологического контроля и мониторинга);

- рожденных в ГОБУЗ МОКБ;

- рожденных вне учреждения родовспоможения на территории обслуживания КДО МОПЦ;

- после 1 суток жизни, требующих наблюдения или продолжения терапии в отделении патологии новорожденных и недоношенных детей ГОБУЗ МОПЦ и не требующих проведения интенсивной терапии.

Внутренняя маршрутизация новорожденных, требующих проведения интенсивной терапии в ГОБУЗ МОПЦ:

- новорожденные до 1 суток жизни госпитализируются в ОРИТН МОПЦ;

- новорожденные после 1 суток жизни госпитализируются в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей.

4. В МДКБ осуществляется госпитализация всех новорожденных:

- имеющих хирургическую патологию, требующую срочной хирургической коррекции;

- имеющих любой формы тяжести острые кишечные инфекции, включая выделителей патогенной кишечной флоры;

- при подозрении на менингококковую инфекцию;

- при подозрении на воздушно-капельные инфекции и респираторно-вирусные инфекции, имеющие хотя бы один из симптомов:

- а. лихорадка неясного генеза,

- б. катаральные симптомы,

- в. менингеальные симптомы,

- г. сыпь, специфическая для инфекций;

- имеющих врожденный порок сердца или признаки нарушения ритма сердца, требующие постоянного кардиологического контроля и мониторинга;



- с тяжелой патологией мочевыводящих путей, требующей наблюдения нефролога и расширенного нефрологического обследования и лечения;

- поступающих из дома после выписки из акушерского стационара и требующих проведения интенсивной терапии;

- после 1 суток жизни, требующих проведения интенсивной терапии: при рождении ребенка вне медицинской организации («домашние роды»).

- требующих проведения интенсивной терапии в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных (за исключением с ЭНМТ при рождении), в случае заполнения отделения ОРИТН ГОБУЗ МОПЦ.

5. Транспортировка новорожденных в МОПЦ и МДКБ, требующих проведения интенсивной терапии в пределах Мурманской области (за исключением города Мурманска) осуществляется силами детской реанимационной бригады МТЦМК.

6. Транспортировка новорожденных в МОПЦ и МДКБ в пределах города Мурманска осуществляется силами детской реанимационной бригады отделения скорой медицинской помощи ГОБУЗ МГКБСМП.

7. Транспортировка новорожденных на центральные лечебные базы для дальнейшего проведения лечения осуществляется силами детской реанимационной бригады МТЦМК.

#### **Глава 4. Акушерский дистанционный консультативный центр**

##### **Положение об организации деятельности акушерского дистанционного консультативного центра.**

###### **1. Общие положения**

1.1. АДКЦ функционирует с целью оказания консультативной помощи, дистанционного мониторинга и взаимодействия с медицинскими организациями по переводу и транспортировке пациенток акушерско-гинекологического профиля.

1.2. АДКЦ является структурным подразделением МОПЦ и финансируется за счет средств ОМС.

1.3. Деятельность АДКЦ осуществляется в соответствии с Федеральным законом РФ от 21.11.2011 года № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан», территориальной программой государственных гарантий оказания населению Мурманской области бесплатной медицинской помощи, другими нормативными правовыми актами Российской Федерации, Мурманской области, приказами, распоряжениями Министерства здравоохранения Мурманской области, администрации МОПЦ и настоящим положением.

1.4. Персонал АДКЦ и других подразделений МОПЦ работает согласно действующим нормативным документам и должностными инструкциями.

1.5. АДКЦ в своей работе взаимодействует с педиатрическим региональным консультативным центром (далее ПРКЦ), ГОКУЗ «Территориальный центр медицины катастроф» (далее – МТЦМК), МОКБ и другими медицинскими организациями.

1.6. Главный врач обеспечивает организацию учета и ежеквартальное предоставление отчетности в плановом порядке о деятельности АДКЦ в Министерство в соответствии с формой, утвержденной настоящим приказом (приложение № 5).

1.7. АДКЦ подчиняется заместителю главного врача по лечебной работе МОПЦ.

1.8. Структура и штатная численность АДКЦ устанавливаются руководителем медицинской организации.

1.9. Руководство работой АДКЦ, ответственность за выполнение поставленных перед ним задач, осуществляет врач акушер-гинеколог (с функциями руководителя центра), назначенный приказом главного врача ГОБУЗ МОПЦ.

## **2. Основные задачи АДКЦ**

2.1. Оказание круглосуточной консультативной помощи пациенткам с акушерской и сочетанной патологией.

2.2. Организация перевода и транспортировки пациенток с высокой группой акушерского риска, нуждающихся в интенсивной терапии, в отделение анестезиологии-реаниматологии с помощью выездной анестезиолого-реанимационной акушерской бригады для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи совместно с МТЦМК из городов и районов Мурманской области по показаниям в МОПЦ или другие медицинские учреждения здравоохранения.

2.3. Осуществление оперативного, динамического контроля (дистанционного мониторинга) за состоянием здоровья женщин с осложненным течением беременности и родов.

2.4. Анализ на базе МОПЦ дефектов маршрутизации, диагностики и интенсивной терапии акушерских осложнений с приглашением специалистов из медицинских организаций Мурманской области.

## **3. Порядок работы АДКЦ и взаимодействия с медицинскими организациями:**

3.1. Во всех случаях, предусмотренных перечнем угрожающих жизни состояний и клинических ситуаций (приложение № 3), лечащий врач (акушер-гинеколог) медицинской организации **незамедлительно** информирует о пациентке дежурного врача акушера-гинеколога АДКЦ по телефону 89813011106 и передает сведения в АДКЦ.

3.2. Врач-консультант АДКЦ на основании предоставленной информации, определяет тактику ведения пациентки, заполняет консультативный лист (приложение № 4) и не позднее следующего рабочего дня направляет его в медицинскую организацию (по факсу или электронной почте). Врач медицинской организации, передавший информацию в АДКЦ, вносит соответствующую запись в историю родов, амбулаторную карту и

при получении консультативного листа вклеивает его в медицинскую документацию.

3.3. Врачом АКДЦ даются рекомендации в строгом соответствии с действующим Порядком, стандартами, утвержденными клиническими протоколами.

3.4. Лечащий врач медицинской организации, в которой находится пациентка, и администрация данного учреждения несут ответственность за достоверность предоставляемой врачу-консультанту АДКЦ информации, своевременное и точное выполнение рекомендаций.

3.5. В ходе консультации врач АДКЦ имеет право принять следующие тактические решения:

- организация выезда акушерско-реанимационной бригады в медицинские организации Мурманской области для проведения очной консультации (вопрос решается совместно со специалистами МТЦМК);

- организация выезда акушерско-реанимационной бригады для транспортировки женщины (вопрос решается совместно со специалистами МТЦМК);

- организация транспортировки женщин силами медицинских организаций Мурманской области;

- осуществление дистанционного динамического наблюдения за состоянием больной, находящейся в медицинской организации Мурманской области. В этом случае лечащий врач должен предоставлять данные о состоянии пациентки и согласовывать тактику ведения с консультантом АДКЦ при **тяжелом** состоянии пациентки каждые **2 часа**, при состоянии **средней степени** тяжести каждые **4 часа**.

3.6. Врач акушер-гинеколог АДКЦ, при необходимости, привлекает к консультированию врача анестезиолога-реаниматолога МОЩ. В тяжелых случаях, при неясной клинической картине пациентка курируется дистанционно с участием главных штатных и внештатных специалистов Министерства (акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога и др.). При необходимости организовывается консилиум на месте с дистанционным привлечением необходимых специалистов через ТЦМК.

3.7. В случае необходимости транспортировки больной из городов и районов области врач АДКЦ согласовывает госпитализацию со специалистами учреждения, в которое будет доставлена женщина.

3.8. Решение о транспортабельности пациентки принимается лечащим врачом медицинской организации, в которой находится пациентка. При тяжелом или среднетяжелом состоянии больной, вопрос о возможности транспортировки решается консилиумом врачей с участием администрации медицинской организации.

3.9. Пациентка (или ее представитель) должна дать письменное информированное согласие на транспортировку с записью в медицинской документации. В случае невозможности получения согласия, решение принимается консилиумом врачей.

3.10. При выявлении поздних обращений в АДКЦ, грубых дефектов в организации и оказании медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, а также в случае возникновения тяжелых осложнений, дежурный врач АДКЦ обязан представить в течение следующего рабочего дня главному врачу МОПЦ талон дефекта качества. Главный врач МОПЦ незамедлительно направляет копию талона в Министерство здравоохранения Мурманской области и администрацию медицинской организации, в которой были допущены дефекты.

3.11. Взаимодействие АДКЦ и МТЦМК осуществляется на основе соглашения.

## Раздел II.

### Оказание медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам на территории Мурманской области

#### Глава 1. Алгоритм оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и послеродовом периоде

**ФАП, ВОП, ВА, УБ:** Медицинский работник (врач общей практики, фельдшер, акушерка) обеспечивает:

1. Направление беременных женщин в центральную районную (городскую) больницу для постановки их на учет до 12 недель беременности;

3. Направление беременных на клиничко-лабораторное, ультразвуковое обследование, консультации специалистов (врача-терапевта, врача-офтальмолога, врача-отоларинголога, врача-стоматолога) согласно назначениям врача акушера-гинеколога;

4. Раннюю диагностику акушерских осложнений и направление в отделение патологии беременных по согласованию с врачом акушером-гинекологом;

5. Контроль за выполнениями беременной женщиной рекомендаций врача акушера-гинеколога;

6. Контроль за своевременной госпитализацией беременных женщин, в том числе и дородовой, согласно назначениям врач акушера-гинеколога;

7. Проведение наблюдения за родильницами в течение 6 недель послеродового периода;

8. Передачу информации о беременных женщинах акушеру-гинекологу районной (городской) больницы каждые 14 дней, заполнение листа динамического наблюдения:

#### Лист динамического наблюдения

<b>ФИО пациентки</b>	<b>дата</b>	<b>дата</b>	<b>дата</b>	<b>дата</b>
--------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------

срок беременности				
жалобы				
артериальное давление				
пульс				
температура				
Вес				
Отёки				
ВДМ				
ОЖ				
сердцебиение плода				
шевеление плода				
выделения из половых путей				
ОАМ				
ОАК				

9. Выявление и работа с социально-неблагополучными семьями (совместно со специалистами службы социальной защиты населения).

10. Санитарно-просветительную работу (о вреде аборта, современных методах контрацепции, профилактике заболеваний передающихся половым путем, ВИЧ).

**Районные (городские) больницы, межрайонные центры:** Врач акушер-гинеколог женской консультации осуществляет:

1. Обследование при физиологической беременности:

- осмотр врача акушера-гинеколога – не менее 7 раз:

кратность осмотра: до 28-ой недели – 1-2 раза в месяц;

с 28-ой недели беременности до 36-ой недели – 2 раза в месяц;

с 36-ой недели – каждые 7 дней;

- при выявлении патологических отклонений в течение беременности частота осмотра определяется индивидуально;

- при неявке женщины в назначенную дату - в течение 3 дней необходимо провести патронаж и обеспечить регулярность осмотров;

**первое обращение и I триместр** - постановка на учет:

- общий анализ мочи (далее каждую явку), общий анализ крови, коагулограмма, биохимический анализ крови (общий белок, мочевины, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза; при



ожирении, отеках, преэклампсии беременных, заболеваниях щитовидной железы, сахарном диабете, артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваниях – триглицериды крови, липопротеины высокой плотности, липопротеины низкой плотности, общий холестерин);

- анализ крови на группу и резус-фактор: при отрицательном резус-факторе у беременной женщины – определение группы крови и резус-фактора отца ребенка; при отрицательном резус-факторе женщины и резус-положительном факторе отца ребенка – исследование крови на антитела к резус-фактору 1 раз в месяц до родов; при выявлении резус-иммунизации или других форм изоиммунизации – исследование крови на антитела 1 раз в месяц до 32 недель гестации, далее – 2 раза в месяц;

- определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови;

- определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) в крови;

- определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусному гепатиту С в крови;

- определение антител классов М, G к вирусу краснухи, к токсоплазме в крови;

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

- онкоцитология: при наличии дисплазии шейки матки 1 степени – повторное обследование в 30 недель гестации, при наличии дисплазии шейки матки 2,3 степени – консультация онкогинеколога, при наличии воспалительного процесса – повторное обследование после проведенной терапии;

- бактериологическое исследование мочи однократно после 14 недель беременности;

- электрокардиография (далее – ЭКГ) – по назначению врача-терапевта (врача-кардиолога);

- осмотр врача терапевта (не позднее 7-10 дней после первичного обследования, с учетом результатов лабораторного обследования);

- осмотр врача стоматолога (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);

- осмотр врача отоларинголога (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);

- осмотр врача офтальмолога (не позднее 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию);

- другие врачи-специалисты – по показаниям, с учетом сопутствующей патологии;

- ультразвуковое исследование (далее – УЗИ) плода в сроке 11-13 недель 6 дней на базе медико-генетического отдела ГОАУЗ МДЦ;

- биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: связанный с беременностью плазменный протеин А (РАРР-А) и свободная

бета-субъединица хорионического гонадотропина в сроке 11-13 недель 6 дней;

- мониторинг состояния шейки матки (TV-цервикометрия) – в сроке гестации 11-13 недель 6 дней;

- определение группы акушерского риска и составление индивидуального плана ведения беременной.

Дополнительно: при наличии в анамнезе невынашивания беременности, бесплодия, перинатальных потерь определение антител М и А к вирусу простого герпеса I и II типов, цитомегаловирусу, полимеразная цепная реакция Chlamidia trachomatis, микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам, микробиологическое исследование отделяемого женских половых органов на микоплазмоз и уреоплазмоз;

В комплекс обследования беременных групп высокого риска по развитию тромбоэмболических осложнений (отягощенный тромботический анамнез, антифосфолипидный синдром, беременность после экстракорпорального оплодотворения, возраст после 35 лет, сахарный диабет, ревматизм, врожденные и приобретенные пороки сердца, мертворождения, преждевременная отслойка плаценты (далее – ПОНРП) и тяжелый гестоз в анамнезе) при взятии на диспансерный учет дополнительно проводится исследование коагулограммы, определение уровня гомоцистеина, Д - димера, протеина С, волчаночного антикоагулянта, оценка тромбоцитарного звена гемостаза. При наличии отклонений рекомендуется консультация гематолога, ревматолога, сосудистого хирурга.

### **во II триместре:**

- определение окружности живота, высоты стояния дна матки (каждую явку);

- общий анализ мочи (каждую явку);

- общий анализ крови;

- скрининговое УЗИ плода в сроке 18-20 неделя;

- мониторинг состояния шейки матки (TV-цервикометрия) – в сроке гестации 18-20 неделя;

- биохимический скрининг уровней сывороточных маркеров: альфа-фетопротеин, бета-субъединиц хорионического гонадотропина в сроке 16-18 недель (при отсутствии биохимического скрининга в 11-13 недель 6 дней);

- определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови в сроке 20-24 недели;

- проведение глюкозотолерантного теста в 24-26 недель;

- определение группы риска в 20 недель;

- оформление эпикриза в сроке 20-21 недель, с указанием возможности вынашивания беременности с учетом состояния беременной женщины и плода с контролем руководителя структурного подразделения за его оформлением;

- при поздней явке, обследование в соответствии с разделом «первое обращение и I триместр»

**в III триместре:**

- общий анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, биохимический анализ крови;
- определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови;
- определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) в крови;
- определение антител классов М, G к антигену вирусного гепатита В и вирусного гепатита С в крови;
- микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы;
- скрининговое УЗИ плода в сроке гестации 30-34 недели;
- доплерометрия в сроке 30-34 недели;
- мониторинг состояния шейки матки (TV-цервикометрия) – в сроке гестации 30-34 недели
- кардиотокографическое исследование (далее – КТГ) плода после 33 недель беременности;
- определение антител классов М, G к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) в крови дополнительно в 36 недель гестации у беременных женщин группы риска (наркомания, половой контакт);
- осмотр врача терапевта;
- осмотр врача стоматолога;
- определение группы риска в 30 и 36 недель;
- определение предполагаемого места планового родоразрешения с учетом группы риска и сопутствующей патологии, с отметкой в медицинской документации в сроке 35-36 недель с информированием беременной женщины и членов ее семьи;
- при поздней явке, обследование в соответствии с разделом «первое обращение и I триместр»

**При выявлении патологических отклонений в течение беременности частота исследований определяется индивидуально!**

При наличии клиники острого цервицита рекомендовано дообследование на наличие гонорейной и хламидийной инфекции методом полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР). **Состояние I и II степени чистоты влагалища допускает наличие лейкоцитарной реакции до 30 лейкоцитов в п/з, отсутствие патологической флоры (трихомонад, мицелия грибов рода кандид), признаков дисбиоза влагалища (положительный аминный тест, наличие ключевых клеток и д.р.).**

Дополнительно в любом триместре: при наличии показаний, клинико-лабораторных признаках воспалительного процесса органов урогенитального

тракта рекомендовано проведение: полимеразной цепной реакции *Chlamidia trachomatis*, микробиологического исследования отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам, микробиологического исследования отделяемого женских половых органов на микоплазмоз и уреаплазмоз;

2. Диспансерное наблюдение за беременными. Определение группы низкого, среднего или высокого акушерского риска.

3. Направление беременных женщин на пренатальную диагностику, при наличии показаний на консультацию к врачу-генетику.

Порядок пренатального обследования беременных женщин в Мурманской области определяется настоящим приказом.

Скрининговое ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) плода проводится трехкратно: **в сроке беременности 11-13 недель и 6 дней** - на базе ГОАУЗ «Мурманский областной консультативно-диагностический центр» (далее – ГОАУЗ «МДЦ»), **в сроках 18-20 недель и 30-34 недели** в кабинетах ультразвуковой диагностики медицинских учреждений области.

С целью профилактики преждевременных родов в скрининговые сроки (11-13 недель и 6 дней, 18-20 недель и 30-34 недели) показано проведение цервикометрии, согласно утвержденным приказом Минздрава России схемам проведения УЗИ (оценка особенностей строения шейки матки), в соответствии утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации порядку оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» проведение цервикометрии входит в объем обследования на амбулаторном этапе.

В случае выявления ВПР плода (подозрении на ВПР плода) при проведении скринингового ультразвукового исследования в сроках 18-20 недель и 30-34 недели в кабинетах ультразвуковой диагностики медицинских учреждений области проводится своевременное консультирование с профильным специалистом медико-генетического отдела ГОАУЗ «МДЦ».

Пренатальный скрининг первого триместра беременности, проводимый на базе ГОАУЗ «МДЦ», включает в себя УЗИ, проводимое по единому протоколу; определение в крови беременной концентрации биохимических маркеров хромосомной патологии плода (протеина, ассоциированного с беременностью и свободной бета - единицы хорионического гонадотропина человека); расчет комбинированного риска нарушений развития ребенка по результатам УЗИ и биохимического скрининга и консультирование беременных группы высокого риска врачом-генетиком с проведением пренатального консилиума и решением вопроса о необходимости применения инвазивных методов обследования для исключения хромосомной патологии. Установление срока беременности при несоответствии данных по менструации и размерам КТР целесообразно осуществлять по формуле (см. приложение № 10).

4. Направление беременных женщин на консультации к врачам других специальностей: беременная женщина к 36 неделям гестации должна быть полностью обследована на предмет сопутствующей патологии.



5. Совместное ведение беременных женщин, при наличии показаний, со специалистами ГОАУЗ «Мурманский областной центр специализированных видов медицинской помощи».

6. Осуществляет патронаж беременных и родильниц.

7. Координирует работу социального работника учреждения с целью оказания медико-социальной помощи для социально незащищенных групп населения, осуществляет профилактическую работу по отказам от новорожденных.

8. Осуществляет психопрофилактическую подготовку беременных к родам, в том числе подготовку семьи к рождению ребенка.

9. Направление на своевременную госпитализацию беременных, родильниц для получения специализированных видов медицинской помощи, по согласованию с АДКЦ.

10. Заблаговременно информирует беременную женщину и членов ее семьи о медицинской организации, в которой планируется родоразрешение, (не позднее 36 недель, с отметкой в обменной карте беременной), выдает направление и контролирует своевременность госпитализации.

12. Осуществляет осмотр и обследование женщины в послеродовом периоде согласно рекомендациям медицинской организации, в которой проводилось родоразрешение пациентки, в том числе по вопросам контрацепции.

13. Дает разъяснения о пользе и рекомендуемой продолжительности грудного вскармливания.

14. Оказывает экстренную медицинскую помощь беременным, родильницам независимо от места жительства в случае их непосредственного обращения в женскую консультацию при возникновении острых состояний.

## **Глава 2. Оказание медицинской помощи беременным женщинам**

### **в дневных стационарах медицинских учреждений**

1. Дневные стационары организуют при женских консультациях, отделениях родильных домов или многопрофильных медицинских учреждений в целях улучшения качества медицинской помощи беременным женщинам.

2. В дневные стационары направляются женщины в период беременности, нуждающиеся в проведении инвазивных манипуляций, ежедневном наблюдении и (или) выполнении медицинских процедур, но не требующих круглосуточного наблюдения и лечения, а также для продолжения наблюдения и лечения после пребывания в круглосуточном стационаре.

3. Деятельность отделения «дневной стационар» регламентируется действующим законодательством, настоящим Алгоритмом, нормативными документами медицинской организации.



4. Штаты отделения «дневной стационар» определяются главным врачом медицинской организации в зависимости от объема оказываемой медицинской помощи.

5. Показания к отбору беременных женщин для госпитализации в стационар дневного пребывания:

- рвота беременных (без метаболических нарушений);
- угроза прерывания беременности в I и II триместрах при отсутствии в анамнезе привычных выкидышей и сохранённой шейке матки;
- критические сроки беременности при невынашивании в анамнезе без клинических признаков угрозы прерывания;
- необходимость в наблюдении после проведения медико-генетического обследования, включающего инвазивные методы (амниоцентез, биопсия хориона и др.) у беременных группы высокого перинатального риска при отсутствии признаков угрозы прерывания беременности;
- необходимость дополнительного медицинского обследования женщины при подозрении на экстрагенитальную патологию;
- необходимость оценки функционального состояния плода, выявление фетоплацентарной недостаточности;
- при выписке из круглосуточного стационара после наложения швов на шейку матки по поводу ИЦН;
- продолжение наблюдения за беременными женщинами по рекомендации врача акушера-гинеколога круглосуточного стационара;
- проведение профилактических мероприятий, необходимых беременной женщине и плоду в критические сроки беременности;
- наличие других акушерских осложнений, не требующих круглосуточного наблюдения врача акушера-гинеколога.

6. Сроки пребывания в дневном стационаре определяются тяжестью заболевания и эффективностью проводимого лечения. Критериями окончания лечения являются: выздоровление; клиническое улучшение; окончание курса лечения.

7. Режим работы Дневного стационара определяется руководителем медицинской организации с учетом объемов проводимых медицинских мероприятий. Работа может осуществляться в 2 смены, время пребывания в дневном стационаре составляет не менее 3 часов.

Пример организации работы дневного стационара:

I смена: • 8.00-9.00 Поступление в стационар.

• 9.00-13.00 Врачебный обход, выполнение назначений.

• 13.00-14.00 Выписка из дневного стационара, санитарная уборка помещений.

II смена: • 14.00-15.00 Поступление в стационар.

• 15.00-18.30 Врачебный обход, выполнение назначений.

• 18.30-19.30 Выписка из дневного стационара, санитарная уборка помещений.

8. При ухудшении течения заболевания и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения беременная незамедлительно переводится в соответствующее отделение круглосуточного стационара.

9. В дневном стационаре ведется учетно-отчетная медицинская документация:

- Журнал учета приема беременных рожениц и родильниц (ф.002/у);
- Медицинская карта стационарного больного (ф.003/у) - заполняется на беременных до 22 недель беременности и гинекологических больных;
- История родов (ф.096/у) - заполняется с 22 недель беременности;
- Статистическая карта выбывшего из стационара (ф.066/у);
- Книга регистрации листков нетрудоспособности (ф.036/у);

Учетная форма №007дс/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому».

### **Глава 3. Алгоритм оказания медицинской помощи беременным женщинам с угрозой преждевременных родов**

Преждевременными называют роды, наступившие в сроки беременности от 22 до 37 недель (259 дней), начиная с первого дня последней нормальной менструации при регулярном менструальном цикле, при этом масса тела плода составляет от 500 до 2500 г.

Клинические шифры согласно МКБ-10:

- О 60 – преждевременные роды
- О 42 – преждевременный разрыв плодных оболочек
- О 42.0 – преждевременный разрыв плодных оболочек, начало родов в последующие 24 часа
- О 42.2 – преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией
- О 42.9 – преждевременный разрыв плодных оболочек, неуточненный.

Классификация преждевременных родов в зависимости от срока гестации:

- до 28 недель (27 недель 6 дней включительно) – рождается около 5% недоношенных детей (глубокая недоношенность), имеет место экстремально низкая масса тела (до 1000 г);
- 28-30 недель 6 дней – рождается около 15% (тяжелая недоношенность), характерна очень низкая масса тела (до 1500 г);
- 31-33 недели 6 дней – около 20% (недоношенность средней степени);
- 34-36 недель 6 дней – рождаются около 70%.

#### **Группы высокого риска по развитию преждевременных родов:**

- преждевременные роды в анамнезе;

- беременность после вспомогательных репродуктивных технологий;
- многоплодная беременность;
- сопутствующая хроническая патология у женщины (сахарный диабет, артериальная гипертензия, анемия, бронхиальная астма, заболевания щитовидной железы);
- сопутствующая инфекционная патология у женщины (инфекции мочевыводящих путей, ВИЧ, сифилис, бактериальный вагиноз);
- беременность в подростковом возрасте;
- цервикальные манипуляции (биопсия шейки матки и др.);
- образ жизни (курение, избыточное употребление алкоголя, наркомания).

Врачебная тактика при преждевременных родах зависит от гестационного срока, клинической картины (угрожающие или начавшиеся преждевременные роды), целостности плодного пузыря и должна придерживаться следующих основных направлений:

- прогнозирование наступления преждевременных родов;
- повышение жизнеспособности плода (профилактика РДС плода);
- пролонгирование беременности для перевода матери в учреждение соответствующего уровня, проведения профилактики РДС, подготовки к рождению недоношенного ребенка;
- профилактика и лечение инфекционных осложнений, в том числе при преждевременном разрыве плодных оболочек.

### **Профилактика:**

Первичная профилактика:

- ограничение повторных внутриматочных манипуляций (диагностическое выскабливание матки и т.д.).

Вторичная профилактика:

- внедрение антитабачных программ среди беременных;
- наложение швов (или установка акушерского пессария) при длине шейки матки менее 25 мм беременным из группы высокого риска развития преждевременных родов;
- скрининг и лечение бессимптомной бактериурии, определяемой как наличие бактерий в посевах в количестве более  $10^5$  КОЕ/мл. Выбор препарата зависит от результатов посева (чувствительности к антибиотикам);
- скрининг и лечение сифилиса;
- скрининг и лечение гонококковой инфекции в группе высокого риска по гонорее;
- достижение устойчивого контролируемого течения имеющейся хронической патологии.

### **Прогнозирование начала наступления преждевременных родов:**

- ультразвуковая эндовагинальная цервикометрия

Ультразвуковой мониторинг состояния шейки матки проводится в сроки гестации:

- всем беременным женщинам: в 11-14 недель, 18-20 недель, 30-34 недели.

- в группе высокого риска по развитию преждевременных родов: в 11-14 недель, 18-20 недель, 22-24 недели, 30-34 недели и в индивидуально угрожаемые сроки.

Правила измерения шейки матки:

1. Трансвагинальное исследование.
2. Опорожненный мочевой пузырь.
3. Увеличьте изображение так, чтобы шейка матки занимала не менее 75% изображения
4. Среднесагитальный срез шейки матки с визуализацией внутреннего и наружного зева, просвета цервикального канала и слизистой эндоцервикса.
5. Датчик медленно выводится из влагалища, до появления размытости изображения, а затем вводится обратно до восстановления качества изображения (этот прием позволяет избежать эффекта удлинения шейки матки).
6. Измерение проводится от внутреннего до наружного зева.
7. Проводится измерение только сомкнутой части шейки матки.
8. Проводится измерение по прямой линии (короткая шейка всегда прямая)
9. Измерение выполняется не менее 3-х раз, выбирается наименьший показатель.
10. 25 мм и менее – укорочение шейки матки.

**Длина шейки матки менее 15 мм – высокая вероятность преждевременных родов.**

**ФАП, ВОП, ВА, УБ (врач общей практики, фельдшер, акушерка):**

1. Осуществляет наблюдение за беременными женщинами согласно рекомендациям врача акушера-гинеколога.
2. Направляет беременную женщину на консультацию в межрайонный центр в сроки беременности: 11, 18 и 28 недель и в индивидуально угрожаемые сроки.
3. При выявлении угрозы преждевременных родов (боли внизу живота, подтекание околоплодных вод, структурные изменения шейки матки) срочно направляет беременную в межрайонный центр к врачу акушеру-гинекологу. По телефону срочно передает информацию о такой беременной в АДКЦ (+7-981-301-11-06) и врачу акушеру-гинекологу межрайонного центра.

**Врач акушер-гинеколог женской консультации:**

1. Обеспечивает диспансерное наблюдение за беременными женщинами.

2. Обеспечивает ультразвуковой мониторинг состояния шейки матки (длина шейки матки при ультразвуковом исследовании) в сроки гестации:  
- всем беременным женщинам: в 11-14 недель, 18-20 недель, 30-34 недели.

- в группе высокого риска: в 11-14 недель, 18-20 недель, 22-24 недели, 30-34 недели и в индивидуально угрожаемые сроки.

4. Направляет на госпитализацию при наличии клиники угрозы преждевременных родов и укорочении длины шейки матки менее 25 мм.

**Госпитализация пациенток при укорочении длины шейки матки менее 25 мм осуществляется (согласовать госпитализацию со специалистом АДКЦ по телефону +7-981-301-11-06 в круглосуточном режиме):**

1) в сроке гестации до 22 недель для коррекции ИЦН – в гинекологическое отделение ГОБУЗ МОПЦ;

2) в сроке гестации 22-34 недель – в акушерский стационар ГОБУЗ МОПЦ

3) в сроке гестации 34-37 недель:

с территории обслуживания женской консультации № 1 и № 3 ГОБУЗ «Мурманская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (Октябрьский административный округ) – в родильный стационар ГОБУЗ «Мурманская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»;

с территории обслуживания женской консультации № 4 ГОБУЗ «Мурманский родильный дом № 3» (Первомайский административный округ) – в родильный стационар ГОБУЗ «Мурманский родильный дом № 3»;  
во всех остальных случаях – в акушерский стационар ГОБУЗ МОПЦ.

**Госпитализация пациенток при преждевременном излитии околоплодных вод и отсутствии родовой деятельности осуществляется (согласовать госпитализацию со специалистом АДКЦ по телефону +7-981-301-11-06 в круглосуточном режиме):**

1) в сроке гестации до 22 недель – в гинекологические отделения по месту проживания;

2) в сроке гестации 22-34 недель – в акушерский стационар ГОБУЗ МОПЦ

3) в сроке гестации 34-37 недель:

с территории обслуживания женской консультации № 1 и № 3 ГОБУЗ «Мурманская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (Октябрьский административный округ) – в родильный стационар ГОБУЗ «Мурманская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»;



с территории обслуживания женской консультации № 4 ГОБУЗ «Мурманский родильный дом № 3» (Первомайский административный округ) – в родильный стационар ГОБУЗ «Мурманский родильный дом № 3»;  
во всех остальных случаях – в акушерский стационар ГОБУЗ МОПЦ.

**Алгоритм действий при наличии клинической картины преждевременных родов (кроме города Мурманска):**

врач акушер-гинеколог медицинской организации, в которую поступила пациентка, срочно передает информацию о преждевременных родах в АДКЦ по телефону +7-981-301-11-06 и согласовывает дальнейшую тактику ведения пациентки с дежурным специалистом АДКЦ, в том числе необходимость транспортировки женщины силами территориального центра медицины катастроф;

- проводит оценку состояния родовых путей, клинической ситуации, дальнейшие действия согласовываются со специалистом АДКЦ.

- **при сроке гестации до 34 недель и открытии маточного зева до 3 см:** проводит токолиз, при отсутствии противопоказаний, начинает профилактику синдрома дыхательных расстройств (СДР) плода, профилактику инфекционных осложнений и организует перевод пациентки в ГОБУЗ МОПЦ;

- **при сроке гестации до 34 недель и открытии маточного зева более 3 см:**

оказывает медицинскую помощь пациентке в условиях акушерского стационара, согласно протоколу ведения преждевременных родов (приложение № 8);

совместно с АДКЦ (телефон +7-981-301-11-06) и ПРКЦ (телефон +7-921-157-85-02) вызывает неонатологическую бригаду на себя (через МТЦМК);

- **при сроке гестации 34-37 недель и открытии маточного зева менее 3 см:**

проводит токолиз, при отсутствии противопоказаний, начинает профилактику инфекционных осложнений;

переводит пациентку в ГОБУЗ МОПЦ;

- **при сроке гестации 34-37 недель и открытии маточного зева более 3 см:**

оказывает медицинскую помощь пациентке в условиях акушерского стационара, согласно протоколу ведения преждевременных родов (приложение № 8);

совместно с АДКЦ (телефон +7-981-301-11-06) и ПРКЦ (телефон +7-921-157-85-02) согласовывает необходимость вызова неонатологической бригады на себя (через МТЦМК).

**Алгоритм действий при наличии клинической картины преждевременных родов (город Мурманск):**

врач акушер-гинеколог медицинской организации, в которую поступила пациентка, срочно передает информацию о преждевременных родах в АДКЦ по телефону +7-981-301-11-06 и согласовывает дальнейшую тактику ведения пациентки с дежурным специалистом АДКЦ;

- проводит оценку состояния родовых путей;

- при сроке гестации до 34 недель и открытии маточного зева до 3 см: проводит токолиз, при отсутствии противопоказаний, начинает профилактику синдрома дыхательных расстройств плода, профилактику инфекционных осложнений и переводит пациентку в ГОБУЗ МОПЦ;

- при сроке гестации до 34 недель и открытие маточного зева более 3 см:

оказывает медицинскую помощь пациентке в условиях акушерского отделения, согласно протоколу ведения преждевременных родов (приложение № 8);

- при сроке гестации 34-37 недель:

оказывает медицинскую помощь пациентке в условиях акушерского стационара, согласно протоколу ведения преждевременных родов (приложение № 8).

#### **ГОБУЗ МОПЦ:**

1. Оказывает консультативную помощь беременным высокой степени акушерского риска с угрозой невынашивания.

2. Осуществляет госпитализацию всех беременных женщин с истмикоцервикальной недостаточностью, преждевременным излитием околоплодных вод в сроке до 37 недель гестации со всей территории Мурманской области (кроме беременных женщин с территории обслуживания женских консультаций № 1 и 3 ГОБУЗ «Мурманская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» и женской консультации ГОБУЗ «Мурманский родильный дом № 3» в сроке 34-37 недель гестации).

3. Осуществляет родоразрешение всех рожениц с преждевременными родами в сроке до 37 недель гестации с территории Мурманской области (кроме беременных женщин с территории обслуживания женских консультаций № 1 и 3 ГОБУЗ «Мурманская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» и женской консультации № 4 ГОБУЗ «Мурманский родильный дом № 3» в сроке 34-37 недель гестации).

4. Обеспечивает ведение послеродового периода.

5. Передает выписку из стационара в учреждение родовспоможения, наблюдающее женщину.

6. Проводит анализ преждевременных родов.

#### **Профилактика РДС плода**

Аntenатальная кортикостероидная терапия для ускорения созревания легких плода, высокоэффективна в снижении риска развития РДС, ВЖК и неонатальной смерти недоношенных новорожденных, используется при сроке беременности 24-34 полные недели (34 недель 0 дней). При наличии у

женщины сахарного диабета 1 или 2 типа антенатальная кортикостероидная терапия используется при сроке 24-37 полные недели (37 недель 0 дней). Курсовая доза антенатальной кортикостероидной терапии составляет 24 мг. Повторные курсы глюкокортикоидов по сравнению с однократным курсом не приводят к снижению заболеваемости новорожденных и не рекомендуются к применению.

***Схемы применения:***

- 2 дозы бетаметазона в/м по 12 мг с интервалом 24 часа;
- или
- 4 дозы дексаметазона в/м по 6 мг с интервалом 12 часов;
- или
- 3 дозы дексаметазона в/м по 8 мг через 8 часов.

***Показания для проведения профилактики РДС:***

- преждевременный разрыв плодных оболочек;
  - клинические признаки преждевременных родов в 24-34 полные недели (34 недели 0 дней). Любое сомнение в истинном гестационном сроке стоит трактовать в сторону меньшего и провести профилактику.
- Беременные, нуждающиеся в досрочном родоразрешении из-за осложнений беременности или декомпенсации экстрагениатльных заболеваний (гипертензивные состояния, синдром задержки развития плода, предлежание плаценты, сахарный диабет, гломерулонефрит и т.д.).

**Токолиз.**

*Общие противопоказания к проведению токолиза:*

Акушерские противопоказания:

- хориоамнионит;
- отслойка нормально или низко расположенной плаценты (опасность развития матки Кювелера);
- состояния, когда пролонгирование беременности нецелесообразно (эклампсия, преэклампсия, тяжелая экстрагенитальная патология матери).

Противопоказания со стороны плода:

- пороки развития, несовместимые с жизнью;
- антенатальная гибель плода.

***Блокатор окситоциновых рецепторов (атозибан) – предпочтительнее***

Противопоказания для использования блокатора окситоциновых рецепторов:

- срок беременности менее 24 или более 33 полных недель;
- преждевременный разрыв оболочек при беременности сроком более 30 недель;
- внутриутробная задержка развития плода;
- аномальная ЧСС у плода;

- возраст младше 18 лет.

*Схема:*

Атозибан вводится в/в сразу же после постановки диагноза преждевременные роды в 3 этапа:

- 1) в начале, в течение 1 мин вводится I фл. по 0,9 мл препарата без разведения (начальная доза – 6,75 мг);
- 2) сразу после этого в течение 3 ч проводится инфузия препарата в дозе 300 мкг/мин (скорость введения – 24 мл/ч, доза атозибана – 18 мг/ч);
- 3) после этого проводится продолжительная (до 45 ч) инфузия препарата атозибан в дозе 100 мкг/мин (скорость введения – 8 мл/ч, доза атозибана – 6 мг/ч).

Общая продолжительность лечения не должна превышать 48 ч. Максимальная доза препарата атозибан на весь курс не должна превышать 330 мг.

Если возникает необходимость в повторном применении препарата атозибан, также следует начинать с 1-го этапа, за которым будет следовать инфузионное введение препарата (этапы 2-й и 3-й).

Повторное применение можно начинать в любое время после первого применения препарата, повторять его можно до 3 циклов.

Если после 3 циклов терапии препаратом атозибан сократительная активность матки не снижается, следует рассмотреть вопрос о применении другого препарата.

*Инструкция по приготовлению раствора для инфузии (этап 2-й и 3-й):*

Концентрат разводят в одном из следующих растворов:

- 0,9% раствора натрия хлорида;
- раствор Рингера ацетата;
- 5% раствор глюкозы.

Из флакона, содержащего 100 мл одного из вышеперечисленных растворов для разведения, сливают 10 мл. Затем во флакон вводят 10 мл (2 фл.) препарата атозибан для получения концентрации 75 мг/100 мл.

Срок годности приготовленного раствора для инфузий 24 ч. Не применять, если в растворе видны нерастворившиеся частицы или раствор изменил цвет.

***β2-адреномиметики (гексопреналина сульфат)***

*Противопоказания для использования β-адреномиметиков:*

- сердечно-сосудистые заболевания матери (стеноз устья аорты, миокардит, тахиаритмии, врожденные и приобретенные пороки сердца, нарушения сердечного ритма);
- гипертиреоз;
- закрытоугольная форма глаукомы;

- инсулинзависимый сахарный диабет;
- дистресс плода, не связанный с гипертонусом матки.

#### Побочные эффекты:

- со стороны матери: тошнота, рвота, головные боли, гипокалиемия, повышение уровня глюкозы крови, нервозность, беспокойство, тремор, тахикардия, одышка, боли в груди, отек легких;
- со стороны плода: тахикардия, гипербилирубинемия, гипокальциемия.

Частота побочных эффектов зависит от дозы  $\beta$ -адреномиметиков. При появлении тахикардии, гипотонии скорость введения препарата должна быть снижена, при появлении загрудинных болей введение препарата необходимо прекратить.

#### Схема:

##### Гексопреналина сульфат

- массивный токолиз следует начинать с болюсного введения 10 мкг (1 ампула по 2 мл) препарата, разведенного в 10 мл изотонического раствора, в течение 5-10 минут с последующей инфузией со скоростью 0,3 мкг/мин;
- при проведении длительного токолза рекомендуемая доза гексопреналина сульфат – 0,075 мкг/мин. Максимальная суточная доза 430 мкг. При приготовлении раствора для введения с использованием внутривенных систем концентрат для инфузий разводят 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Приготовленный раствор вводят в/в капельно. Расчет дозы 0,3 мкг/мин соответствует: 1 ампула (25 мкг) – 120 капель в минуту, 2 ампулы (50 мкг) – 60 капель в минуту и т.д.;
- при использовании инфузوماتов: 75 мкг концентрата для инфузий (3 ампулы) разводят до 50 мл изотоническим раствором натрия хлорида;
- указанная дозировка используется как ориентировочная – подбирается индивидуально.

*Внутривенный токолиз проводят в положении женщины на левом боку под кардиомониторным контролем.*

При использовании  $\beta_2$ -адреномиметиков необходимы:

- контроль ЧСС матери каждые 15 минут;
- контроль АД матери каждые 15 минут;
- контроль уровня глюкозы крови каждые 4 часа;
- контроль объема вводимой жидкости и диуреза;
- аускультация легких каждые 4 часа;
- контроль за состоянием плода и сократительной активностью матки.

### **Профилактика инфекционных осложнений**



Во время преждевременных родов антибиотики должны быть назначены с профилактической целью. Первую дозу следует вводить как минимум за 4 часа до рождения ребенка.

Схема применения:

- ампициллин – начальная доза 2 грамма в/в сразу после диагностики преждевременных родов, затем по 1 грамму каждые 4 часа до родоразрешения;  
или
- цефалоспорины 1-го поколения – начальная доза 1 грамм в/в, затем каждые 6 часов до родоразрешения;  
или
- при положительном результате посева на стрептококк группы В (БГС) начальная доза 3 г пенициллина в/в, затем по 1,5 г каждые 4 часа до родоразрешения.

#### **Глава 4. Алгоритм оказания медицинской помощи беременным женщинам с экстрагенитальной патологией**

**ФАП, ВОП, ВА, УБ (врач общей практики, фельдшер, акушерка):**

1. Осуществляет наблюдение за беременными женщинами согласно рекомендациям врача акушера-гинеколога.
2. Направляет беременную женщину в межрайонный центр в сроки беременности, назначенные врачом акушером-гинекологом, для прохождения обследования и коррекции назначений.
3. Контролирует выполнение рекомендаций врача акушера-гинеколога и профильного специалиста беременной женщиной.

**Врач акушер-гинеколог женской консультации, родильных стационаров 1, 2 и 3 уровня:**

1. Осуществляет диспансерное наблюдение за беременными, формирует группы низкого, среднего и высокого акушерского риска.
2. При наличии тяжелой соматической патологии направляет беременную женщину в сроке гестации до 12 недель на госпитализацию в профильное отделение ГОБУЗ МОКБ, с целью решения вопроса о возможности пролонгирования беременности.
3. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии направляет беременную на госпитализацию в отделение по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.
4. До поступления в акушерский стационар женщина с хронической экстрагенитальной патологией должна быть полностью обследована, врач женской консультации в 35/36 недель гестации отмечает в обменной карте беременной место и способ родоразрешения.
5. Осуществляет осмотр женщины после выписки из стационара, подбор контрацепции.

6. Проводит наблюдение в послеродовом периоде совместно с врачом-терапевтом, контролирует выполнение рекомендаций профильного специалиста.

#### **ГОБУЗ МОКБ:**

1. Оказывает консультативную помощь беременным женщинам с экстрагенитальной патологией, проживающим в Мурманской области и городе Мурманске.

2. При наличии у беременной женщины тяжелой экстрагенитальной патологии, ГОБУЗ МОКБ организует и проводит консилиум в составе: врача-специалиста по профилю заболевания, заведующего отделением ГОБУЗ МОКБ по профилю заболевания, заведующего отделением гинекологии ГОБУЗ МОКБ, заместителя главного врача ГОБУЗ МОПЦ (и/или заведующего отделением патологии беременности, акушерского отделения, обсервационного отделения ГОБУЗ МОПЦ), специалиста (акушера-гинеколога) Министерства здравоохранения Мурманской области.

На основании результатов клинического обследования, консилиум выносит заключение о тяжести состояния женщины, представляет ей информацию о состоянии ее здоровья, сведения о результатах обследования, наличии заболевания, диагнозе и прогнозе, методах лечения, возможных вариантах медицинских вмешательств и возможности пролонгирования беременности.

При наличии показаний для прерывания беременности консилиум определяет сроки, метод и место прерывания беременности.

3. В случае наличия медицинских показаний для искусственного прерывания беременности, обусловленных экстрагенитальной патологией, и согласия пациентки, при сроке гестации до 22 недель, прерывание беременности осуществляется в гинекологическом отделении ГОБУЗ МОКБ.

4. При возможности вынашивания беременности или отказе женщины от прерывания беременности консилиум решает вопрос о дальнейшей тактике ведения беременности, сроках плановой госпитализации, сроке, месте и методе родоразрешения.

5. Обеспечивает госпитализацию беременных с экстрагенитальными заболеваниями в профильные отделения ГОБУЗ МОКБ, вне зависимости от срока беременности.

6. Наблюдение и лечение беременных женщин проводится врачом-специалистом по профилю заболевания и врачом акушером-гинекологом ГОБУЗ МОКБ.

7. Обеспечивает госпитализацию беременных женщин при наличии экстрагенитальной патологии, требующей оказания экстренной медицинской помощи в условиях стационара, госпитализируются в профильные отделения ГОБУЗ МОКБ, при отсутствии противопоказаний для транспортировки.

8. При сочетании осложнений беременности и экстрагенитальной патологии, обеспечивает госпитализацию беременной женщины по профилю заболевания, определяющего тяжесть состояния.

9. При необходимости продолжения лечения по поводу экстрагенитальной патологии, родильницы переводятся из ГОБУЗ МОПЦ в профильные отделения ГОБУЗ МОКБ.

10. Врач-специалист по профилю заболевания определяет дальнейшие рекомендации по лечению, дает рекомендации о приеме необходимых препаратов, дозировке, кратности и длительности назначений.

11. Родоразрешение беременной женщины по результатам решения консилиума проводится на базе ГОБУЗ МОКБ или ГОБУЗ МОПЦ.

## **Глава 5. Алгоритм оказания медицинской помощи беременным женщинам с изоиммунизацией по резус-фактору и/или другими формами изоиммунизации**

### **ФАП, ВОП, ВА, УБ (врач общей практики, фельдшер, акушерка):**

1. Осуществляет наблюдение за беременными женщинами согласно рекомендациям врача акушера-гинеколога.

2. Направляет беременную женщину в межрайонный центр в сроки беременности, назначенные врачом акушером-гинекологом, для прохождения обследования и коррекции назначений.

3. Контролирует выполнение рекомендаций врача акушера-гинеколога и профильного специалиста беременной женщиной.

### **Врач акушер-гинеколог женской консультации, родильных стационаров 1, 2 и 3 уровня:**

1. Осуществляют наблюдение за течением беременности у женщин с резус-отрицательным фактором крови.

2. При постановке на учет беременной женщины с резус-отрицательным фактором крови обследуют отца ребенка на групповую и резус принадлежность.

3. У женщины с резус-отрицательным фактором крови проводят исследования крови на наличие титра антител к резус-фактору с частотой 1 раз в месяц при отсутствии резус-иммунизации.

4. Беременным с резус-иммунизацией или другими формами изоиммунизации проводят исследование анализа крови на антитела к Rh-фактору и групповые иммунные антитела с частотой:

- 1 раз в месяц до 32 недель беременности;
- 2 раз в месяц после 32 недель до родов.

5. Осуществляют введение иммуноглобулина анти-резус Rh0(D) женщинам с резус-отрицательным фактором крови (при резус-положительной крови отца ребенка и при отсутствии титра антител к резус-фактору) в следующих ситуациях:

- на 28 неделе беременности вне зависимости от паритета, при поздней явке - в любом сроке после 28 недель;
- при отслойке плаценты в любом сроке беременности;
- при травмах брюшной полости во II-III триместрах беременности.

6. Направляют изоиммунизированных беременных на госпитализацию в ОПБ МОПЦ при следующих показаниях:

- определяемая с помощью импульсной доплерографии максимальная систолическая скорость кровотока в средней мозговой артерии, соответствующая зоне А (см. таблицу 1);

- необходимость инвазивных вмешательств (амнио- и кордоцентез, внутриутробная гемотрансфузия плоду);

- отечная форма гемолитической болезни плода;

- нарастание титра анти-резус антител или групповых иммунных антител;

- срок беременности 38 недель при наличии любого титра анти-резус антител или групповых иммунных антител, при любых показателях максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода.

7. Направляют на родоразрешение резус-иммунизированных женщин с любым титром антител или групповых иммунных антител в ГОБУЗ МОПЦ, после оценки клинической картины и возможности транспортировки женщины.

8. Направляют беременных женщин с резус-отрицательным фактором крови без титра антител на родоразрешение в соответствии со степенью перинатального риска.

### **ГОБУЗ МОПЦ:**

1. Осуществляет госпитализацию в ОПБ ГОБУЗ МОПЦ при следующих показаниях:

- определяемая с помощью импульсной доплерографии максимальная систолическая скорость кровотока в средней мозговой артерии, соответствующая зоне А (см. таблицу 1);

- необходимость инвазивных вмешательств (амнио- и кордоцентез, внутриутробная гемотрансфузия плоду);

- отечная форма гемолитической болезни плода;

- резус-иммунизированных женщин с любым титром антител или групповых иммунных антител в ГОБУЗ МОПЦ, при любых показателях максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода.

2. Проводит инвазивные методы диагностики и лечения гемолитической болезни плода: диагностический амниоцентез, кордоцентез и заменное переливание крови плоду.

3. Осуществляет введение беременным женщинам с резус-отрицательным фактором крови без явлений сенсибилизации 1 дозы иммуноглобулина анти-резус Rh0(D) в следующих ситуациях (при резус-положительной крови отца ребенка и при отсутствии титра антител к резус-фактору):

- на 28 неделе беременности вне зависимости от паритета, при поздней явке – в любом сроке после 28 недель;

- при отслойке плаценты в любом сроке беременности;



- после наложения швов на шейку матки (при истмико-цервикальной недостаточности);

- после проведения инвазивной пренатальной диагностики, редукции эмбриона при многоплодии;

- при травмах брюшной полости во II-III триместрах беременности.

4. Обеспечивает родоразрешение беременных женщин с резус-иммунизацией или изоиммунизацией по системе АВ0.

5. Осуществляет введение иммуноглобулина анти-резус Rh0(D) родильницам с резус-отрицательным фактором крови при отсутствии титра анти-резус антител, резус-положительном факторе крови у новорожденного в течение 72 часов послеродового периода.

6. Осуществляет определение титра анти-резус антител и введение иммуноглобулина анти-резус Rh0(D) необследованным родильницам с резус-отрицательным фактором крови при резус-положительном факторе крови у новорожденного в течение 72 часов послеродового периода, при отсутствии резус-сенсibilизации.

#### **Диагностика анемии у плода**

Осуществляется при определении с помощью импульсной доплерографии максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии (далее – МСС СМА) у плода с учетом нормативных показателей для соответствующего срока беременности (таблица 1).

При анемии скорость кровотока повышается.

Существуют три зоны: А, В и С.

- зона С – повторное исследование назначается через 14 дней;

- зона В – повторное исследование назначается через 7 дней;

- зона А – наблюдение ежедневно (при превышении показателей выше 1,5 Мома показано проведение кордоцентеза).

Ультразвуковая диагностика гемолитической болезни плода возможна только при отечной форме.

#### **Максимальная скорость кровотока в средней мозговой артерии плода (см/сек)**

Таблица 1.

<b>Срок гестации</b>	<b>С</b>	<b>В</b>	<b>А</b>
19	16,7-19,7	19,7-23	23
20	18,1-21,8	21,8-26	26
21	19,5-23,9	23,9-29	29
22	20,8-26,0	26,0-32	32
23	22,2-28,2	28,2-35	35
24	23,6-30,3	30,3-38,1	38,1
25	24,9-32,4	32,4-41,1	41,1
26	26,3-34,6	34,6-44,1	44,1
27	27,7-36,7	36,7-47,1	47,1
28	29,0-38,8	38,8-50,1	50,1



<b>Срок гестации</b>	<b>С</b>	<b>В</b>	<b>А</b>
29	30,4-40,9	40,9-53,1	53,1
30	31,8-43,1	43,1-56,1	56,1
31	33,1-45,2	45,2-59,1	59,1
32	34,5-47,3	47,3-62,1	62,1
33	35,9-49,5	49,5-65,1	65,1
34	37,2-51,6	51,6-68,2	68,2
35	38,6-53,7	53,7-71,2	71,2
36	40,0-55,8	55,8-74,2	74,2
37	41,3-58,0	58,0-77,2	77,2
38	42,7-60,1	60,1-80,2	80,2
39	44,1-62,2	62,2-83,2	83,2
40	45,4-64,4	64,4-86,2	86,2

## **Глава 6. Алгоритм оказания медицинской помощи беременным женщинам с многоплодной беременностью**

### **ФАП, ВОП, ВА, УБ (врач общей практики, фельдшер, акушерка):**

1. Осуществляет наблюдение за беременными женщинами согласно рекомендациям врача акушера-гинеколога.

2. Направляет беременную женщину в межрайонный центр в сроки беременности, назначенные врачом акушером-гинекологом, для прохождения обследования и коррекции назначений.

3. Контролирует выполнение рекомендаций врача акушера-гинеколога и профильного специалиста беременной женщиной.

### **Врач акушер-гинеколог женской консультации, родильных стационаров 1, 2 и 3 уровня:**

1. Осуществляет диспансерное наблюдение за беременными.

2. Обеспечивает проведение ультразвуковой цервикометрии в сроки гестации: 11-14 недель, 16-18 недель, 18-20 недель, 30-34 недели и в индивидуально угрожаемые сроки.

3. Направляет на ультразвуковое исследование плодов в скрининговые сроки в 11-14 недель, 16-18 недель, 18-20 недель, 30-34 недели с целью уточнения характера многоплодной беременности и исключения фето-фетального синдрома.

4. Направляет на консультацию, ультразвуковое исследование плодов монохориальные двойни в 16-18 недель в ГОБУЗ МОПЦ.

Выполняет рекомендации консультантов МОПЦ, своевременно направляет беременную женщину на повторное обследование, плановую госпитализацию, родоразрешение.

5. Осуществляет осмотр женщины после выписки из стационара, подбор контрацепции.

*Дополнительно для ГОБУЗ МКБСМП и ГОБУЗ «Мурманский родильный дом № 3»:*

Обеспечивает родоразрешение беременных женщин с бихориальной, биамниотической двойней в соответствии с акушерской ситуацией.

### **ГОБУЗ МОПЦ:**

1. Обеспечивает консультативный прием беременных женщин с монохориальной многоплодной беременностью.

2. Проводит ультразвуковое исследование плодов в 16-18 недель для исключения фето-фетального синдрома.

3. Осуществляет хирургические вмешательства при развитии фето-фетального синдрома, или, совместно с ТЦМК, обеспечивает направление женщины в акушерские стационары группы ШБ для проведения хирургического вмешательства при развитии фето-фетального синдрома.

4. Определяет срок беременности и срок дородовой госпитализации в ГОБУЗ МОПЦ, при монохориальной двойне.

5. Обеспечивает родоразрешение беременных женщин с многоплодной беременностью в соответствии с акушерской ситуацией.

### **Глава 7. Алгоритм оказания медицинской помощи женщинам при неотложных состояниях в период беременности, родов и в послеродовом периоде**

1. Оказание медицинской помощи женщинам с неотложными состояниями во время беременности, родов и послеродовом периоде на догоспитальном этапе осуществляется бригадами скорой медицинской помощи (врачебной или фельдшерской) или медицинскими работниками амбулаторно-поликлинического звена и включает быстрое восстановление гемодинамических показателей, коррекцию жизненно важных функций, проведение (по необходимости) реанимационных мероприятий и максимально быструю транспортировку больной в ближайший акушерский стационар (в случае преобладания акушерской патологии) или многопрофильный стационар, имеющий в своем составе отделение реанимации и интенсивной терапии.

2. К основным состояниям и заболеваниям, требующим проведения мероприятий по реанимации и интенсивной терапии женщин в период беременности, родов и послеродовый период, относятся:

- острые расстройства гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, гиповолемический шок, септический шок, кардиогенный шок, травматический шок);

- пре- и эклампсия;

- HELLP-синдром;

- острый жировой гепатоз беременных;

- ДВС-синдром;

- послеродовый сепсис (госпитализация в многопрофильный стационар);

- сепсис во время беременности любой этиологии (госпитализация в многопрофильный стационар);
- ятрогенные осложнения (осложнения анестезии, трансфузионные осложнения и т.д.);
- пороки сердца с нарушением кровообращения, легочной гипертензией или другими проявлениями декомпенсации;
- миокардиодистрофия, кардиомиопатия с нарушением ритма или недостаточностью кровообращения;
- сахарный диабет с труднокорректируемым уровнем сахара в крови и склонностью к кетоацидозу;
- тяжелая анемия любого генеза (гемоглобин менее 70 г/л);
- тромбоцитопения любого происхождения (уровень тромбоцитов  $150 \times 10^9$ /л и менее);
- острые нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг;
- тяжелая форма эпилепсии;
- миастения;
- острые расстройства функций жизненно важных органов и систем (центральной нервной системы, паренхиматозных органов), острые нарушения обменных процессов.

3. При возникновении клинической ситуации, угрожающей жизни беременной женщине, роженицы, родильнице:

*ФАП, ВОП, ВА, УБ (врач общей практики, фельдшер, акушерка), персонал скорой медицинской помощи:*

- начинает оказывать неотложную медицинскую помощь;
- по телефону сообщает о сложившейся ситуации дежурному врачу акушеру-гинекологу АДКЦ по телефону 8-981-301-11-06 и врачу акушеру-гинекологу районной больницы.

Врач акушер-гинеколог АДКЦ совместно с врачом анестезиологом-реаниматологом ГОБУЗ МОПЦ организует консультативную помощь медицинскому работнику, оказывающему медицинскую помощь беременной женщине, роженице или родильнице.

*Врач родильных стационаров 1 и 2 уровня:*

- срочно информирует о сложившейся ситуации администрацию районной больницы;
- осуществляет подготовку подразделений районной больницы к приему беременной женщины, роженицы или родильницы или осуществляет выезд на место.

- при поступлении пациентки в ситуации угрожающей ее жизни, неясной клинической картине после оценки тяжести состояния и установлении диагноза сообщает о ситуации специалисту органа государственной власти субъекта в сфере охраны здоровья, курирующему службу родовспоможения и в АДКЦ.

*ГОБУЗ МОПЦ:*

АДКЦ: дежурный врач акушер-гинеколог принимает решение о дальнейшей тактике:

- дистанционное динамическое наблюдение за женщиной;
- решение вопроса о выезде бригады МТЦМК (ГОБУЗ МОПЦ предоставляет акушера-гинеколога) к пациенту для проведения консультации и/или стабилизации пациента;
- организация перевода пациента и транспортировка в медицинскую организацию более высокого уровня.

Дежурный врач акушер-гинеколог АДКЦ согласовывает решение о привлечении авиационного вида транспорта для медицинской эвакуации пациента со специалистом (акушером-гинекологом) Министерства здравоохранения Мурманской области.

4. Выездная анестезиолого-реанимационная акушерская бригада МТЦМК транспортирует женщин с акушерской патологией или родильниц (менее суток после родов) в ГОБУЗ МОПЦ, с экстрагенитальной патологией или родильниц (более суток после родов) – в ГОБУЗ МОКБ.

5. При развитии в послеродовом/послеабортном периоде (в течение 42 дней после окончания беременности) гнойно-септических осложнений родильницы госпитализируются в следующем порядке:

- родильницы с гнойно-септическими осложнениями тяжелой степени тяжести – госпитализируются в гинекологическое отделение ГОБУЗ МОКБ;
- родильницы с гнойно-септическими осложнениями легкой и средней степени тяжести – в дежурные гинекологические отделения.

6. Другими показаниями для госпитализации в ГОБУЗ МОКБ являются

- острые расстройства гемодинамики различной этиологии (острая сердечно-сосудистая недостаточность, шоковое состояние любой этиологии);
- ятрогенные осложнения (анестезиологические пособия, инфузионно-трансфузионной терапии);
- острые расстройства функций жизненно важных органов и систем любой этиологии;
- синдром полиорганной недостаточности, требующий проведения интенсивной терапии;
- синдром гиперстимуляции яичников тяжелой степени тяжести после проведения вспомогательных репродуктивных технологий,
- необходимость выполнения прерывания беременности сроком до 22 недель, по медицинским показаниям, обусловленным наличием тяжелой соматической патологии.

## **Глава 8. Алгоритм оказания медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией**

**ФАП, ВОП, ВА, УБ (врач общей практики, фельдшер, акушерка):**

1. При постановке на учет по беременности женщины направляются на лабораторное обследование (освидетельствование) на наличие в крови антител к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) с обязательным проведением дотестового и послетестового консультирования в



установленном порядке (санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»). Послетестовое консультирование проводится беременным женщинам независимо от результата обследования.

2. Забор крови при тестировании на антитела к ВИЧ осуществляется с помощью вакуумных систем для забора крови с последующей передачей крови в соответствующую скрининговую лабораторию с направлением установленного образца.

3. При отрицательном результате первого обследования на антитела к ВИЧ, женщины, планирующие сохранить беременность, направляются на повторное плановое обследование в срок 28-30 недель.

4. Женщинам, употребляющим во время беременности парентерально психоактивные вещества (далее – ПАВ) и/или имеющим половые контакты с ВИЧ-инфицированными партнерами, предлагается обследование на антитела к ВИЧ при постановке на учет, затем через каждые 3 месяца (в том числе, на 36 неделе беременности).

5. Беременные женщины с положительным результатом обследования на антитела к ВИЧ направляются в Центр профилактики и борьбы со СПИД (далее – Центр СПИД) и/или доверенному врачу по вопросам ВИЧ/СПИДа по месту жительства для дополнительного обследования, постановки на диспансерный учет и назначения химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку (антиретровирусной терапии, далее – АРВТ). Повторные плановые обследования беременной на наличие антител к ВИЧ в таком случае не проводятся.

6. Половым партнерам беременных женщин предлагается обследование на наличие антител к ВИЧ однократно при постановке женщины на учет по беременности.

7. Наблюдение беременных с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, а также с высоким риском инфицирования ВИЧ, осуществляется согласно рекомендациям врача акушера-гинеколога и профильного специалиста (специалиста центра СПИД и/или доверенного врача по вопросам ВИЧ/СПИДа по месту жительства).

8. Всем беременным с ВИЧ-инфекцией по показаниям проводится обследование с целью своевременного выявления туберкулеза и хронических вирусных гепатитов.

9. Беременные женщины направляются в межрайонный центр и/или Центр СПИД в сроки беременности, назначенные врачом акушером-гинекологом и профильным специалистом, для прохождения обследования и коррекции назначений.

10. Проводится консультирование ВИЧ-инфицированных беременных по вопросам грудного вскармливания на протяжении всей беременности.

11. Контролируется выполнение рекомендаций врача акушера-гинеколога и профильного специалиста беременной женщиной.



## **Врач акушер-гинеколог женской консультации, родильных стационаров 1 и 2 уровня, ГОБУЗ «МОЩ»:**

1. При постановке на учет по беременности женщины направляются на лабораторное обследование (освидетельствование) на наличие в крови антител к вирусу иммунодефицита человека (далее – ВИЧ) с обязательным проведением дотестового и послетестового консультирования в установленном порядке (санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»). Послетестовое консультирование проводится беременным женщинам независимо от результата обследования.

2. Забор крови при тестировании на антитела к ВИЧ осуществляется с помощью вакуумных систем для забора крови с последующей передачей крови в соответствующую скрининговую лабораторию с направлением установленного образца.

3. При отрицательном результате первого обследования на антитела к ВИЧ, женщины, планирующие сохранить беременность, направляются на повторное плановое обследование в срок 28-30 недель.

4. Женщинам, употребляющим во время беременности парентерально психоактивные вещества (далее – ПАВ) и/или имеющим половые контакты с ВИЧ-инфицированными партнерами, предлагается обследование на антитела к ВИЧ при постановке на учет, затем через каждые 3 месяца (в том числе, на 36 неделе беременности).

5. Половым партнерам беременных женщин предлагается обследование на наличие антител к ВИЧ однократно при постановке женщины на учет по беременности.

6. Молекулярно-биологическое обследование беременных на ДНК или РНК ВИЧ (методом полимеразной цепной реакции, далее – ПЦР) с целью максимально раннего установления диагноза ВИЧ-инфекции проводится:

а) при получении сомнительных результатов обследования на антитела к ВИЧ стандартными методами (иммуноферментный анализ (далее – ИФА) и иммунный блоттинг);

б) при получении отрицательных результатов обследования на антитела к ВИЧ стандартными методами в случае, если беременная относится к группе высокого риска по ВИЧ-инфекции (употребление парентерально ПАВ, половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером в течение последних 6 месяцев).

7. Беременные женщины с положительным результатом лабораторного обследования на антитела к ВИЧ направляются в Центр профилактики и борьбы со СПИД (далее – Центр СПИД) и/или доверенному врачу по вопросам ВИЧ/СПИДа по месту жительства для дополнительного обследования, постановки на диспансерный учет и назначения химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку (антиретровирусной терапии, далее – АРВТ). Повторные плановые обследования беременной на наличие антител к ВИЧ в таком случае не проводятся.

8. Наблюдение беременных с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, а также с высоким риском инфицирования ВИЧ осуществляется совместно с врачом-инфекционистом Центра СПИД и/или доверенным врачом по вопросам ВИЧ/СПИДа по месту жительства при консультативном сопровождении специалиста Центра СПИД. Тактика ведения беременности и родов определяется индивидуально в соответствии с клинической ситуацией.

9. Всем беременным с ВИЧ-инфекцией по показаниям проводится обследование с целью своевременного выявления туберкулеза и хронических вирусных гепатитов.

10. Проводится консультирование ВИЧ-инфицированных беременных по вопросам грудного вскармливания на протяжении всей беременности.

11. АРВТ с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку показана всем беременным ВИЧ-инфицированным женщинам, независимо от клинических проявлений, уровня вирусной нагрузки ВИЧ (далее – ВН) и иммунного статуса.

12. Назначение АРВТ беременной ВИЧ-инфицированной осуществляется областной врачебной комиссией по вопросам тактики ведения больных ВИЧ/СПИД (далее – ВК) в установленном порядке в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и с учетом сопутствующей патологии.

13. В обменной карте ВИЧ-инфицированной беременной специалистом Центра СПИД и/или доверенным врачом по вопросам ВИЧ/СПИДа по месту жительства дополнительно отражается информация о режиме АРВТ и ее длительности (до периода родов или постоянно), эффективности, переносимости, результатах лабораторных исследований; рекомендации о способе родоразрешения (с учетом уровня вирусной нагрузки ВИЧ на сроке беременности 34–36 недель).

14. В период диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированной беременной рекомендуется избегать процедур, повышающих риск инфицирования плода (амниоцентез, биопсия хориона). Рекомендуется использование неинвазивных методов оценки состояния плода.

15. При поступлении на роды в акушерский стационар рекомендуется лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ (с дальнейшим подтверждением стандартным методом ИФА) после получения информированного согласия следующих категорий женщин:

а) необследованных на ВИЧ-инфекцию, обследованных однократно или только до 32-й недели беременности,

б) без медицинской документации.

16. Беременных, имеющих ВИЧ-инфицированных партнеров, а также беременных, употребляющих парентерально ПАВ, рекомендуется обследовать с использованием диагностических экспресс-тест-систем (с дальнейшим подтверждением стандартным методом ИФА) при поступлении на роды, независимо от количества исследований во время беременности.

17. Обследование рожениц на антитела к ВИЧ в акушерском стационаре сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием, проводимом в установленном порядке.

18. Обследование на антитела к ВИЧ с использованием диагностических экспресс-тест-систем проводится в лаборатории или приемном отделении акушерского стационара медицинскими работниками, прошедшими специальную подготовку. Исследование проводится в соответствии с инструкцией, прилагаемой к конкретному экспресс-тесту.

19. Каждое исследование на ВИЧ с применением экспресс-тест-систем должно сопровождаться обязательным параллельным исследованием (ИФА) той же порции крови стандартными методами, результаты которых немедленно передаются в акушерский стационар.

20. При получении первого положительного результата на ВИЧ в ИФА, проводится дальнейшее верификационное исследование с целью подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции в установленном порядке, результаты которого немедленно передаются в акушерский стационар и в Центр СПИД.

21. В случае получения положительного результата исследований на ВИЧ в иммунном блоте (подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции) дальнейшая тактика ведения согласовывается со специалистами Центра СПИД и/или доверенным врачом по вопросам ВИЧ/СПИДа по месту жительства.

22. В экстренных ситуациях решение о проведении антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (далее – АРВП) принимается при обнаружении антител к ВИЧ с помощью экспресс-тест-систем. Положительный результат экспресс-теста является основанием для назначения АРВП, но не для постановки диагноза ВИЧ-инфекции.

23. Для обеспечения проведения АРВП в акушерском стационаре постоянно должен иметься необходимый запас антиретровирусных препаратов.

24. Проведение АРВП у женщины в период родов осуществляет врач-акушер-гинеколог, ведущий роды, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями и стандартами оказания медицинской помощи.

25. АРВП во время родов в акушерском стационаре проводится:

- а) у роженицы с ВИЧ-инфекцией;
- б) при положительном результате экспресс-тестирования женщины в родах;
- в) при наличии эпидемиологических показаний:
  - невозможность проведения экспресс-тестирования или своевременного получения результатов стандартного теста на антитела к ВИЧ у роженицы;
  - наличие в анамнезе у роженицы в период настоящей беременности парентерального употребления ПАВ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером;

- при отрицательном результате обследования на ВИЧ-инфекцию, если с момента последнего парентерального употребления ПАВ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 12 недель.

26. Назначение раствора зидовудина (далее – ZDV) внутривенно в рамках проведения АРВП в родах показано:

а) всем ВИЧ-инфицированным женщинам независимо от наличия и схемы АРВТ:

б) при получении в учреждении родовспоможения положительного результата экспресс-теста на ВИЧ (или ИФА);

в) при наличии эпидемиологических показаний: парентеральное употребление ПАВ и/или незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером в последние 12 недель настоящей беременности.

27. При невозможности применить в родах внутривенное введение ZDV, в качестве альтернативы рекомендуется назначить его перорально в начальной дозе 600 мг и далее по 400 мг через 3 и 6 часов. Следует учитывать, что эффективности влияния на уровень передачи ВИЧ-инфекции ребенку во время родов пероральный прием ZDV значительно уступает его внутривенному введению.

28. При невозможности внутривенного введения ZDV у ВИЧ-инфицированных женщин, не получавших АРВП перед родами, предпочтительно применить следующую схему: невирапин (далее – NVP) 1 таблетка 200 мг однократно вместе с ZDV 300 мг 2 раза в сутки и ламивудином (далее - ЗТС) 150 мг два раза в сутки, которые принимаются еще в течение 14 дней после родов.

29. Внутривенная инфузия ZDV: при родах через естественные родовые пути препарат вводится из расчета 2 мг/кг в течение первого часа родовой деятельности, затем из расчета 1 мг/кг/час до пересечения пуповины. При плановом кесаревом сечении (далее – КС) доза рассчитывается как при естественных родах, введение препарата начинают за 3 часа до операции.

30. Применение NVP в родах у женщин, получающих плановую АРВТ, нецелесообразно, поскольку не показало дополнительной эффективности.

31. Родоразрешение через естественные родовые пути может быть рекомендовано женщинам, получавшим АРВТ во время беременности, если ВН перед родами < 1 000 коп/мл.

32. Врачом-акушером-гинекологом принимаются меры по недопущению длительности безводного промежутка более 4 часов. Для женщин, не получавших АРВТ в период беременности, крайне нежелательна продолжительность безводного периода более 4–6 часов, так как риск инфицирования ребенка увеличивается.

33. При ведении родов через естественные родовые пути проводится обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании.



При безводном промежутке более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа.

34. Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде рекомендуется ограничить проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; родоусиление; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производится только по жизненным показаниям.

35. Плановое КС для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ-инфекцией проводится (при отсутствии противопоказаний) по достижении 38 недель беременности при отсутствии признаков родовой деятельности и излития околоплодных вод при наличии хотя бы одного из следующих условий:

а) ВН перед родами (на сроке не ранее 32 недели беременности)  $\geq 1\ 000$  коп/мл;

б) ВН у матери перед родами неизвестна;

в) АРВП во время беременности не проводилась (или ее продолжительность была менее 4 недель) или невозможно применить антиретровирусные препараты в родах.

36. При невозможности проведения АРВП в родах КС может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, при этом его проводить не рекомендуется при безводном промежутке более 4 часов.

37. По акушерским показаниям родоразрешение ВИЧ-инфицированной беременной женщины путем планового или экстренного КС может проводиться на общих основаниях.

38. Окончательное решение о способе родоразрешения женщины с ВИЧ-инфекцией принимается врачом-акушером-гинекологом, ведущим роды, в индивидуальном порядке, с учетом состояния матери и плода, с сопоставлением в конкретной ситуации пользы от снижения риска заражения ребенка при проведении операции КС с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции.

39. Все акушерские манипуляции, которые могут привести к нарушению целостности кожных покровов ребенка в период родов (перинео/эпизиотомия, амниотомия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, инвазивный мониторинг плода), должны быть строго обоснованы, не рекомендуется проведение данных процедур в рутинном порядке.

40. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для тестирования на антитела к ВИЧ с помощью вакуумных систем для забора крови.

41. С целью максимально раннего выявления инфицирования ВИЧ детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей независимо от объема и длительности проведенной АРВП, проводится исследование



**ДНК ВИЧ методом ПЦР, кровь для которого забирается в первые 48 часов жизни новорожденных (не из пуповины).**

42. АРВП новорожденному назначается и проводится врачом-неонатологом или врачом-педиатром независимо от приема (отказа) антиретровирусных препаратов матерью в период беременности и родов.

43. Показаниями к назначению АРВП новорожденным от ВИЧ-инфицированных матерей, а также от матерей с положительным результатом экспресс-тестирования на антитела к ВИЧ в родах и неизвестным ВИЧ-статусом в акушерском стационаре являются:

а) возраст новорожденного не более 72 часов (3 суток) жизни при отсутствии вскармливания материнским молоком;

б) при наличии вскармливания материнским молоком (вне зависимости от его продолжительности) - период не более 72 часов (3 суток) с момента последнего вскармливания материнским молоком (при условии его последующей отмены);

в) эпидемиологические показания:

- неизвестный ВИЧ статус матери, употребляющей парентерально ПАВ или имеющей половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером;

- отрицательный результат обследования матери на ВИЧ-инфекцию, употребляющей парентерально в течение последних 12 недель ПАВ или имеющей половой контакт с партнером с ВИЧ-инфекцией

44. При наличии у матери ВИЧ-инфекции или выявлении антител к ВИЧ перед родами начать АРВП новорожденному необходимо при проведении АРВП в родах - с 8-го часа жизни, при ее отсутствии в родах - с первых часов жизни ребенка.

45. Выбор схемы АРВП новорожденному (в рассчитанных дозировках):  
*показания:*

- у ВИЧ-инфицированной матери перед родами (на сроке беременности 34 недели и более) неопределяемый уровень ВН;

- у матери обследование на ВИЧ в родах не проводилось или дало отрицательный результат, но в течение последних 12 недель беременности был незащищенный половой контакт с больным ВИЧ-инфекцией или парентеральное употребление ПАВ.

схема № 1: раствор ZDV перорально с первых 4 часов жизни, длительность курса 4 недели:

Гестационный возраст ребенка, недель	Разовая доза		Количество приемов в сутки
	пероральный р-р, мк/кг	р-р для в/в введения, мг/кг	
С 35 недель и старше	4	3	2
С 30 недель и старше до 35 недель	Первые 2 недели жизни:		
	2	1,5	2
	Старше 2 недель:		
	3	2,3	2
Менее 30 недель	Первые 4 недели жизни:		
	2	1,5	2

При возникновении проблем с приверженностью лечению возможна следующая схема назначения ZDV 2 раза в сутки с фиксированной разовой дозой на протяжении 4 недель:

Возраст ребенка, недель	Масса тела ребенка при рождении, кг	Разовая доза	Суточная доза
С 35 недель и старше	2,5 и менее	10 мг (1,0 мл)	20 мг (2,0 мл)
	более 2,5	15 мг (1,5 мл)	30 мг (3,0 мл)
Независимо от гестационного возраста	менее 2,0	2 мг/кг	4 мг/кг

*показания:*

- у ВИЧ-инфицированной матери перед родами (на сроке беременности 34 недели и более) ВН выше уровня определения;
- мать ребенка не получала АРВП во время беременности.

схема № 2: с первых 4 часов жизни невирапин NVP ежедневно 1 раз в сутки в течение 14 дней, ZDV и ЗТС ежедневно 2 раза в сутки в течение 4 недель:

Возраст ребенка, недель	Масса тела ребенка при рождении, кг	Разовая доза	Суточная доза
Зидовудин (ретровир, р-р для приема внутрь 50 мг/5 мл)			
Гестационный возраст 35 недель и старше	2,5 и менее	10 мг (1,0 мл)	20 мг (2,0 мл)
	более 2,5	15 мг (1,5 мл)	30 мг (3,0 мл)
Независимо от гестационного возраста	менее 2,0	2 мг/кг	4 мг/кг
Ламивудин (р-р для приема внутрь 10 мг/мл)			
Менее 4 недель	независимо	2 мг/кг	4 мг/кг
Невирапин (суспензия для приема внутрь 50 мг/5 мл)			
С рождения в течение 2-х недель	менее 2,0	2 мг/кг	2 мг/кг
	2,0-2,499	10 мг (1,0 мл)	10 мг (1,0 мл)
	2,5 и более	15 мг (1,5 мл)	15 мг (1,5 мл)

46. Новорожденному проводится гигиеническая ванна с раствором хлоргексидина (50 мл 0,25% раствора хлоргексидина на 10 литров воды). При невозможности использовать хлоргексидин используется мыльный раствор.

47. При выписке из акушерского стационара врач-неонатолог или врач-педиатр подробно в доступной форме разъясняет матери или лицам, которые будут осуществлять уход за новорожденным, дальнейшую схему приема химиопрепаратов ребенком, выдает на руки подробную выписку с рекомендациями и антиретровирусные препараты для продолжения АРВП.

48. В целях предотвращения инфицирования детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, категорически не рекомендуется прикладывать их к груди и кормить материнским молоком, а сразу после рождения переводить исключительно на искусственное вскармливание.

49. В акушерском стационаре проводится консультирование ВИЧ-инфицированных женщин по вопросу отказа от грудного вскармливания, при согласии женщины принимаются меры к прекращению лактации.

50. При категорическом отказе матери от перехода на искусственное вскармливание рекомендуется:

- а) проводить повторные консультирования;
- б) провести консультирование по безопасному грудному вскармливанию и его ранней отмене;

51. При категорическом отказе от искусственного вскармливания матери и ребенку показана АРВТ на весь период грудного вскармливания, назначение которой согласовывается с областной ВК до их выписки из акушерского стационара.

52. При выявлении ВИЧ-инфекции у кормящей матери в акушерском стационаре рекомендуется:

- прекратить грудное вскармливание по возможности как можно скорее и незамедлительно начать профилактику ребенку: сразу же после прекращения грудного вскармливания (не позднее 72 часов) назначить ребенку АРВТ тремя препаратами: NVP ежедневно 1 раз в сутки в течение 14 дней, а также ZDV и 3ТС ежедневно 2 раза в сутки в течение 4 недель,

- провести обследование ребенка на ДНК и РНК ВИЧ методом ПЦР,
- при выписке направить в Центр СПИД или к доверенному врачу по вопросам ВИЧ/СПИДа по месту жительства.

53. После выписки ВИЧ-инфицированной матери с новорожденным учреждения родовспоможения направляют в адрес Центра СПИД заполненные надлежащим образом «Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью» (ф. № 309/У) и «Извещение о случае завершения беременности у ВИЧ-инфицированной женщины» (ф. № 313/у) в установленные сроки.